



---

**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 261/2014 z dnia 24 listopada 2014 r.**  
**o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i**  
**kinezyterapia) mieszkańców Gminy Czersk”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)”, pod warunkiem uwzględnienia wypunktowanych w uzasadnieniu zmian.

#### **Uzasadnienie**

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Autorzy w sposób dokładny odnieśli się do zagadnienia epidemiologii niepełnosprawności oraz rzetelnie przekazali w projekcie niezbędne informacje. W programie zaplanowano akcję informacyjno-edukacyjną.

W programie jednak należy:

1. Określić mierniki efektywności. Ankieta o której mowa w programie badająca zadowolenie pacjenta z przeprowadzonej rehabilitacji nie może być przyjęta jako miernika efektywności.
2. W projekcie programu doprecyzować koszty jego realizacji. Planowany koszt całkowity realizacji programu oszacowany przez autorów programu to 162 000 zł rocznie, natomiast według AOTM może on wahać się w przedziale od 97 200 zł do 270 000 zł. Dodatkowo należałoby ująć w zestawieniu również koszty związane z promocją programu.
3. Należałoby zastanowić się nad możliwością dotarcia do pacjentów częściowo unieruchomionych, dla których samodzielne dotarcie do placówki wykonującej rehabilitację, może być utrudnione. Należy w takim wypadku wziąć pod uwagę koszt transportu takich pacjentów na rehabilitację bądź też rozważyć możliwość wykonania części zabiegów rehabilitacyjnych w domu, co również generuje dodatkowe koszty.
4. Doprecyzować jakie świadczenia będą wykonywane przez wykwalifikowany personel medyczny oraz fizjoterapeutów. Wskazać za pomocą jakiego sprzętu będzie prowadzona rehabilitacja.
5. Realizator programu powinien zostać wyłoniony w drodze konkursu ofert lub przetargu.



## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny gminy Czersk z zakresu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Program został zaadresowany do osób wymagających rehabilitacji. W Gminie Czersk osób z orzeczoną stopniem niepełno-sprawności jest 3 817 co stanowi 18% populacji. Program prowadzony będzie w okresie od 2014 do 2016 r., a na jego realizację przeznaczono łączną kwotę 162 000 zł. Dotychczas programy gminy Czersk odnośnie rehabilitacji osób niepełnosprawnych nie były opiniowane przez AOTM.

## **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 napotykanych przez osoby niepełnosprawne barier w dostępie do usług, w tym zdrowia, edukacji, zatrudnienia, transportu i informacji. Trudności te nasilają się w społecznościach mniej przywilejowanych.

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 szanse 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 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 gminy Czersk:**

### Dot. 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. 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 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 zwiększenie dostępności dla mieszkańców miasta i gminy Czersk do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie im sprawności ruchowej.

#### Dot. populacji:

Autorzy programu planują zaprosić do uczestnictwa osoby, którzy będą wymagali rehabilitacji, liczbowo stanowi to populację 3 817 osób (stanowi 18% populacji Gminy Czersk). Autorzy programu podali, że gminę obecnie zamieszkuje 21 204 osób. Według danych uzyskanych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego<sup>3</sup> w 2013 r. Gminę Czersk zamieszkiwały 21 534 osoby. Można zatem stwierdzić, że dane pokrywają się. Autorzy projektu nie przedstawili natomiast za jaki okres pochodzą dane dotyczące populacji Gminy Czersk.

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.

Liczba osób ze niepełnosprawnością została określona na 2 364 osoby, dodatkowo 6,4% stanowią osoby, u których występują trudności w poruszaniu się (osoby po urazach itp.). Sumarycznie daje to ok. 18% tj. gmina planuje swoimi działaniami objąć wszystkie osoby z orzeczoną niepełnosprawnością oraz trudnościami w poruszaniu się.

#### Dot. interwencji:

Planowane działania obejmują: zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, wyznaczenie terminu wizyty, wypełnienie ankiety przez pacjenta przed przystąpieniem do programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do programu), wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich, wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacji.

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 oraz hydroterapia. W projekcie programu planuje się przeprowadzić u 1 pacjenta średnio od 30 do 50 zabiegów rehabilitacyjnych w zależności od problemu zdrowotnego. Każdy pacjent otrzyma 1 cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. W przypadku, gdy skierowanie od lekarza ubezpieczenia

zdrowotnego będzie wystawione na mniejszą liczbę zabiegów, to liczba cykli ulegnie zwiększeniu.

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 wymieniono jedynie, że świadczenia będą wykonywane przez wykwalifikowany personel medyczny oraz fizjoterapeutów. Nie wskazano również za pomocą jakiego sprzętu będzie prowadzona rehabilitacja.

Na rehabilitację pacjenci będą kierowani na podstawie skierowań wydanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Autorzy programu w sposób bardzo pobieżny określili kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu. Nie określono na podstawie jakich warunków dojdzie do selekcji ofert na realizatora programu. Nie jest wiadome jaki sposób wyboru przyjmie Gmina Czersk podczas wyłaniania realizatora. Autorzy programu zaplanowali przeprowadzenie kampanii informacyjnej o realizowanym programie, co jest właściwym podejściem w przypadku poinformowania jak największej liczby osób.

#### 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 na podstawie raportów końcowych oraz ankiet zebranych od pacjentów. Miernikami efektywności w opinii autorów programu będzie ankieta dotycząca zadowolenia z przeprowadzonej rehabilitacji. W ocenie analityka AOTM nie można przyjąć ankiety badającej zadowolenie pacjenta jako miernik efektywności. Do takich mierników należałoby zaliczyć np. liczbę pacjentów, u których zmniejszyła się liczba objawów związana z niepełnosprawnością, w porównaniu do stanu początkowego w momencie włączenia do udziału w programie.

Nie określono na podstawie jakich mierników zostanie przeprowadzona ocena jakości świadczeń. Jedynie przedstawiono w projekcie, że organem nadzorującym monitoring jakości świadczeń będzie Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Czersku. Należałoby rozważyć możliwość przeprowadzenia ankiety wśród pacjentów biorących udział w programie odnośnie ich oceny jakości programu.

W przypadku oceny zgłaszalności do programu autorzy dobrze zdefiniowali rodzaje sprawozdawczości z realizacji programu za pomocą mierników związanych z ilością przyjętych pacjentów oraz ilością zrealizowanych zabiegów re-habilitacyjnych.

Do projektu programu załączona została ankieta ewaluacyjna dla pacjenta objętego programem. Treści zawarte w załączonych dokumentach nie budzą zastrzeżeń analityka AOTM.

#### Dot. kosztów:

Planowany koszt całkowity realizacji programu to 162 000 zł. Autorzy określili ceny jednostkowe zabiegu rehabilitacyjnego na 6 zł oraz masażu leczniczego na 10 zł. Przy założeniu przeprowadzenia od 30 do 50 zabiegów rehabilitacyjnych na pacjenta podczas 10-dniowego cyklu rehabilitacji koszt na jednego pacjenta może wynieść od 180 zł do 500 zł. W przypadku założenia jakie przyjął Wnioskodawca, czyli przeprowadzenie 45 cykli



miesięcznie koszt programu może wahać się od 8 100 zł do kwoty 22 500 zł, co w ujęciu rocznym daje kwoty od 97 200 zł do 270 000 zł. Autorzy projektu w koszcie jednostkowym oraz w koszcie całkowitym przyjęli, że jedynie zabiegi rehabilitacyjne będą wchodzić w skład kosztów, natomiast całkowicie pominięto kwestię związaną z kosztem masażu leczniczych. Analityk AOTM w powyższych założeniach przedstawił minimalny oraz maksymalny scenariusz dla założeń zawartych w opisie projektu programu.

Dodatkowo należałoby ująć w kosztowym zestawieniu również koszty związane z promocją programu. Autorzy projektu przedstawiają, że będzie on promowany w różny sposób, także w mediach, co może znacząco wpłynąć na koszt całkowity programu. Dodatkowo należałoby zastanowić się nad możliwością dotarcia do pacjentów częściowo unieruchomionych, dla których samodzielne dotarcie do placówki wykonującej rehabilitację, może być utrudnione. Należy w takim wypadku wziąć pod uwagę koszt transportu takich pacjentów na rehabilitację bądź też rozważyć możliwość wykonania części zabiegów rehabilitacyjnych w domu, co również generuje dodatkowe koszty.

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, program opiera się na przeprowadzeniu akcji promocyjnej programu wśród mieszkańców gminy Czersk.
- 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 oszacowany przez autorów programu to 162 000 zł rocznie, natomiast według AOTM może on wahać się w przedziale od 97 200 zł do 270 000 zł.
- V. W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie monitorowania oraz ewaluacji. Odniesiono się do oceny zgłaszalności, jakości oraz efektywności świadczeń oferowanych w programie, jednakże przedstawione mierniki efektywności oraz jakości programu zostały błędnie sformułowane.

**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-441-191/2014 „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców Gminy Czersk” realizowany przez: Gminę Czersk, Warszawa, listopad 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień, 2011.