



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 263/2014 z dnia 24 listopada 2014 r.
o projekcie programu „Projekt programu profilaktyki chodu
w wieku 55+ na lata 2015-2020” gminy Suszec

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020” gminy Suszec, pod warunkiem uwzględnienia wypunktowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego, którego efekty można skutecznie ograniczać. Zaburzenia chodu znacznie ograniczają zdolność wykonywania codziennych czynności związanych z samoobsługą oraz zmniejsza aktywność rodzinną i społeczną. Działania zawarte w programie wpisują się w światową jak i regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Niniejszy projekt programu jest kontynuacją poprzedniej edycji. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych, które zawarte są w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Efekty programu trudno jest monitorować i oceniać.

W programie należy :

1. Uwzględnić informację na temat powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.
2. Wskazać sposób zakończenia udziału w programie.
3. Prawidłowo określić mierniki efektywności, jakości oraz zgłaszalności. W programie zostały przedstawione łącznie, co uniemożliwia rozdzielanie ich na poszczególne rodzaje mierników.
4. Przedstawiony w projekcie programu budżet to 20 000 zł rocznie (120 000 zł przez 6 lat trwania programu). Na jego podstawie nie można orzec, czy planowany program w optymalny sposób spożytkuje dostępne zasoby. Dlatego też należy te kwestię doprecyzować.

Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest projekt 6-letniego programu zdrowotnego, dotyczącego rehabilitacji osób starszych. Szacunki przedstawione przez wnioskodawcę wskazują, że programem ma być objętych 1 000 osób, natomiast na podstawie przedstawionych kosztów całkowitych przypuszcza się, że programem zostanie objętych rocznie 50 mieszkańców



Gminy Suszec w wieku 55-80 lat. Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób z zaburzeniami chodu. Program polegać ma na zakupieniu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Koszt całkowity w ujęciu rocznym wyniesie 20 000 zł natomiast w 6-letnim horyzoncie koszt całkowity ma wynosić 120 000 zł.

Problem zdrowotny

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. 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. 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.

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

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu obejmują m. in. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową oraz edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samo opieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych.

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.

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. 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.

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.

Kluczowe wnioski wynikające z wytycznych:

- Niezależnie od jednostki chorobowej; wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.
- W wytycznych podkreśla się konieczność zapewnienia powszechności; kompleksowości; wczesności; ciągłości.
- 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 szansę 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.
- Wytyczne podkreślają, że skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.
- 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.
- 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.
- Podkreśla się znaczenie angażowania w proces rehabilitacji oraz objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny i opiekunów rehabilitowanego.
- 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 niepełnosprawnych, poziom finansowania odpowiednie dla badań pilotażowych, rozwoju interwencji, czy wczesnego etapu badań jednak nie wystarczające dla przeprowadzenia prawdziwie rygorystycznego metodologicznie badania skuteczności; potrzeba rozwiązania kwestii dotyczących obszernych systemów społecznych obejmujący uwzględnienie środowiska społecznego, fizycznego i/lub ekonomicznego.
- Silne dowody wskazują, że w porównaniu do mniej aktywnych kobiet i mężczyzn, starsze osoby które wykazują większą aktywność fizyczną posiadają:
 - niższą zachorowalność na chorobę wieńcową, nadciśnienie, udar, cukrzycę, raka piersi oraz okrężnicy, oraz wyższy poziom sprawności krążeniowo-oddechowej i mięśniowej,
 - korzystniejszą masę ciała, odpowiedni skład kości,
 - wyższe poziomy funkcjonalne zdrowia, mniejsze ryzyko upadku i lepsze zdolności percepcyjne.
- Osoby starsze powinny wykonywać co najmniej 150 minut ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności w ciągu tygodnia lub przynajmniej 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w ciągu tygodnia lub w równoważnej ilości połączenie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.
- Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w seriach co najmniej 10-cio minutowych.
- Aby uzyskać dodatkowe korzyści dla zdrowia, osoby starsze powinny zwiększyć ilość ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności do 300 minut tygodniowo lub angażować się w 150 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych w tygodniu lub połączyć równoważne ilości ćwiczeń o umiarkowanej intensywności oraz intensywnych.

- Osoby starsze o ograniczonej mobilności, powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę równowagi oraz zapobieganie upadkom w ilości trzech lub więcej dni w tygodniu.
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie, angażujące główne grupy mięśni, należy wykonywać 2 lub więcej dni w tygodniu.
- Gdy osoby starsze ze względu na stan zdrowia nie mogą wykonywać ćwiczeń fizycznych w zalecanej ilości, powinny być na tyle aktywne fizycznie na ile pozwala im na to kondycja.
- Osoby nieaktywne zawodowo powinny rozpocząć od małych ilości aktywności fizycznej i stopniowo zwiększać czasu trwania, częstotliwość i intensywność ćwiczeń. Osoby nieaktywne oraz z ograniczeniami spowodowanymi przez choroby osiągną dodatkowe korzyści zdrowotne, gdy staną się bardziej aktywne.
- Lekarze POZ powinni w ramach swojej praktyki prowadzić poradnictwo dotyczące aktywności fizycznej.

Wnioski z oceny projektu programu gminy Suszec:

Dot. problemu zdrowotnego:

Przedmiotowy Program dotyczy bardzo rozległych i ogólnych problemów zdrowotnych: niepełnosprawności i wad postawy w populacji osób starszych (od 55 do 80 r. ż). Realizuje priorytety zdrowotne „ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych”, „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, „rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności”, „poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym”.

Program został w dużym stopniu przygotowany zgodnie z szablonem zaproponowanym przez AOTM. Brakuje natomiast m. in. informacji na temat powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, co w kontekście koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wydaje się istotną informacją. Jest jedynie odniesienie do realizowanego wcześniej programu w latach 2012-2014. Na brak tego punktu zwrócił uwagę również Prezes AOTM w wydanej opinii nr 83/2013. Autorzy projektu nie uzupełnili tych danych.

Dot. populacji:

Autorzy w projekcie programu szacują, że co roku problem zdrowotny jakimi są zaburzenia chodzenia dotyczą rocznie osób ok. 1 000 osób objętych programem. Szacunkowa liczba osób uprawnionych do skorzystania z programu to 3 500 osób. Wg danych GUS6 Gminę Suszec zamieszkiwało w 2013 roku 2 155 osób w wieku 55-79 lat, co stanowi 18,2% wszystkich mieszkańców Gminy. Nie jest zatem możliwe żeby 3 500 osób stanowiło liczbę osób uprawnionych do skorzystania z programu będących w wieku 55-80 lat z uwagi na fakt, że przekracza ona liczbę wszystkich osób w Gminie Suszec wliczając również osoby zdrowe. Autorzy projektu nie wskazali jaka jest obecnie populacja w Gminie Suszec w wieku 55-80 lat, co skutkuje brakiem możliwości weryfikacji założeń zawartych w projekcie odnośnie

włączanej populacji. Nie zostało jasno sprecyzowane, czy liczba osób podana w projekcie programu tyczy się okresu 2015-2020 czy tylko 2015 roku.

Dot. interwencji:

Program polegać ma w zasadzie na zakupie dodatkowych świadczeń z puli świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji zawartych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. Jak wskazują autorzy projektu, profilaktyka zaburzeń chodu w formie zakupu świadczeń zdrowotnych była już realizowana na terenie Gminy Suszec w latach ubiegłych i spotkała się z dużą aprobatą mieszkańców. Z dokumentacji sprawozdawczej wynika, że w 2013 roku z Programu skorzystało 52 mieszkańców. Warto zaznaczyć, że każdy z pacjentów objęty został 10 dniowym cyklem zabiegowym, a więc limit zabiegów planowanych na 2013 r. został w pełni wykorzystany. Z kolei udostępnione dane za 2014 rok (stan do 30 czerwca 2014 r.) przedstawiają, że 10 dniowy cykl zabiegowy zakończyło już 32 osoby, a w wiele osób jest w trakcie realizacji. Zaplanowano akcję informacyjną na temat programu, informacje mają pojawić się w lokalnej gazecie, a także na stronie internetowej Gminy Suszec. Natomiast realizator programu powinien prowadzić akcję informacyjno-promocyjną (ulotki, plakaty, itp.) wśród lekarzy POZ i specjalistów, gdyż to właśnie ta grupa powinna być najbardziej poinformowana o realizacji programu. Lekarze POZ i lekarze specjaliści podejmą na podstawie badania klinicznego pacjenta decyzję o kwalifikacji do programu.

Wnioskodawca przedstawił kryteria włączenia danego uczestnika do programu. Mają to być: występujące u osoby zaburzenia chodu, wiek (55-80 lat), otrzymanie skierowania od lekarza POZ lub specjalisty, a także pacjent nie może być aktualnie zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. Nie wiadomo co zawierać będzie badanie kliniczne. Wydaje się jednak, że proponowane w programie świadczenia dublują świadczenia gwarantowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczenia gwarantowane z tego zakresu są realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych obejmują m. rehabilitację ogólną, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego.

Autorzy projektu programu nie wskazali sposobu zakończenia udziału w programie.

Dot. monitoringu i ewaluacji:

Należy również zwrócić uwagę, że mierniki efektywności, jakości oraz zgłaszalności zostały przedstawione łącznie, co uniemożliwia rozdzielenie ich na poszczególne rodzaje mierników.

Dot. kosztów:

Autorzy projektu programu na lata 2015-2020 oszacowali koszty na kwotę 120 000 zł., rocznie ma być przeznaczane 20 000 zł. Przewidywany roczny koszt programu pozwoli ok. 50 osobom skorzystać z niego. Szacunkowa liczba osób objętych programem została określona na podstawie przewidywanego kosztu objęcia programem jednej osoby wynoszącym 400 zł.

Dodatkowo potwierdzają te przypuszczenia również szacunki z lat ubiegłych gdzie z poprzednich edycji programu skorzystało ok. 50 osób (dane z 2013 r.).

Warto zaznaczyć, że interwencje proponowane w programie należą do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

Ciężko jest się także odnieść do podanych kosztów badań, ponieważ nie wiadomo co i w jakim zakresie będzie zastosowane u danego beneficjenta. O zakresie rehabilitacji, jej przebiegu, a także ilości poszczególnych zabiegów i świadczeń decydować powinien lekarz specjalista w tym zakresie. Warto także zaznaczyć, że wg danych GUS9 Gminę Suszec zamieszkiwało w 2013 roku 2 155 osób w wieku 55-79 lat, co stanowi 18,2% wszystkich mieszkańców Gminy.

Sam wnioskodawca podał liczbę potencjalnych beneficjentów na ok. 3500. 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.

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, którego efekty można skutecznie ograniczać. Efekty programu trudno jest monitorować i oceniać.
- II. Program stwarza dostęp beneficjentów do oferowanych świadczeń, jest dobrze dopasowany do potrzeb grupy docelowej.
- III. Program wykorzystuje interwencje o udowodnionej skuteczności i zalecane w wytycznych, które zawarte są w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
- IV. W projekcie programu przedstawiono budżet - 20 000 zł rocznie (120 000 zł przez 6 lat trwania programu). Nie można orzec, czy planowany program w optymalny sposób spożytkuje dostępne zasoby.
- V. Autorzy projektu podają cel główny, cele szczegółowe. Nie podają natomiast w podziałem na poszczególne rodzaje wskaźników zgłaszalności, jakości czy też efektywności programu.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-201/2014 „Projekt programu profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2015-2020” realizowany przez: Gminę Suszec, Warszawa, listopad 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, sierpień, 2011 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy w zakresie poprawy opieki nad osobami starszymi – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, listopad, 2012.