



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych**  
**nr 144/2013 z dnia 10 czerwca 2013 r.**  
**o projekcie programu „Program promocji zdrowia,**  
**zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych**  
**w mieście i gminie Jelcz-Laskowice”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program promocji zdrowia, zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych w mieście i gminie Jelcz-Laskowice”.

**Uzasadnienie**

Oceniany projekt dotyczy kilku istotnych problemów zdrowotnych: kardiologii, nadwagi i otyłości, oraz z zakresu zdrowia psychicznego – schizofrenii. Przygotowano go w zgodzie z szablonem zaproponowanym przez Agencję. Projekt zawiera szczegółowo opracowany budżet na realizację programu wraz z kosztorysem poszczególnych interwencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że realizacja programu nie powinna zastępować świadczeń zapewnionych w miejscowych placówkach medycznych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego gminy Jelcz-Laskowice w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej, a także edukacji dotyczącej schizofrenii. Program ma być realizowany w latach 2012-2014. Jako cele programu wskazano zapobieganie wystąpieniu niepełnosprawności, prewencję schorzeń cywilizacyjnych oraz edukację zdrowotną, odpowiadającą standardom współczesnej wiedzy medycznej wśród mieszkańców miasta i gminy Jelcz-Laskowice. Przedstawiono trzyletni budżet na realizację programu na poziomie 360 000 zł.

**Problem zdrowotny**

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Komisji Europejskiej. Znaczenie niepełnosprawności wynika z rozmiarów i powszechności jej występowania w populacji, a także z konsekwencji, jakie wywołuje na poziomie indywidualnym i społecznym. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. 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 jest często używane wymiennie z inwalidztwem, choć zakresy obu pojęć nie w pełni się pokrywają, a niepełnosprawność jest pojęciem szerszym. Za osoby niepełnosprawne, według 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.

Schizofrenia to zaburzenie lub grupa zaburzeń psychicznych, których istotę stanowi dezintegracja osobowości, poprzez zakłócenie procesów decydujących o zachowaniu, sposobie myślenia, odczuwania czy reakcji na otoczenie. Schizofrenia może wpływać na trudność z: rozróżnianiem świata urojeń od rzeczywistości, zachowaniem logicznego toku rozumowania oraz kontrolowania i panowania nad emocjami. Osoba ze schizofrenią doświadcza stanu, w którym jej myśli (procesy poznawcze), emocje i zachowanie są zaburzone w takim stopniu, że bardzo trudną lub nawet niemożliwą staje się prawidłowa ocena rzeczywistości. Te procesy stanowią podłoże, na którym rozwijają się różnorodne objawy choroby. Zwykle należą do nich omamy, urojenia, apatia, zubożenie emocjonalne, dziwaczne zachowanie, zaniedbanie wyglądu i wycofanie społeczne. Schizofrenia wpływa na większość obszarów funkcjonowania człowieka i ostatecznie prowadzi do powstania objawów, które są odbierane jako dziwaczne i przerażające zarówno przez pacjenta, jak i osób w jego otoczeniu.

### **Alternatywne świadczenia**

Brak świadczeń alternatywnych.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

Rehabilitacja:

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 na zapobieganie niepełnosprawności, kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością osób, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych m.in. w: ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2010 r., Nr 214, poz. 1407 z późn. zm.), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.).

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 mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

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.

Niezależnie od jednostki chorobowej, w wytycznych podkreśla się, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość.

Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych, 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 oraz 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 pacjenta do pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Wytyczne zwracają uwagę na to, że o 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.

Autorzy wszystkich wytycznych są zgodni, 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.

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 przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę i poddane 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 stawiają wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji. Po pierwsze, w przypadku interwencji i programów z zakresu niepełnosprawności i rehabilitacji, 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 wiarygodne metody oceny skuteczności interwencji. Z tego powodu, niektóre niedawno opublikowane przeglądy wykazywały brak lub bardzo

niewiele dostępnych dowodów. Chociaż, takie wyniki odzwierciedlają raczej niedobór tego typu badań w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji, niż brak skuteczności interwencji.

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.

## Schizofrenia

Wyniki badań wskazują, iż psychoedukacja może wpływać na zmniejszenie nawrotów, a także przestrzeganie zaleceń lekarskich (stosowanie leków), jak również skrócenie pobytu w szpitalu. Były to jednak badania ograniczonej jakości. Prawdziwa wielkość efektu jest prawdopodobnie mniejsza. Zastosowanie psychoedukacji może mieć potencjalnie korzystny wpływ na efekty kliniczne oraz ekonomiczne. Obiecującą metodą dostarczania psychoedukacji mogą być technologie informacyjno-komunikacyjne.

Wczesna interwencja może mieć pozytywny wpływ na zmniejszenie odsetka ponownie hospitalizowanych, rozpoznawania objawów i symptomów, spadek częstotliwości nawrotu choroby, i ogólnego funkcjonowania u osób ze schizofrenią oraz afektywną chorobą dwubiegunową. Nie ma jednak wpływu na czas do nawrotu choroby. Wczesna interwencja może być opłacalna ze względu na zmniejszenie hospitalizacji i odsetka nawrotów.

Ludzie z objawami prodromalnymi schizofrenii mogą odnieść korzyści z terapii kognitywnej i rodzinnej, jednak istniejące dowody dotyczące skuteczności CBT nie są jednoznaczne i większość publikacji wskazuje na potrzebę przeprowadzenia badań możliwie wysokiej jakości (RCT).

Istnieją dowody na pewną skuteczność wczesnych specjalistycznych interwencji u osób z prodromalnymi objawami schizofrenii.

Istniejące dowody nie wskazują jednoznacznie na przyjęcie lub odrzucenie stosowania arteterapii (terapia sztuką, m. in. tańcem) w schizofrenii.

Dowody naukowe nie uzasadniają stosowania technik psychoterapii psychodynamicznej dla hospitalizowanych osób cierpiących na schizofrenię.

Terapia Morita pozostaje terapią eksperymentalną, jak dotąd nie udowodniono jej skuteczności u osób cierpiących na schizofrenię.

Regularne ćwiczenia fizyczne są korzystne i możliwe do zastosowania w populacji osób cierpiących na schizofrenię. Poza tym mogą mieć korzystny wpływ na samopoczucie i ogólny stan zdrowia.

Brak jest wystarczających dowodów naukowych, aby wykazać i zidentyfikować różnice pomiędzy terapią podtrzymującą, a standardową opieką. Istnieją wyniki badań, gdzie wykazano pozytywny wpływ terapii kognitywnej i behawioralnej na liczbę hospitalizacji i generalny stan psychiczny w stosunku do terapii podtrzymującej, jednak są to zbyt małe badania, aby można było z nich wyciągać kliniczne wnioski.

Odnaleziono dokumenty zawierające rekomendacje odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób dorosłych ze schizofrenią, jedne wytyczne odnoszące się do stosowania interwencji psychologicznych i psychospołecznych wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (w tym ze schizofrenią) oraz jedne wytyczne dotyczące dzieci i młodzieży ze schizofrenią.

Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do osób dorosłych ze schizofrenią

Leczenie powinno być uzależnione od pacjenta, jego sytuacji klinicznej, potrzeb, preferencji, jak również od dostępnych w danym momencie zasobów.

Rekomenduje się aby interwencje psychospołeczne były udzielane przez specjalistów, którzy przeszli specjalne przeszkolenie, posiadają wystarczające doświadczenie, kwalifikacje (poparte superwizjami i ekspertyzami), jak również mają możliwość sprawowania długotrwałej i ciągłej opieki nad pacjentem.

Rekomenduje się następujące interwencje psychospołeczne (stosowanie poszczególnych interwencji zależy jednak od stanu pacjenta): terapię poznawczo-behawioralną, psychoterapię podtrzymującą, terapię psychodynamiczną, psychoedukację, interwencję dla rodziny, terapię sztuką, rehabilitację poznawczą, trening umiejętności społecznych, trening czynności życia codziennego, programy wsparcia zawodowego, społeczne programy mieszkaniowe, programy dotyczące wypoczynku i spędzania wolnego czasu oraz asertywny trening społeczny.

W odnalezionych rekomendacjach nie ma pełnej zgodności co do stosowania psychoterapii podtrzymującej i terapii psychodynamicznej. Należy jednak zauważyć, że nie odnaleziono wystarczających dowodów, aby rekomendować te interwencje, w wytycznych odnoszących się do osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi – a zatem w nieco szerszej populacji.

Podsumowanie rekomendacji odnoszących się do dzieci ze schizofrenią

Rekomenduje się następujące interwencje psychospołeczne: interwencje dla rodziny, terapia poznawczo-behawioralna, terapia sztuką, programy wspomagania zatrudnienia.

Nie rekomenduje się rutynowego stosowania: poradnictwa i terapii podtrzymującej, terapii mającej na celu stosowanie się do leczenia, ani treningu umiejętności społecznych.

Ponadto w przypadku dzieci i młodzieży będących w wieku obowiązku szkolnego, należy po uzyskaniu zgody współpracować ze szkołą dziecka i władzami oświatowymi w celu zapewnienia kontynuacji nauki.

Brak jest dobrej jakości dowodów naukowych, randomizowanych badań klinicznych wspierających bieżącą praktykę i rekomendacje. Wytyczne praktyki oparte są na konsensusach ekspertów, doświadczeniach klinicznych i dobrych intencjach, a nie wysokiej jakości dowody.

Podstawowe składowe, które powinny być zawarte w programie psychoedukacyjnym:

1. psychoedukacja na temat przyczyn choroby, jej przebiegu, sposobów leczenia,
2. trening rozwiązywania problemów, podczas którego korzysta się najczęściej z 6-stopniowej procedury (1 – określenie na czym polega problem; 2 – proponowanie kilku rozwiązań; 3 – ocena wad i zalet każdego rozwiązania; 4 – wybór najlepszego rozwiązania; 5 – szczegółowy plan wprowadzenia go w życie, 6 – ocena efektywności wybranego rozwiązania i ewentualna zmiana sposobu postępowania),
3. wsparcie,
4. interwencje kryzysowe.

Dobrze skonstruowany modelowy program psychoedukacyjny dla rodzin powinien się cechować:

- partnerstwem – członków rodziny szanuje się jako osoby, które ponoszą odpowiedzialność za sprawowanie opieki nad chorym, uwzględnia się ich potrzeby, akceptuje nawet niekorzystne z punktu widzenia terapeuty sposoby radzenia sobie z chorobą,

- dostarczaniem struktury i stabilności, np. poprzez regularność kontaktów, jasne zawieranie kontraktu terapeutycznego,

- koncentracją na „tu i teraz”. Nawet jeżeli analizuje się sposoby postępowania z przeszłości, mają one służyć rozwiązywaniu bieżących problemów czy korekcie aktualnych zachowań, korzystanie z behawioralnych technik uczenia, takich jak powtarzanie, instruowanie, wzmocnienia i prace domowe.

Programy edukacyjne dla pacjentów

Edukacja dla pacjentów ze schizofrenią organizowana może być na wiele sposobów – od regularnych wykładów, grup dyskusyjnych, audycji, filmów i broszur edukacyjnych do zajęć behawioralnych. Wykazano przewagę treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi. Zanim pacjenci staną się aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, muszą pokonać poznawcze i emocjonalne bariery, utrudniające im uczenie się umiejętności społecznych. Ustrukturalizowane i systematyczne treningi umiejętności społecznych, niezbędnych w samodzielnym życiu, pomagają w pokonaniu tych barier.

### **Wnioski z oceny programu Gminy Jelcz-Laskowice**

Oceniany program pełni następujące priorytety zdrowotne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych, przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy, zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Przesłany do oceny projekt zgodny jest z szablonem zaproponowanym przez Agencję. Zawiera szczegółowo opracowany budżet wraz z kosztorysem poszczególnych interwencji. Warto zaznaczyć, że rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna są świadczeniami gwarantowanymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczą również o tym informacje zawarte w projekcie programu, mówiące, że kontrakt z NFZ w Gminie Jelcz – Laskowice jest niewystarczający lub w ogóle go nie ma. Wydaje się zatem, że program powinien być traktowany jako zakup świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ lub AOS. Wnioskodawca argumentuje to w następujący sposób: „Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana przez NFZ jedynie w przypadku gdy podmiot medyczny dysponuje zasobem sprzętowym złożonym z co najmniej 5 cykloergometrów. W przypadku miasta i gminy Jelcz-Laskowice takie zasoby nie byłyby właściwie wykorzystane ponieważ nie udałoby się zwerbować adekwatnej liczby pacjentów. Realnym do przeprowadzenia jest udział w rehabilitacji 20-40 osób. Taka liczba nie zapewniłaby właściwego wykorzystania aparatury medycznej w zakresie wymaganym przez NFZ.”

W zakresie rehabilitacji kardiologicznej program zgodny jest wytycznymi, które mówią, że programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja kardiologiczna 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 kardiologiczna daje szanse nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Podkreśla się znaczenie angażowania w proces rehabilitacji oraz objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny i opiekunów rehabilitowanego.

W zakresie rehabilitacji neurologicznej program również spełnia aktualne standardy: wytyczne zalecają aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują”

i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnej niezależności funkcjonowania. Wszystkie wytyczne zgodnie podkreślają, że u pacjentów po incydentach mózgowo-naczyniowych należy stosować powszechne zalecenia profilaktyki wtórnej dotyczące modyfikacji stylu życia, stosowania się do zalecanej farmakoterapii, obniżenia ciśnienia oraz cholesterolu, a także leczenia cukrzycy.

W przypadku programów edukacyjnych u osób ze schizofrenią, należy zaznaczyć że: psychoedukacja może wpływać zmniejszenie nawrotów, a także przestrzeganie zaleceń lekarskich (stosowanie leków), jak również skrócenia pobytu w szpitalu. Ludzie z objawami prodromalnymi schizofrenii mogą odnieść korzyści z terapii kognitywnej i rodzinnej, jednak istniejące dowody dotyczące skuteczności CBT nie są jednoznaczne i większość publikacji wskazują na potrzebę przeprowadzenia badań możliwie wysokiej jakości (RCT).

Edukacja dla pacjentów ze schizofrenią organizowana może być na wiele sposobów – od regularnych wykładów, grup dyskusyjnych, audycji, filmów i broszur edukacyjnych do zajęć behawioralnych. Wykazano przewagę treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi. Zanim pacjenci staną się aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, muszą pokonać poznawcze i emocjonalne bariery, utrudniające im uczenie się umiejętności społecznych. Ustrukturalizowane i systematyczne treningi umiejętności społecznych, niezbędnych w samodzielnym życiu, pomagają w pokonaniu tych barier.

W programie brak jest jednak konkretnych informacji o tym w jaki sposób edukacja będzie przeprowadzana, znajduje się jedynie ogólne stwierdzenie i podejmowanych działaniach edukacyjnych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię jak na wstępie.

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu „Program promocji zdrowia, zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych w mieście i gminie Jelcz-Laskowice” nr: AOTM-OT-441-206/2012, Warszawa, maj 2013 i aneksów: „Programy zdrowotne z zakresu edukacji i profilaktyki schizofrenii – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, czerwiec 2013; „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, sierpień 2011 oraz „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, lipiec 2012.