



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 49/2020 z dnia 7 sierpnia 2020 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki**  
**zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy**  
**Nowy Duninów w 2021 roku”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 roku” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia. Należy podkreślić, 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 (art. 9a i 9b ust. ustawy o świadczeniach).

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cele oraz mierniki należy przeformułować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zastosowanie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Opis programu wymaga uzupełnienia w tym zakresie.
- Budżet wymaga weryfikacji w zakresie oszacowania kosztu indywidualnych zajęć z fizjoterapeutą. Szczegóły przedstawiono w dalszej części opinii.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany na rok 2021 w zakresie rehabilitacji leczniczej, realizowany na terenie gminy Nowy Duninów. Wielkość populacji docelowej oszacowano na około 80 osób w wieku  $\geq 50$  lat z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. Planowane koszty całkowite realizacji programu oszacowano na 68 000 zł.

Projekt dotyczy sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465).



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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) 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

Projekt odnosi się do bardzo ogólnie zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są wymagające rehabilitacji choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego. Wpisuje się on w priorytet zdrowotny: „rehabilitacja”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Autorzy projektu programu przedstawili krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne. Wskazano, że zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych w roku 2016 w Polsce odnotowano 394,55 tys. hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, natomiast w woj. mazowieckim 55,69 tys. hospitalizacji (w tym 15,95% hospitalizacji spoza województwa), z czego 0,62 tys. w trybie jednodniowym. W 2016 r. w woj. mazowieckim najwięcej hospitalizacji odbyło się z powodu chorób stawów (40,3%), ze względu na choroby kręgosłupa (18,2%), w wyniku chorób układowych tkanki łącznej (14,9%) i chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich, niezapalnych (8,6%).

Przesłany projekt zawiera referencje bibliograficzne, które nie budzą zastrzeżeń.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie o co najmniej 60% liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w wieku 50 r.ż. i więcej ze zidentyfikowanymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, którzy w roku 2021 podejmą działania rehabilitacyjne i edukacyjne”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Samo podjęcie działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych trudno uznać za potwierdzenie skuteczności działań, gdyż udział w działaniach rehabilitacyjnych, a tym bardziej edukacyjnych, nie musi przekładać się na realizację potrzeb zdrowotnych czy poprawę stanu zdrowia. Należy przeformułować cel główny tak, aby odnosił się do uzyskiwanych w programie efektów związanych z poprawą stanu zdrowia populacji docelowej. W treści tak sformułowanego celu głównego konieczne jest podanie wartości docelowej, zaś w treści projektu powinno się znaleźć wyjaśnienie, które uzasadnia wybór podanej liczby i jej relację względem potrzeb zdrowotnych. Podobnie jak dla innych celów, dla celu głównego także niezbędne jest przedstawienie sposobu obliczenia faktycznej uzyskanej wartości, czyli miernika efektywności.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie o co najmniej 60% liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, którym udzielono świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w 2021 roku”;
- (2) „zwiększenie o co najmniej 10% mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem sprawności fizycznej poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2021 roku”;
- (3) „zmniejszenie u co najmniej 10% mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2021 roku”;
- (4) „zwiększenie o co najmniej 60% liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, którzy uczestniczyli w działaniach edukacyjnych z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2021 roku”;

- (5) „zwiększenie o co najmniej 30% liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2021 roku”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Przedstawione cele są możliwe do zrealizowania w związku z zaplanowanymi interwencjami. Uwzględniono również przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak zaznaczyć, że nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Ponadto cel szczegółowy 1 nie odnosi się do efektu zdrowotnego, gdyż samo udzielenie świadczeń może nie wpłynąć na poprawę stanu uczestników PPZ. Cel 4 również nie odnosi się do efektu zdrowotnego, gdyż samo uczestniczenie w działaniach edukacyjnych może nie mieć przełożenia na uzyskanie docelowego wzrostu wiedzy, zaś sam wzrost wiedzy nie musi przekładać się na poprawę stylu życia i wynikającą z niej poprawę stanu zdrowia.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (ocena w skalach funkcjonalnych – skala Rankina, Indeks Barthel, Skala FIM (Functional Independence Measure) wykonana dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej zakończeniu)”;
- (2) „odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej zakończeniu)”;
- (3) „odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 70% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzonych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Zaproponowane mierniki odnoszą się do celów szczegółowych nr 2, 3 i 5. Nie zaproponowano miernika efektywności do celu głównego oraz do celów szczegółowych 1 i 4 – braki te należy uzupełnić. Należy także zwrócić uwagę, że mierniki efektywności odnoszą się do wszystkich mieszkańców gminy Nowy Duninów, zaś cele jedynie do grupy mieszkańców objętych programem – zapisy te należy ujednoclić tak, aby odnosiły się wyłącznie do osób objętych programem.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Nowy Duninów w wieku  $\geq 50$  lat, z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. Zgodnie z treścią projektu, populacja osób w wieku  $\geq 50$  lat zamieszkujących gminę liczy ok. 1 552 osób. Przedstawione dane są zbliżone do informacji zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Na podstawie współczynnika chorobowości w trzech grupach chorób: kręgosłupa, stawów i mięśni, wnioskodawca oszacował populację docelową na ok. 425 mieszkańców. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi obejmie ok. 80 mieszkańców (ok. 19% populacji docelowej).

Wnioskodawca przedstawił kryteria włączenia do programu, które nie budzą zastrzeżeń.

#### Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano realizację interwencji z zakresu fizjoterapii w formie indywidualnego planu rehabilitacji zgodnego z warunkami przedstawionymi w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia

30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465).

W projekcie wskazano, że zabiegi indywidualne z fizjoterapeutą prowadzone będą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni, co daje średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania”. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010).

Zaplanowano również wdrożenie działań edukacyjnych w zakresie edukacji zdrowotnej. Proponowaną tematyką będzie: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii w życiu codziennym i pracy, ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia, a także sposoby radzenia sobie ze stresem. Zapisy są poprawne.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności. Proponowane zapisy są poprawne.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu, co jest rozwiązaniem prawidłowym.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie wybór realizatora. Następnie zaplanowano przeprowadzenie zaplanowanych interwencji. Program ma zakończyć się jego ewaluacją. Przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe jedynie dla części działań – nie przedstawiono kosztów poszczególnych interwencji w kosztach jednostkowych. Należy także zaznaczyć, że koszt indywidualnych zajęć z fizjoterapeutą został oszacowany na 70 zł/dzień, co przy oszacowaniu średniej liczby zabiegów na 4 dziennie i w zestawieniu ze średnią ceną rynkową wydaje się być kwotą niedoszacowaną.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji, które nie budzą zastrzeżeń.

Koszt całkowity wyniesie 68 900 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Nowy Duninów.

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

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) 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.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

### 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.

### Ocena technologii medycznej

Ze względu na fakt, że PPZ skierowane do osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, ograniczono się do przedstawienia wybranych najnowszych, wiarygodnych opracowań, zaleceń oraz przeglądów systematycznych dotyczących rehabilitacji medycznej obejmującej: rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, neurologiczną, pourazową, w schorzeniach kostno-stawowych, rehabilitację po udarze mózgu, rehabilitację wzroku, słuchu, fizjoterapię, kinezyterapię.

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości 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;
- 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 (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);

- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- 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 i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD = 0,46; 95%CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *intelligence quotient* IQ); SMD = 0,46; 95%CI: 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.
- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacji programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**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 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.55.2020 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 roku” realizowany przez: gminę Nowy Duninów, Warszawa, lipiec 2020; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 179/2020 z dnia 20 lipca 2020 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 roku.