



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 42/2023 z dnia 16 sierpnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno
w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu zawiera szereg braków, a wiele elementów programu wymaga istotnego uzupełnienia i doprecyzowania, w związku z czym nie jest możliwa jego pozytywna ocena.

Zaplanowane w ramach opiniowanego programu interwencje są ukierunkowane na ważny problem zdrowotny, mający odzwierciedlenie w danych epidemiologicznych i są zgodne ze stanowiskami ekspertów klinicznych oraz mogłyby stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Jednakże, nie opisano sposobu ustalania planu rehabilitacji, osób odpowiedzialnych za jego tworzenie oraz nie sprecyzowano liczby zabiegów w cyklu przypadającej na jednego pacjenta. Dodatkowo w ramach interwencji nie uwzględniono działań edukacyjnych.

Przedstawione cele nie określały wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć. Nie przedstawiono również żadnego poprawnie sformułowanego miernika efektywności odnoszącego się do celów programu.

W projekcie nie uwzględniono ewaluacji programu, w związku z czym nie będzie możliwa obiektywna ocena efektów realizowanych działań. Warto pamiętać, że ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów działań prowadzonych w ramach programu również w okresie długofalowym. Należy także podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji stanowią istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Dodatkowo w projekcie nie uwzględniono m.in.:

- sposobu oszacowania liczebności populacji zaplanowanej do objęcia programem;
- kryteriów włączenia do programu oraz kryteriów wykluczenia z programu;
- akcji informacyjnej;
- szczegółowych kosztów jednostkowych;
- źródła finansowania.

Reasumując, opiniowany projekt zawiera szereg nieprawidłowości oraz brak w nim istotnych elementów, które nie pozwolą na realizację programu o możliwie najwyższej jakości.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Sławno w latach 2023-2027.

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

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie programu przedstawiono problem przewlekłych chorób układu ruchu. Podkreślono także istotność prowadzenia rehabilitacji.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Jednak nie zawiera on wykazu piśmiennictwa, co wymaga uzupełnienia.

Zdawkowo odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane regionalne i lokalne. Wskazano na podstawie danych Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sławnie, że liczba osób niepełnosprawnych (stopień umiarkowany i znaczny) w 2019 r. z terenu gminy wynosiła 125, w 2020 r. – 134 osoby, a w 2021 r. – 203 osoby. Ponadto przedstawiono szacunkowe informacje dotyczące współczynnika zgonów na 1000 mieszkańców w powiecie opoczyńskim, w którym znajduje się gmina Sławno oraz częstości występowania chorób zawodowych w Polsce.

W projekcie nie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Zgodnie z ww. dokumentem w województwie łódzkim, na terenie którego znajduje się gmina Sławno, głównymi rozpoznaniem w rehabilitacji medycznej były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (76,7%) oraz choroby układu nerwowego (16,1%). Choroby układu krążenia stanowiły przyczynę rehabilitacji dla 2,4% ogółu rehabilitowanych pacjentów (w ramach tej grupy chorób najczęstszą przyczyną rehabilitacji były udary: 52,7%). Ponadto w MPZ wskazano, że województwo łódzkie należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce i według prognoz demograficznych proces ten będzie się pogłębiał, a co za tym idzie zwiększy się udział osób z niesprawnością w społeczeństwie.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności świadczeń usług medycznych dla mieszkańców Gminy Sławno w tym fizjoterapii i zabiegów rehabilitacyjnych”.

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie, wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowany cel nie został sformułowany poprawnie z uwagi na brak bezpośredniego odniesienia do efektu zdrowotnego. Powyższe wymaga poprawy.

Wskazano również 7 celów szczegółowych:

- (1) „poprawa dostępu do działań rehabilitacyjnych”;
- (2) „wzrost samodzielności ruchowej”;
- (3) „zwalczanie bólu i stanów zapalnych”;
- (4) „zapobieganie następstwom chorób przewlekłych”;
- (5) „wsparcie, pomoc rehabilitacyjna m.in. osobom z dysfunkcjami narządu ruchu”;
- (6) „usunięcie procesów chorobowych oraz zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby”;
- (7) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki urazów oraz chorób układu ruchu”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętej wartości.

Cel nr 1 powiela założenie główne i nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Cele nr 2 oraz 4 są sformułowane zbyt ogólnie i mogą okazać się niemierzalne. Pomiar wzrostu samodzielności ruchowej możliwy jest przy wykorzystaniu testów sprawności przed i po działaniach prowadzonych w programie, jednak to nie zostało zaplanowane. Cele nr 3, 4 oraz 6 zostały przedstawione jako działanie, co nie jest podejściem prawidłowym. Z kolei cel nr 7 jest niemożliwy do zrealizowania z uwagi na brak zaplanowanej edukacji uczestników. Dodatkowo w żadnym z przedstawionych celów nie wskazano wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć.

W projekcie programu zaproponowano także 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób korzystających z rehabilitacji w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu pacjentów”;
- (2) „liczba osób korzystających z rehabilitacji w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”;
- (3) „liczba wykonanych zabiegów”;
- (4) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”.

Należy podkreślić, że 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.

Wskaźniki 1, 2 i 3 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Z kolei wskaźnik nr 4 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Nie przedstawiono żadnego poprawnie sformułowanego miernika efektywności odnoszącego się do celów programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą mieszkańcy gminy Sławno z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego posiadający skierowanie od lekarza. Nie określono liczebności populacji zamieszkujących gminę. Wskazano, że programem zostanie objętych około 500 osób rocznie. Jednak nie przedstawiono podstaw przyjętych szacunków.

Nie przedstawiono jednoznacznych kryteriów włączenia do programu. Z ogólnego opisu programu wynika, że z programu będą mogły skorzystać wszystkie osoby, które będą posiadały skierowanie od lekarza na rehabilitację leczniczą. Nie odniesiono się również do kryteriów wykluczenia z programu.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano wyłączenie realizację zabiegów wskazanych na skierowaniu uzyskanym od lekarza POZ lub lekarza specjalisty po zaplanowaniu indywidualnego planu rehabilitacji. Plan może objąć m.in.:

- kinezyterapię (ćwiczenia czynne w odciążeniu, czynne wolne i czynne z oporem, izometryczne, wspomagane),
- masaże (mechaniczny, ręczny suchy, limfatyczny),
- elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza),
- ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforezę,
- leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne niskiej częstotliwości)
- światłolecznictwo i termoterapię (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym – miejscowe).

Nie określono liczby zabiegów w cyklu przypadającej na jednego pacjenta. Biorąc jednak pod uwagę przedstawione informacje w projekcie programu dotyczącej planowanej liczby zabiegów miesięcznie (2400 zabiegów) oraz danych dotyczących planowanej rocznej populacji, która będzie objęta programem (500 os.), można wnioskować, że na jednego pacjenta zaplanowano ok. 58 zabiegów.

W projekcie nie opisano sposobu ustalania planu rehabilitacji oraz osób odpowiedzialnych za jego tworzenie.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/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 (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

W projekcie nie odniesiono się do działań edukacyjnych.

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 natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie sprawozdań częściowych oraz rocznych przy wykorzystaniu następujących wskaźników: „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z analizą przyczyn tych decyzji”, „liczby osób korzystających z udziału w programie w związku z urazami w stosunku do ogółu uczestników”, „liczby osób korzystających z programu w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”. W punkcie dotyczącym mierników efektywności odpowiadających celom programu przedstawiono jeszcze jeden wskaźnik mający zastosowanie podczas monitorowania, tj. „liczba wykonanych zabiegów”. W sprawozdaniu realizatora z przeprowadzonych działań również kilka dodatkowych wskaźników, tj. „liczba wykonanych pierwszych wizyt”, „liczba wykonanych kolejnych wizyt”, „liczba pacjentów, którzy ukończyli pełny cykl rehabilitacyjny”, „liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego”.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Dodatkowo uczestnicy programu będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji programu.

W projekcie programu nie odniesiono się do kwestii związanych z ewaluacją programu. Nie będzie zatem możliwe obiektywne ocenienie efektów realizowanych działań. W punkcie dotyczącym mierników efektywności odpowiadających celom programu przedstawiono jedynie jeden wskaźnik mogący posłużyć do ewaluacji, tj. „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”.

Z załączonej karty oceny skuteczności wynika, że ocena nasilenia dolegliwości bólowych będzie prowadzona przy użyciu skali VAS. Należy jednak zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Zatem pomiar skalą VAS powinien odbywać się przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po niej, co uwzględniono w karcie oceny skuteczności. W literaturze podkreśla się, że ważnym elementem rehabilitacji jest prowadzenie odpowiedniego nadzorowania skuteczności terapii (ocena poprawy funkcji utraconych w wyniku urazu oraz czynników wpływających na jakość życia np. odczuwanie bólu).

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie realizacja programu wraz z bieżącym monitorowaniem, a następnie „analiza sprawozdawczości z realizowanych zadań”.

W projekcie programu ogólnie odniesiono się do warunków dotyczących personelu i wyposażenia oraz warunków lokalowych. Zaznaczono, że badania realizowane będą przez podmioty posiadające wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a świadczenia wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Nie zaplanowano akcji informacyjnej.

W sposób zdawkowy odniesiono się do kosztów realizacji programu określając jedynie, że koszt jednostkowy będzie wynosił 13 zł za zabieg. Ponadto nie oszacowano poszczególnych kosztów jednostkowych dla poszczególnych zabiegów. Nie wskazano także kosztów jednostkowych dla działań takich jak monitorowanie i ewaluacja.

Uwzględniając roczny koszt programu wskazany w treści projektu (374 400 zł), można założyć, że całkowity koszt programu, przy założeniu 5-letniego okresu realizacji wyniósłby 1 872 000 zł.

W projekcie programu nie wskazano źródła jego finansowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) niepełnosprawność definiuje jako 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.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.

Należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności

do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla dziedziny rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzone na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek odpowiednich 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, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*),
- 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*),
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej (NICE 2009, AHRQ 2009),
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe),
- 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 poprawy 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 standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (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 leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników),

- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w populacji pacjentów po udarze mózgu mogą ulec poprawie.

Podsumowanie opinii ekspertów

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 potrzeba rehabilitacji dotyczy 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, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

Realizacja 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, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.17.2023 „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”; data ukończenia: sierpień 2023, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 138/2023 z dnia 14 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023- 2027”.