



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 54/2024 z dnia 14 sierpnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Zakłada przeprowadzanie działań edukacyjnych oraz interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany program dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, które należy zniwelować, aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności dotyczące doprecyzowania kryteriów włączenia, uszczegółowienia interwencji, uzupełnienia opisu akcji informacyjnej oraz opisu etapów PPZ.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W projekcie programu należy zatem opisać działania, które będą podejmowane, aby przeciwdziałać ryzyku podwójnego finansowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Program jest skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Olsztynek z rozpoznaniem choroby układu ruchu, urazu lub obwodowego układu nerwowego. Program ma być realizowany w latach 2025-2027, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 240 000 zł.

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 2024 r., poz. 146), 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 opiniowanym dokumencie szczegółowo opisano problem zdrowotny, tj. choroby układu kostno-stawowego oraz mięśniowego, a także choroby obwodowego układu nerwowego. W projekcie podkreślono, że w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie pacjenta rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowano opis problemu zdrowotnego.

W treści projektu programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej. Przedstawiono m.in. dane światowe dotyczące najczęściej występujących chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego. Na podstawie danych WHO wskazano, że: *„każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami”*.

Odnosząc się do danych pochodzących z Baz Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) przedstawiono dane z obszaru województwa warmińsko-mazurskiego oraz z powiatu olsztyńskiego. Wskazano, że *„w roku 2022 ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 2,8 mln Polaków, w tym 76% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz 15% z powodu chorób układu nerwowego”*. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej w województwie warmińsko-mazurskim był niższy niż ogólnopolski i wynosił 6 888/100 tys., natomiast w powiecie olsztyńskim był jeszcze niższy i kształtował się na poziomie 6 254/100 tys. W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,6 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich, z czego w województwie warmińsko-mazurskim udzielono 50,9 tys. porad (co plasowało województwo na 8 miejscu w skali kraju), a w powiecie olsztyńskim ponad 4,6 tys. porad. Ponadto w Polsce w 2022 r. zrealizowano ponad 5 mln wizyt fizjoterapeutycznych, z czego w województwie warmińsko-mazurskim było to ponad 130,3 tys. wizyt, a w powiecie olsztyńskim – ponad 12,4 tys. porad. Opisane dane mogą wskazywać na niską dostępność świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w powiecie olsztyńskim.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa warmińsko-mazurskiego wskazano m.in. że *„należy poprawić dostępność i jakość świadczeń w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii”*, a także należy zapewnić możliwość *„bezwłocznego kierowania pacjentów na rehabilitację, co jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach, którzy ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych”*.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2027”*.

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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny programu wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Wskazana skala VAS umożliwi ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego,

co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Jednak nie zawsze zmniejszenie wartości wiąże się z odczuciem pacjenta. Za zasadne uważa się wskazanie, że celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm).

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- (1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu u co najmniej 30% osób z populacji docelowej w latach 2025-2027”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym jego osiągnięcie. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu.

Cel szczegółowy jest możliwy do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów. Do projektu załączono wzór pre/post testu, który nie budzi zastrzeżeń. Zdefiniowano również wysoki poziom wiedzy, co jest działaniem zasadnym.

W projekcie uzasadniono także wskazane wartości docelowe celu głównego i celu szczegółowego podkreślając, że przyjęto je na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono rekomendacji eksperta. Powyższe wymaga uzupełnienia.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób, 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 pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”,
- (2) „odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Zaproponowane wskaźniki sformułowano prawidłowo.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dorosłych mieszkańców gminy Olsztynek u których stwierdzono schorzenie układu ruchu, urazu lub obwodowego układu nerwowego.

W dokumencie wskazano, że liczba dorosłych mieszkańców gminy wynosi ok. 10,8 tys. osób. Informacje te są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Oszacowano populację docelową na poziomie ok. 675 pacjentów rocznie. Biorąc pod uwagę ograniczenia finansowe, program obejmie ok. 95 osób rocznie, co stanowi ok 14% populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Sumarycznie liczebność populacji w 3 letnim czasie trwania programu wyniesie 285 osób.

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Warto jednak wskazać, że biorąc pod uwagę, iż w programie uczestniczyć będą wyłącznie osoby dorosłe, wiek powinien również stanowić dodatkowe kryterium włączenia.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano: wizytę fizjoterapeutyczną, wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

W odniesieniu do zaplanowanych w projekcie wizyt fizjoterapeutycznych wskazano jedynie, że będą one miały na celu kwalifikację uczestników do programu oraz uwzględniać będą zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Należy jednak zwrócić uwagę, że zgodnie z budżetem programu, na każdego uczestnika przypadać będzie tylko jedna wizyta fizjoterapeutyczna. Zasadne jest przeprowadzenie wizyty przed wdrożeniem działań rehabilitacyjnych, w celu przeprowadzenia oceny wyjściowej sprawności pacjenta i doboru właściwych zabiegów, jednak nie zaplanowano przeprowadzenia ponownej wizyty na zakończenie udziału w programie. Jednocześnie, w ramach miernika efektywności dla celu głównego wskazano, że ocena zmniejszenia dolegliwości bólowych przeprowadzona zostanie na podstawie wyników skali VAS – „*różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie*”. Zapis ten sugeruje, że ponowna ocena, weryfikująca skuteczność przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych zostanie przeprowadzona, jednak nie uwzględniono jej w opisie interwencji oraz budżecie PPZ.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach programu dla każdego uczestnika przygotowany zostanie indywidualny plan rehabilitacyjny, określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji. Plan obejmować będzie dobrane według indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród: zabiegów realizowanych z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty zabiegów kinezyterapii, ćwiczeń grupowych ogólnoustrojowych, zabiegów fizykalnych, zabiegów masażu oraz zabiegów realizowanych z wykorzystaniem wody. Zaznaczono, że plan obejmować będzie zabiegi o łącznej sumie ok. 370 punktów (+/- 3 punkty) na cały, trwający 10 dni cykl rehabilitacyjny. Zgodnie z informacjami zawartymi w budżecie programu, na jednego pacjenta przypadać będzie średnio ok. 27 zabiegów. Ponadto, zaznaczono, że plan realizowany będzie w trybie ambulatoryjnym lub domowym (w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta).

Podkreślenia wymaga, że wszystkie zaplanowane w programie zabiegi fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią projektu, działania edukacyjne obejmować będą przeprowadzenie 45-minutowych spotkań w zakresie edukacji zdrowotnej. Tematyka spotkań obejmować będzie rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, a także sposoby radzenia sobie ze stresem. W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego 5 pytań zamkniętych. Wzór testu załączono do projektu i nie budzi on zastrzeżeń. Wskazano, że spotkania prowadzone będą przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka, w maksymalnie 20-osobowych grupach.

Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych. Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona przez realizatora w sposób ciągły do momentu zakończenia programu na podstawie: „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Należy zaznaczyć, że przedstawione powyżej wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Załączony wzór ankiety nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie prowadzona poprzez analizę: „odsetka osób, 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 pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)” oraz „odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu”.

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

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. Nie uwzględniono jednak części zaplanowanych interwencji, tj. wizyty fizjoterapeutycznej i działań edukacyjnych. W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Odniesiono się zdawkowo do akcji informacyjnej, wskazując, że „w ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu”. Wskazano, że działania te realizowane będą za pomocą plakatów i ulotek. W projekcie nie podano większej ilości szczegółów dotyczących organizacji, miejsca oraz czasu trwania akcji informacyjnej, co wymaga korekty.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty akcji informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 240 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Olsztynek.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin 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.

Światowe Badanie Zdrowia (ang. World Health Survey) wskazało, że około 785 milionów (15,6%) osób w wieku ≥ 15 lat żyje z niepełnosprawnością, a spośród tych osób – 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu.

Rehabilitacja zmierza do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej poprzez działania organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, techniczne, szkoleniowe i społeczne.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej, aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009).
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innymi ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznaną.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.
- Wyniki przeglądu systematycznego wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin- Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni) -4,46 [95%CI: (-5,95; -2,98)], średnim (5 miesięcy) -2,71 [95%CI: (-4,63; -0,78)], jak i długim (1 rok) -3,39 [95%CI: (-4,97; -1,81)] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu. Dotyczy to zarówno krótkiego

(12 tygodni) -6,36 [95%CI: (-8,45; -4,27)], średniego (5 miesięcy) -3,77 [95%CI: (-5,97; -1,57)], jak i długiego (1 rok) -3,43 [95%CI: (-5,18; -1,69)] okresu obserwacji.

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. 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.

Ekspertki wskazują także na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych w ramach PPZ, które powinny dotyczyć zagadnień z zakresu: czynników ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, sposobów radzenia sobie po incydencie kardiologicznym oraz z POChP, roli aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcjach narządów ruchu, profilaktyki w chorobach cywilizacyjnych, właściwej diety jako sposobu zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych, profilaktyki upadków dla pacjentów z problemami neurologicznymi lub z osteoporozą, sposobów radzenia sobie ze stresem i/lub instruktażu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

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

Z upoważnienia Prezesa

p.o. ZASTĘPCY DYREKTORA BIURA PREZESA

Łukasz Andrzejczyk

/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 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.44.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027” realizowany przez: Gminę Olsztynek; data ukończenia opracowania: sierpień 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 127/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Olsztynek na lata 2025-2027”