



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 68/2024 z dnia 27 września 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program Profilaktyki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Mściwojów w 2024 roku”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program Profilaktyki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Mściwojów w 2024 roku”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Zakłada przeprowadzanie, 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.

Jednak opiniowany projekt zawiera liczne uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące m.in.:

- poprawnego sformułowania celu głównego oraz celów szczegółowych, w szczególności odniesienie do wartości docelowej,
- skorygowania i uzupełnienia mierników efektywności,
- uzasadnienia liczebności populacji planowanej do udziału w programie,
- dodania do planowanych interwencji edukacji pacjentów w zakresie ocenianego problemu zdrowotnego,
- sformułowania sposobu zakończenia udziału w programie.

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 zaplanowany do realizacji przez Gminę Mściwojów. Program jest skierowany do osób powyżej 65 r.ż., zameldowanych w Gminie Mściwojów z rozpoznaniem choroby przewlekłej i zapalnej układu ruchu, urazu lub chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Program ma być realizowany w roku 2024, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 250 000 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 przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności i rehabilitacji. W ramach opisu problemu zdrowotnego odniesiono się do Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia oraz podkreślono, że „niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej”. Przedstawiono także informacje z zakresu metod rehabilitacyjnych wspomagających poprawę funkcjonowania osób z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Oceniany projekt nie zawiera referencji bibliograficznych, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego, co należy uzupełnić.

Powołując się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazano, że w 2019 roku, „zarówno w Polsce, jak i w UE, odpowiednio na trzecim oraz drugim miejscu w rankingu najważniejszych problemów zdrowotnych znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa”. Przedstawiono również wyniki badania opisanego w ramach dokumentu GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.”, zgodnie z którymi „blisko połowa ankietowanych mieszkańców Polski doświadcza długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, trwających przynajmniej 6 miesięcy (o 3 p. proc. mniej niż w 2014 roku)”. Zaznaczono również, że „w przypadku osób w wieku podeszłym, w województwie dolnośląskim sprawozdano 3,26 tys. hospitalizacji w ramach tej podgrupy”.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w woj. dolnośląskim, na terenie którego znajduje się gmina Mściwojów „dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń”. Z kolei wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa wskazano m.in. na „wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego”.

Nie odniesiono się jednak do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na analizę istotności problemu zdrowotnego oraz możliwości jego zabezpieczenia w kontekście potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników programu dotkniętych problemem chorób układu ruchu lub chorób układu mięśniowo-szkieletowego w wieku powyżej 65 r.ż.”.

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 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. 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 umożliwia 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). Ponadto należy zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie u co najmniej 20% uczestników objętych programem sprawności fizycznej poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych”,
- (2) „zmniejszenie u co najmniej 20% uczestników objętych programem dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych” oraz
- (3) „zwiększenie o co najmniej 30% objętych programem uczestników wiedzy na temat aktywności fizycznej”.

Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono narzędzia pozwalającego na obiektywną ocenę parametru. Warto podkreślić, że jednym z rekomendowanych narzędzi służących do pomiaru aktywności fizycznej jest m.in. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). Cel szczegółowy nr 2 stanowi powielenie celu głównego. Cel szczegółowy nr 3 byłby możliwy do osiągnięcia w czasie realizacji PPZ, jednak w projekcie nie odniesiono się do planowanych działań edukacyjnych. Nie zaplanowano również jednoznacznie pomiaru wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Warto również wskazać, że w żadnym z celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

Powyższe kwestie dotyczące celu głównego oraz celów szczegółowych wymagają korekty.

W projekcie zaplanowano 2 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)” oraz
- (2) „odsetek osób objętej programem, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w wyniku podjęcia działań rehabilitacyjnych (ocena stanu na podstawie wywiadu i badania fizykalnego przez fizjoterapeutę wykonana dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej zakończeniu)”.

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. Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 nie odnosi się do celów programu, natomiast może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Warto jednak podkreślić, że na stan zdrowia mogą wpłynąć również inne czynniki, poza programem, zatem pomiar takiego parametru może być nieobiektywny. Nie określono mierników efektywności dla celów szczegółowych. Powyższ wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do osób w wieku powyżej 65 r.ż., zameldowanych w Gminie Mściwojów z rozpoznaniem choroby przewlekłej i zapalnej układu ruchu lub chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Powołując się na dane Urzędu Gminy Mściwojów wskazano, że liczba mieszkańców gminy wynosi 3 897 osób, z czego powyżej 65 r.ż. – 822 osoby. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone

do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. W treści projektu wskazano jednak, że do programu zostanie włączone 150 osób. Nie wskazano uzasadnienia dla liczebności włączanej do programu populacji, co należy uzupełnić.

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Warto rozważyć, aby weryfikacja kryteriów wyłączenia w zakresie wcześniejszego korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ była realizowana na podstawie oświadczeń uczestników programu.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wizyty fizjoterapeutyczne oraz indywidualny plan rehabilitacji.

Zgodnie z treścią PPZ, kwalifikacja pacjentów do programu będzie dokonywana przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę rehabilitacji na podstawie kryteriów udziału w projekcie.

Wizyty fizjoterapeutyczne

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie dwóch konsultacji magistra fizjoterapii. Pierwsza odbędzie się na początku, a druga – na końcu realizacji programu. Podczas każdej z wizyt zaplanowano przeprowadzenie oceny sprawności fizycznej oraz ocenę dolegliwości bólowych.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie opracowany przez magistra fizjoterapii z uwzględnieniem rodzaju i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę na wizycie fizjoterapeutycznej. Wśród zabiegów, które będzie obejmować interwencja terapeutyczna wymieniono: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1, kinezyterapię, fizykoterapia, masaż, hydroterapię. Zaznaczono, że indywidualny plan rehabilitacyjny będzie obejmować ok. 50 ww. zabiegów, wykonanych w cyklu terapeutycznym 10-dniowym.

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.

W projekcie nie zaplanowano przeprowadzenia działań edukacyjnych. Natomiast w ramach celów programu wskazano na „zwiększenie o co najmniej 30% objętych programem uczestników wiedzy na temat aktywności fizycznej”, a w budżecie wskazano na analizę wyników testów wiedzy, jednak w projekcie nie opisano działań związanych z edukacją w PPZ. W rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W związku z tym powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

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 zgłaszających się do programu”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji” oraz „liczby osób, która ukończyła program”. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, zatem nie było możliwości jej weryfikacji.

Ocena efektywności programu będzie prowadzona poprzez analizę: *liczby osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej* oraz *„liczby osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie polityki zdrowotnej”*.

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. Niemniej biorąc pod uwagę znikomą liczbę prawidłowo zaplanowanych mierników efektywności, kompleksowa ocena efektów programu nie będzie możliwa. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis planowanych działań i etapów w ramach programu.

W dokumencie zdawkowo odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

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

Odniesiono się do akcji informacyjnej, wskazując, że będzie ona realizowana poprzez ulotki, stronę internetową Urzędu Gminy, portale społecznościowe oraz bezpośrednie kontakty realizatora z potencjalnymi uczestnikami programu.

Nie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, co wymaga uzupełnienia.

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

Koszt całkowity programu oszacowano na 250 000 zł

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Mściwojów.

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).

- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (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 przeglądów systematycznych 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.

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.

Eksperti 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

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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.431.59.2024 „Program Profilaktyki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Mściwojów w 2024 roku” realizowany przez: gminę Mściwojów; data ukończenia opracowania: wrzesień 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 154/2024 z dnia 23 września 2024 roku o projekcie programu: „Program Profilaktyki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Mściwojów w 2024 roku”.