



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezese Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BP.401.5.2019.LAn

Protokół nr 3/2019
z posiedzenia Rady Przejrzystości
w dniu 21 stycznia 2019 roku
w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencji)

Członkowie Rady Przejrzystości (Rada) obecni przy rozpoczęciu posiedzenia (wymagane kworum: 14 osób):

1. Anna Cieślik
2. Anna Gręziak
3. Barbara Jaworska-Łuczak
4. Dorota Kilańska
5. Michał Myśliwiec
6. Rafał Niżankowski – prowadził posiedzenie
7. Jakub Pawlikowski
8. Rafał Suwiński
9. Piotr Szymański
10. Janusz Szyndler
11. Andrzej Śliwczyński
12. Anetta Undas
13. Artur Zaczyński

Członkowie Rady nieobecni na posiedzeniu:

1. Adam Maciejczyk
2. Dariusz Struski
3. Piotr Szymański
4. Dariusz Tereskowski-Kamiński

Proponowany porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia, omówienie i zatwierdzenie porządku obrad, omówienie konfliktów interesów członków Rady.
2. Przygotowanie stanowiska w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej: rehabilitacja neurologiczna – obejmuje kwalifikację niżej wymienionych świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych:
 - 1) Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej,
 - 2) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
 - 3) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej,



- 4) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej,
- 5) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej - świadczenia dedykowane wszystkim zakresom rehabilitacji leczniczej.
3. Sprawy różne - rola potencjału, jak i systemowych możliwości POZ w realizacji, inicjowaniu oraz zwiększaniu efektywności programów profilaktycznych.
4. Losowanie składów Zespołów.
5. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Posiedzenie rozpoczęło się o godzinie 10:25.

Rada jednogłośnie (13 głosów „za”) zdecydowała o zmianie porządku obrad, polegającej na zamianie kolejności omawiania tematów z pkt 2. i 3. Głosowanie zostało przeprowadzone mimo braku kworum niezbędnego do zatwierdzenia zmiany porządku obrad.

Zatwierdzony porządek obrad (w zakresie dotychczas nieomawianych punktów):

2. Sprawy różne - rola potencjału, jak i systemowych możliwości POZ w realizacji, inicjowaniu oraz zwiększaniu efektywności programów profilaktycznych.
3. Przygotowanie stanowiska w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej: rehabilitacja neurologiczna – obejmuje kwalifikację niżej wymienionych świadczeń opieki zdrowotnej, jako świadczeń gwarantowanych:
 - 1) Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej,
 - 2) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
 - 3) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej,
 - 4) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej,
 - 5) Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej - świadczenia dedykowane wszystkim zakresom rehabilitacji leczniczej.
4. Losowanie składów Zespołów.
5. Zakończenie posiedzenia.

Ad 2. Dorota Kilańska omówiła kwestie związane z rolą potencjału, jak i systemowymi możliwościami POZ w realizacji, inicjowaniu oraz zwiększaniu efektywności programów profilaktycznych.

W trakcie przedstawiania tematu na posiedzenie przybył Tomasz Pasierski, który nie zadeklarował konfliktu interesów.

Rada przeprowadziła dyskusję, w której udział brali: Tomasz Pasierski, Rafał Niżankowski, Dorota Kilańska, Andrzej Śliwczyński, Michał Myśliwiec i Rafał Suwiński.

W ramach konsultacji, Rada połączyła się telefonicznie i wysłuchała opinii Dariusza Struskiego, członka Rady Przejrzystości nieobecnego na posiedzeniu, który nie zgłosił konfliktu interesów. Odpowiadał on także na pytania Rady.

Rada ponownie przegłosowała zmianę porządku obrad, z uwagi na uzyskanie wymaganego kworum. Rada jednogłośnie (14 głosów „za”) zatwierdziła zmianę porządku obrad, polegającą na zamianie kolejności omawiania tematów z pkt 2. i 3.

Żaden z członków Rady nie zgłosił konfliktu interesów.

Ad 3. W ramach wstępnej dyskusji Rady, dotyczącej zaproponowanego podziału świadczeń na usługi rehabilitacyjne stacjonarne, ambulatoryjne, ogólnoustrojowe dzienne, domowe oraz wykonywane w ramach rehabilitacyjnej opieki lekarskiej, głos zabrali: Rafał Niżankowski, Tomasz Pasierski, Michał Myśliwiec, Tomasz Romańczyk, Andrzej Śliwczyński, Anna Gręziak, Dorota Kilańska, Artur Zaczyński i Jakub Pawlikowski, natomiast analityk Agencji objaśnił założenia zaproponowanej koncepcji opieki w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

Analityk Agencji przedstawił informacje dotyczące zmiany technologii medycznej w zakresie stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej, po czym Rada dyskutowała nad przedstawionymi założeniami z tego zakresu. W tej części dyskusji Rady udział brali: Rafał Niżankowski, Anna Gręziak, Andrzej Śliwczyński, Tomasz Romańczyk i Artur Zaczyński.

W ramach omawiania świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej, Rada przeprowadziła konsultacje z:

- przedstawicielką świadczeniodawców – Krystyną Walendowicz, Dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w Zakopanem, która odpowiadała także na pytania Rady,
- ekspertem z dziedziny medycyny – dr hab. n. med. Beatą Tarnacką, Kierownikiem Kliniki Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która odpowiadała także na pytania Rady.

Propozycję fragmentu stanowiska Rady, dotyczącego rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej, przedstawił Rafał Niżankowski. Uwagi do projektu składali: Michał Myśliwiec, Tomasz Romańczyk, Tomasz Pasierski, Anna Cieślik, Dorota Kilańska, Andrzej Śliwczyński, Anna Gręziak i Artur Zaczyński.

Propozycję fragmentu stanowiska Rady, dotyczącego fizjoterapii ambulatoryjnej, przedstawił Artur Zaczyński, natomiast analityk Agencji odniósł się do wybranych elementów koncepcji dot. tego zakresu. W dyskusji Rady udział brali: Rafał Niżankowski, Artur Zaczyński, Andrzej Śliwczyński i Tomasz Romańczyk.

Propozycję fragmentu stanowiska Rady, dotyczącego rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej, przedstawił Michał Myśliwiec. Uwagi do projektu składali: Dorota Kilańska, Michał Myśliwiec, Tomasz Pasierski, Anna Gręziak, Rafał Niżankowski i Tomasz Romańczyk.

Propozycję fragmentu stanowiska Rady, dotyczącego fizjoterapii domowej, przedstawił Tomasz Pasierski. Uwagi do projektu składali: Artur Zaczyński, Tomasz Romańczyk i Tomasz Pasierski.

Propozycję fragmentu stanowiska Rady, dotyczącego opieki lekarskiej rehabilitacyjnej przedstawił Tomasz Romańczyk. W dyskusji Rady udział brali: Rafał Niżankowski, Tomasz Romańczyk, Andrzej Śliwczyński, Artur Zaczyński, Dorota Kilańska i Michał Myśliwiec, natomiast analityk Agencji odniósł się do wybranych elementów koncepcji z tego zakresu.

Po sformułowaniu treści całego stanowiska, prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (14 głosów „za”) uchwaliła stanowisko (załącznik nr 1 do protokołu).

Ad 4. Przeprowadzono losowanie składu Zespołu na posiedzenie w dniu 18.02.2019 r.

Ad 5. Posiedzenie zakończyło się o godzinie 16:04.

Rafał Niżankowski
Przewodniczący Rady Przejrzystości

.....
(data i podpis)



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 6/2019 z dnia 21 stycznia 2019 roku
w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie
wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej
dotyczących rehabilitacji neurologicznej

Rada Przejrzystości uważa za zasadną zmianę technologii medycznej w zakresie wprowadzenia „wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej” poprzez kwalifikację świadczeń opieki zdrowotnej proponowanych w opracowaniu analitycznych, pod warunkiem modyfikacji propozycji świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej w sposób bardziej uwzględniający dostępne dowody naukowe oraz pozostałych uwag Rady, a także pod warunkiem ponownej oceny Rady, z wyłączeniem świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej. Rada oczekuje skorygowania projektu i ponownego przedstawienia Radzie do zaopiniowania.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Stacjonarna rehabilitacja neurologicznej jest obecnie finansowane przez NFZ i zachodzi pytanie czy należy dokonywać zmian w tym zakresie?

Aktualnie finansowane świadczenia stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej określone są jako:

- 1) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I,*
- 2) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II,*
- 3) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I,*
- 4) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II*
- 5) Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I*



6) *Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria II*

7) *Rehabilitacja neurologiczna przewlekła*

Proponowane świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej określono jako:

1) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I*

2) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II*

3) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza I*

4) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza II*

5) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I*

6) *Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II*

Jak z powyższego wynika nowo proponowane świadczenia różnią się niewiele, głównie dodaniem dodatkowych określeń.

Natomiast w raporcie nie została dostatecznie jasno przedstawiona przyczyna, dla której należałoby obecnie istniejące świadczenia zamieniać na nowo formułowane. Mimochodem stwierdzono, iż problemem obecnej rehabilitacji stacjonarnej jest brak zróżnicowania w poziomie finansowania ciężkich, trudnych do rehabilitacji pacjentów w stosunku do pacjentów w lżejszych stanach chorobowych co skutkuje preferencją oddziałów w przyjmowaniu pacjentów lżej chorych i utrudnieniem.

2. *Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej*

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej polega na wyodrębnieniu projektów świadczeń poprzez:

- zdefiniowanie profilu pacjenta za pomocą kryteriów kwalifikacji,*
- zdefiniowaniu profili i rodzaju interwencji,*
- dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki (miejsc udzielania świadczeń).*

Zawarte w projekcie zmiany dotyczące fizjoterapii ambulatoryjnej są dobre. Zdefiniowane profile i rodzaj interwencji uległy rozszerzeniu w przypadku

fizjoterapii ambulatoryjnej, jednak kryteria kwalifikacji pacjentów zarówno w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej jak i innych omawianych punktów powinny być bardziej spójne i precyzyjne.

Dodatkowo w opisie proponowanych zmian w punktach:

- 1) Wymagany rodzaj i zakres skierowania powinno być w pkt.2istotnych w procesie fizjoterapii...zamiastistotnych w procesie rehabilitacji....
 - 2) Załączone badania pkt 2 jest w sprzeczności z pkt 3. Słowo „powinny być” jest niejednoznaczne. Rada uważa, że należy użyć sformułowania „o ile był leczony szpitalnie”.
 - 3) Opis włączenia nie obejmuje innych specjalizacji i ogranicza dostęp do AOF np. pacjentom po lekkich incydentach udarowych niewymagających kompleksowości, a daje możliwość dostępu po leczeniu udaru z trombektomią mechaniczną (leczenie operacyjne). Nie uwzględnia pacjentów przygotowujących się do operacji kręgosłupa w ośrodkach ortopedycznych. Warunkowanie: w stanach pourazowych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w stanach pooperacyjnych ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, lub w sytuacjach mających na celu przygotowanie do zaplanowanych zabiegów chirurgicznych lub neurochirurgicznych jest niejednoznaczne. Warunkowanie takie wyłącza pacjentów, którzy byli operowani na innych niż neurochirurgia lub chirurgia oddziałach i wystąpiły u nich po operacji ostre zmiany OUN lub układu obwodowego powodujące dysfunkcje neurologiczne. Wymaga to uzupełnienia w kryteriach włączenia.
3. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej
- Zakłada się przekierowanie pacjentów nie wymagających całodobowej opieki do rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej (w ośrodku lub na oddziale), w ramach 3 świadczeń:
- 1) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii.
 - 2) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po udarach mózgu. Rada proponuje dodać „oraz urazach czaszkowo-mózgowych”.
 - 3) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN. Rada proponuje dodać „oraz podobnymi uszkodzeniami OUN”.

Rada uważa, że koordynatorem powinien być lekarz specjalista rehabilitacji lub fizjoterapeuta. Powinna być zapewniona dostępność do psychologa/neuropsychologa, logopedy/neurologopedy, terapeutę

zajęciowego, dietetyka i pielęgniarki. Powinny być także dostępne konsultacje internisty, neurologa, psychiatry, kardiologa, pulmonologa.

W ramach fizjoterapii powinny być przede wszystkim stosowane metody kinezyterapii, a nie metody o nieudowodnionej efektywności klinicznej.

4. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej

Aktualnie obejmują one:

- 1) Poradę lekarską lub,
- 2) Wizytę fizjoterapeutyczną.

Proponowane zmiany to:

Zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie fizjoterapii domowej

- 1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF,
- 2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego w ramach POF.

Obydwa punkty obejmują chorych ze znacznym uszkodzeniem OUN (4-5 w skali Rankina), w 12 miesięcy od dokonania się uszkodzenia.

W zakresie świadczenia fizjoterapii domowej dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu:

- terapię poznawczo-behawioralną,
- terapię psychologiczną (obejmującą rehabilitację kognitywną),
- terapię logopedyczną,
- terapię zajęciową (w tym wsparcie w powrocie do pracy zawodowej),
- opiekę dietetyka,
- opiekę paliatywną,
- możliwość zapewnienia rehabilitacji w formie telerehabilitacji,
- pacjenci powinni być kwalifikowani do rehabilitacji domowej, tylko gdy możliwe jest zapewnienie im opieki multidyscyplinarnej.

W zakresie świadczenia fizjoterapii domowej dla pacjentów z uszkodzeniami OUN:

- terapię psychologiczną.

5. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej

Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej polega na wyodrębnieniu projektów świadczeń poprzez zdefiniowanie profilu pacjenta za pomocą kryteriów kwalifikacji, zdefiniowaniu profili i rodzaju

interwencji oraz dobór profili i rodzajów interwencji do poziomów opieki (miejsc udzielania świadczeń).

Przeprowadzona analiza aktualnych zaleceń dotyczących rehabilitacji neurologicznej wskazuje, że wszystkie one rekomendują przeprowadzenie oceny stanu pacjenta przed zakwalifikowaniem go do świadczenia rehabilitacji, określenie celów rehabilitacji oraz przygotowanie planu terapii. W odnalezionych dokumentach pojawiają się znaczne różnice w określeniu specjalizacji osoby udzielającej porady kwalifikacyjnej. Część dokumentów wskazuje, iż świadczenia udzielić powinien lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta. Jednocześnie, 13 dokumentów zaleca przeprowadzenie porady kwalifikacyjnej przez zespół multidyscyplinarny.

Dowody naukowe

W wyniku wyszukiwania systematycznego nie odnaleziono publikacji oceniających skuteczność i bezpieczeństwo świadczeń z zakresu dietetyki/żywienia udzielonych przez dietetyka dla populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną.

Przegląd systematyczny Wang 2018, dotyczący skuteczności i bezpieczeństwa świadczeń z zakresu psychologii/psychoterapii udzielanych przez psychologa w populacji pacjentów objętych rehabilitacją neurologiczną, wskazuje na umiarkowane efekty psychoterapii depresji po udarze.

W przeglądzie systematycznym Mitchell 2017 oceniającym wpływ interwencji dzyartrycznych u pacjentów po udarze lub innych urazach niepostępujących nabytych w wieku dorosłym nie wykazano istotności statystycznej w żadnym z pierwszorzędowych punktów końcowych.

Wytyczne towarzystw naukowych (m.in MASCIP2017) uznaje, iż u chorych po udarze mózgowym fizjoterapia w warunkach domowych jest optymalną formą rehabilitacji.

Problem ekonomiczny

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Świadczenia z powyższego zakresu powinny być ograniczone wyłącznie do pacjentów najcięższych, wymagających całodobowej hospitalizacji. Dla oceny skutków ekonomicznych konieczne będzie przeprowadzenie pilotażu.

2. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

Szacuje się, iż łączny wpływ powyższych zmian zamyka się w kwocie oszczędności dla budżetu NFZ w wysokości ok. 10,2 mln zł. Należy podkreślić, iż założenia mają charakter hipotetyczny i są szacunkowe.

3. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

Zgodnie z proponowaną, w nowym podejściu do rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej profilu rehabilitowanego tam pacjenta (przyjmowanie pacjentów w cięższym stanie niż obecnie), założono, że część pacjentów leczonych dzisiaj w rehabilitacji neurologicznej przejdzie do rehabilitacji ogólnoustrojowej, zaś część przejdzie do rehabilitacji na oddziale dziennym. Łączna wartość (wg. stanu na 2017 r.) świadczeń pacjentów, którzy mieliby zamiast świadczeń z rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej mieć udzielone świadczenia na oddziale dziennym rehabilitacji wynosi 12,64 mln zł. Ci sami pacjenci, korzystający ze świadczeń rehabilitacyjnych na oddziale dziennym, gdzie przeciętny koszt rehabilitacji 1 pacjenta wynosił w 2017 r. 1329 zł będą kosztować ok. 2,99 mln zł. Prognozuje się więc, że ostateczny efekt finansowy tych zmian da oszczędności 9,65 mln zł.

4. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej

Dla oceny problemu ekonomicznego wymagana jest nowa taryfikacja świadczenia. Może okazać się tańsza niż świadczenia udzielne w trybie szpitalnym bądź ambulatoryjnym.

5. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej

Proponowane zmiany nie będą miały istotnego wpływu na koszty płatnika publicznego z tytułu zmiany realizowanych procedur w ramach opieki lekarskiej w rehabilitacji.

Główne argumenty decyzji

Przedstawiony projekt zawiera szereg istotnych, pozytywnych elementów, które powinny być wdrożone do systemu opieki zdrowotnej, w szczególności: wskazanie kryteriów dla oceny jakości rehabilitacji, kryteria włączenia i wyłączenia pacjenta z terapii, proponowane skale dla oceny pacjenta. Rada rekomenduje wprowadzenie powyższych elementów oraz dodanie klasyfikacji ICF (ang. The International Classification of Functioning, Disability and Health) jako narzędzia oceny pacjenta, umożliwiającego ocenę efektywności leczenia.

1. Świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej stacjonarnej

Opis proponowanych świadczeń w zbyt małym stopniu uwzględnia:

1) dowody naukowe

2) zabezpieczenie opieki nad ciężko chorymi pacjentami umożliwiające poddawanie ich rehabilitacji w warunkach stacjonarnych,

- uwzględniające m.in. pacjentów wymagających wentylacji nieinwazyjnej, tlenoterapii, higieny dróg oddechowych, nadzoru nad zaburzeniami rytmu serca,
- zabezpieczające rehabilitację w godzinach popołudniowych, w weekendy, opiekę w zakresie zmian ułożenia u pacjentów obłożnych, pomoc przez całą dobę w zakresie korzystania z toalety przez pacjentów wymagających opieki osoby drugiej,
- w wymiarze co najmniej 120 minut na dobę, z uwzględnieniem godzin popołudniowych i możliwości pacjenta.

Rada pozytywnie ocenia zaproponowany model fazowości.

Rada uważa, iż opracowanie świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej jest bardzo ważne i winno być kontynuowane z uwzględnieniem aktualnych uwag Rady.

2. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

Ta część proponowanych świadczeń nie budzi istotnych zastrzeżeń.

3. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

Przesunięcie ok.2250 pacjentów z rehabilitacji stacjonarnej do dziennej pozwoli uzyskać oszczędności ok. 9,65 miliona złotych rocznie. Proponowane procedury mają udowodnioną skuteczność, są zalecane przez towarzystwa i organizacje międzynarodowe i są zgodne z opiniami powołanych przez AOTMiT ekspertów. Wykazano warunki realizacji świadczeń, m.in.:

- wymogi formalne do udzielenia świadczenia,
- czas realizacji świadczenia,
- personel medyczny,
- miejsce udzielania świadczeń (wymogi lokalowe, wyposażenie w sprzęt).

4. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w zakresie fizjoterapii domowej

Ta forma świadczeń wydaje się optymalna z punktu widzenia pacjenta i jego rodziny, która może aktywnie łączyć się w proces rehabilitacji.

5. Świadczenia dla pacjentów z chorobami neurologicznymi w ramach - opieki lekarskiej rehabilitacyjnej

Proponowane zmiany nie będą miały istotnego wpływu na koszty płatnika publicznego z tytułu zmiany realizowanych procedur w ramach opieki lekarskiej w rehabilitacji. Rada stoi na stanowisku, iż w zakresie porady lekarskiej nie powinno się wprowadzać zmian w stosunku do technologii medycznej.

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31h ust 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w związku z art. 39 ust. 3 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania nr: AOTMiT-WS.431.5.2018 „Zmiana technologii medycznych w zakresie rehabilitacji neurologicznej”. Data ukończenia: 17 stycznia 2019 r.; „Wybrane propozycje stanowią element dokumentu »Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce«”.