

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 53/2019 z dnia 25 kwietnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy
Żółynia na 2019 rok” realizowanego przez: gminę Żółynia

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Żółynia na 2019 rok”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi.

- Cel główny oraz cele szczegółowe warto przeformułować w taki sposób, aby były zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta. Należy także doprecyzować działania w zakresie edukacji zdrowotnej.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.
- W budżecie programu należy uwzględnić koszty działań edukacyjnych oraz koszty monitorowania i ewaluacji programu. Ponadto należy zweryfikować niespójne zapisy dotyczące liczby planowanych zabiegów.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 20 000 zł, zaś okres realizacji to rok 2019.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego. W opisie problemu przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności i rehabilitacji, wskazano rodzaje dysfunkcji, stopnie niepełnosprawności, zasady rehabilitacji dzieci.

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.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W treści projektu nie przedstawiono krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. podkarpackim w 2015 r. wynosił 10,3%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Żołynia, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 726 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańców Gminy Żołynia do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez przywracanie sprawności ruchowej czasie trwania programu w 2019 roku”. Należy zaznaczyć, że założenie główne nie jest w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie. Sformułowany cel jest zbyt ogólnikowy i mało precyzyjny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Ponadto należy określić konkretne wartości, jakie zamierza się osiągnąć w ramach realizacji programu.

W treści projektu wskazano także 5 celów szczegółowych dotyczących:

- (1) „usunięcia procesów chorobowych oraz zapobiegania nawrotom i postępowaniu choroby”,
- (2) „zwalczania bólu i stanów zapalnych”,
- (3) „zapobiegania następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu”,
- (4) „podniesienia jakości życia i ograniczenia postępu choroby poprzez edukację prawidłowego postępowania i prowadzenia odpowiedniego usprawniania”,
- (5) „wsparcia, pomocy rehabilitacyjnej osobom przewlekle chorym z dysfunkcją narządu ruchu”.

Powyższe cele szczegółowe również należy przekonstruować zgodnie z zasadą SMART.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności. Wskaźniki w postaci „liczby pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach” oraz „liczby wykonanych zabiegów”, mogą być pomocne w ocenie frekwencji, a nie w ocenie poprawy ogólnej sprawności osób

uczestniczących w programie. Natomiast mierniki w postaci „liczby pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu”, a także „liczby pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia” odnoszą się do celu głównego, jednak ich wartość oceniana będzie na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu. Nie przytoczono mierników dla większości celów szczegółowych, co wymaga uzupełnienia.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W ramach programu warto uwzględnić np. pre- i post-testy w zakresie wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Żołynia. Zgodnie z treścią projektu gminę zamieszkuje 5 083 dorosłych osób, co jest zbliżone do danych GUS. W projekcie oszacowano liczebność populacji docelowej na 790 osób na podstawie wskaźnika chorobowości ambulatoryjnej. Założono, że w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, program obejmie rocznie ok. 120 mieszkańców (ok. 15,2% populacji docelowej).

W projekcie wskazano dokładny wykaz schorzeń, które będą uwzględniane podczas działań w ramach programu. Ponadto wskazano, że do rehabilitacji przystąpić będzie mógł każdy mieszkaniec posiadający skierowanie od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Zgodnie z treścią projektu, populacja osób zamieszkujących gminę liczy 7 053 (dane GUS 2017: ok. 6 994 osób). Założono, że ok. 15% populacji (tj. ok. 1 058 osób) zostanie objętych programem, przyjmując średnio 6 zabiegów na jednego pacjenta, co łącznie daje 6 348 zabiegów. Natomiast budżet programu zakłada sfinansowanie 2 900 zabiegów. Powyższa rozbieżność w liczbie planowanych zabiegów wymaga wyjaśnienia.

Kryteria włączenia do programu obejmują zamieszkanie na terenie gminy i uzyskanie skierowania od lekarza.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych (elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, TENS, prądy Traberta; magnetoterapia; laseroterapia; światłolecznictwo; ultrasonoterapia; termoterapia), kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem - ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo - mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia: wspomagane, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, izometryczne, nauka czynności lokomocji, inne formy usprawniania) i masaży (masaż klasyczny całościowy kręgosłupa, masaż klasyczny częściowy). Dodatkowo w punkcie dotyczącym kosztów wskazano na realizację zabiegu wykorzystującego prądy interferencyjne, czego nie zaplanowano w punkcie dotyczącym interwencji.

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 (National Stroke Foundation) oraz VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) zalecają, aby pacjenci otrzymywali 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 (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

W projekcie wskazano, że o liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje podmiot medyczny realizujący program, biorąc pod uwagę określone w niniejszym programie limity oraz

dostosowując liczbę, częstotliwość oraz czas trwania spotkań zależności od stanu zdrowia uczestnika. Jednocześnie w projekcie oszacowano, że średnio na jednego pacjenta przypadnie 6 zabiegów.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Zgodnie z odnalezionymi informacjami, w gminie Żołynia funkcjonuje jeden świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W projekcie zaplanowano również działania edukacyjne w zakresie zagrożeń zdrowotnych wynikających z niewłaściwie dobranych form aktywności fizycznej oraz w zakresie ćwiczeń w warunkach domowych. Jednak nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących sposobu organizacji edukacji zdrowotnej, co wymaga uzupełnienia.

Zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (American College of Chest Physicians) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności do programu analizowana będzie na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych oraz zakwalifikowanych do udziału w programie. W ramach monitorowania zgłaszalności należy uwzględnić również liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Ocena jakości świadczeń ma być prowadzona w oparciu o ankietę ewaluacyjną, co nie jest działaniem prawidłowym. Należy podkreślić, że powyższy element programu powinien odnosić się do satysfakcji pacjenta z wykonanych interwencji. Załączona do projektu ankietę nie zawiera pytań dotyczących poziomu zadowolenia uczestników. Powyższa kwestia wymaga korekty.

Ocena efektywności programu ma odbyć się po jego zakończeniu i będzie dokonana na podstawie ankiet ewaluacyjnych oraz raportów miesięcznych realizatora. Należy podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono żadnych konkretnych wskaźników odnoszących się do omawianej kwestii. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. W projekcie należałoby uwzględnić także wskaźniki efektywności odnoszące się do działań edukacyjnych.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń, co zostało uwzględnione w projekcie.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 20 000 zł. Określono także koszty jednostkowe poszczególnych interwencji: jonoforeza - 5 zł, prądy diadynamiczne - 5 zł, prądy interferencyjne - 5 zł, laser - 6 zł, sollux - 5 zł, TENS - 5 zł, ultradźwięki - 5 zł, masaż klasyczny całościowy - 20 zł, masaż klasyczny częściowy - 15 zł, krioterapia miejscowa - 8 zł, elektrostymulacja - 5 zł, pole magnetyczne (magnetronie) - 5 zł, galwanizacja - 5 zł, kinezyterapia - 30 zł.

Natomiast w projekcie nie wskazano kosztów działań edukacyjnych oraz organizacyjnych, w tym kosztów monitorowania i ewaluacji, co wymaga uzupełnienia. Ponadto jak wspomniano w części niniejszej opinii dotyczącej populacji docelowej programu, w projekcie pojawiają się niespójne zapisy nt. liczny planowanych zabiegów, co wymaga wyjaśnienia.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków gminy.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

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

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

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

Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Ocena technologii medycznej

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

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – National Centre for the Dissemination and Disability Research). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzenie na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (developmental quotient) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji [Intelligence quotient IQ]; SMD=0,46 SD (95% CI 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.
- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu;

- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej, a także rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95% CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników);
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podst. dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

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

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

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

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.22.2019 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Żołyńca na 2019 rok” realizowany przez: gminę Żołyńca, Warszawa, kwiecień 2019 r., Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” z marca 2018 r. oraz „Wczesna diagnostyka i terapia zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD)” z kwietnia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 102/2019 z dnia 15 kwietnia 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Żołyńca na 2019 rok”.