



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 19/2024 z dnia 18 marca 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców miasta Krosna powyżej 65 roku życia na lata 2024-
2026”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Krosna powyżej 65 roku życia na lata 2024-2026” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych i zwiększyć dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców Krosna.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, więc kluczową kwestią będzie właściwe opisanie i zabezpieczenie i opisanie w projekcie PPZ zabezpieczeń przed ryzykiem powielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Opiniowany projekt zawiera kilka uchybień, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące: szczegółowego oszacowania kosztu jednostkowego, opisanie szczegółów akcji informacyjnej oraz korekty odwołania do nieaktualnego Rozporządzenia Ministra z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez miasto Krosno w latach 2024-2026.

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

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie programu przedstawiono informacje dotyczące najpowszechniejszych chorób przewlekłych układu ruchu, chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów. Podkreślono, że rehabilitacja lecznicza jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który

umożliwia wspomaganie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby.

Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie i regionalne. Powołując się na dane WHO wskazano, że: „liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2022 na całym świecie wyniosła ok. 1,7 mld”. Odnosząc się do danych pochodzących z Baz Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), przedstawiono również dane z obszaru województwa podkarpackiego i miasta Krosno. W treści projektu zaznaczono, że „wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej wśród pacjentów 65+ w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2021 w Polsce 2,63/100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten był zbliżony w województwie podkarpackim (2,62/100 tys.), natomiast w Krośnie osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnokrajowej i wojewódzkiej (3,74/100 tys.)”.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa podkarpackiego wskazano m.in. na „podejmowanie działań mających na celu utrzymanie wysokiej dostępności do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych”.

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 miasta Krosna w latach 2024-2026”.

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań rehabilitacyjnych.

Wskazano jeden 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 2024-2026”.

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

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 nie załączono wzorów ww. testów, w związku z tym nie było możliwe zweryfikowanie ich treści, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie programu zaproponowano także 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)”;
- (2) „odsetek 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”.

Należy podkreślić, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Miernik nr 1 dotyczy zmniejszenia dolegliwości bólowych i odnosi się do celu głównego. Miernik nr 2 dotyczy poziomu wiedzy i odnosi się do celu szczegółowego.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą mieszkańcy miasta Krosno w wieku powyżej 65 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazem lub chorobą obwodowego układu nerwowego. Zaznaczono, że liczba mieszkańców gminy w ww. wieku wynosi ok. 10,4 tys. osób, co jest zbliżone do danych GUS. Wskazano, że w każdym roku realizacji z programu będzie mogło skorzystać 259 osób.

Kryteria włączenia do programu obejmują: wiek 65 lat i więcej; zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna (oświadczenie uczestnika); polskie obywatelstwo; rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego oraz pisemną zgodę pacjenta na dobrowolny udział w programie.

W ramach kryteriów wyłączenia wskazano: korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez miasto Krosno, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych obecnie oraz w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z chorobą układu ruchu/nerwowego) lub w okresie 2 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z urazem) – na podstawie oświadczenia uczestnika.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią programu, edukacja zdrowotna 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 także badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych. Podkreślono, że w ramach działań edukacyjnych przeprowadzone zostanie jedno 45-minutowe spotkanie w grupach maksymalnie 20-osobowych. Spotkanie będzie prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka.

Wizyta fizjoterapeutyczna

Wizyta fizjoterapeutyczna będzie miała na celu kwalifikację uczestnika do programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego (na podstawie przeprowadzonego badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza POZ) oraz uwzględnić będzie zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach programu dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu. Plan obejmie następujące świadczenia: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1, zabiegi kinezyterapii, ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe, zabieg w kriokomorze, zabiegi fizykalne, zabieg masażu, zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody. Indywidualny plan rehabilitacyjny będzie obejmować ok. 50 ww. zabiegów, które wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10-dniowym.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować,

aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią eksperta plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu. Analizie poddana zostanie: „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

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

Coroczna oraz końcowa ocena efektywności będzie przeprowadzana 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.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualne plany rehabilitacji, edukację zdrowotną i analizę kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności. Kolejnymi etapami są monitorowanie, ewaluacja oraz przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu.

W projekcie programu ogólnie odniesiono się do warunków dotyczących personelu i wyposażenia oraz warunków lokalowych.

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

Zaplanowano akcję informacyjną, w ramach której zostaną jedynie przekazane pacjentom terminy świadczenia usług realizowanych w programie. 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 należy doprecyzować.

Określono koszt jednostkowy i koszty całkowite przeznaczone na realizację programu. Średni koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika programu oszacowano na 550 zł, a całkowity koszt programu w 2024 roku to 149 950 zł.

W projekcie programu nie przedstawiono szczegółowych informacji dot. wyliczeń i oszacowań przyjętych w programie. W związku z powyższym nie jest jasne w jaki sposób oszacowano koszt rehabilitacji dla jednej osoby na poziomie 550 zł.

Ponadto w projekcie wskazano, że „w kolejnych latach realizacji koszty jednostkowe, z uwagi na szeroki zakres proponowanych usług zdrowotnych, powinny zostać zindeksowane o koszty inflacji. Zakłada się możliwość indeksacji kosztów jednostkowych, o ile wskaźnik inflacji zmieni się o minimum 2% w stosunku do ostatniego roku, w którym nastąpiła indeksacja (2024 jako rok bazowy). Koszty jednostkowe powinny być indeksowane każdorazowo przed publikacją ogłoszenia o konkursie na wybór Realizatora Programu”.

Program ma być finansowany z budżetu Miasta Krosno.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepełnosprawność jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Alternatywne świadczenia

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

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

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

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

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla dziedziny rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek odpowiednich badań,
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji,
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich względem potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*),
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*),
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej (NICE 2009, AHRQ 2009),
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe),
- Oosterhuis 2014 – celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do poprawy funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (SMD -0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników),
- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w populacji pacjentów po udarze mózgu mogą ulec poprawie.

Podsumowanie opinii ekspertów

Opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej funkcjonowanie, w tym wydolność

ekonomiczną i zdrowie jej rodziny, a gdy potrzeba rehabilitacji dotyczy dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/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.431.16.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Krosna powyżej 65 roku życia na lata 2024-2026”; data ukończenia: marzec 2024, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 35/2024 z dnia 18 marca 2024 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Krosna powyżej 65 roku życia na lata 2024-2026”.