



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 22/2019 z dnia 13 lutego 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Udzielanie świadczeń
zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych
z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” realizowanego
przez: gminę Bieruń

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przelożyć 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. Ponadto część z nich została sformułowana w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu, co wymaga poprawy. W programie nie sformułowano mierników efektywności, co również należy uzupełnić.

Populacja docelowa została poprawnie określona, natomiast należy określić liczbę osób, które będą mogły wziąć udział w programie.

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. Dodatkowo w ramach działań zaplanowanych w projekcie warto rozważyć prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów.

Monitorowanie oraz 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.

Budżet warto uzupełnić w zakresie oszacowania kosztów jednostkowych poszczególnych zabiegów, planowanych do realizacji w ramach programu. W kosztorysie należy także uwzględnić monitorowanie i ewaluację programu.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 130 000 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 przedstawiono pobieżne informacje dotyczące niepełnosprawności w Polsce. Nie odniesiono się do danych regionalnych.

Na świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi 15% całej populacji. Ok. 110-190 milionów dorosłych osób ma poważne problemy w funkcjonowaniu. Według szacunków United Nations General Assembly w 2013 r. aż 80% osób niepełnosprawnych żyje w krajach rozwijających się. Wśród głównych przyczyn wzrostu liczby osób niepełnosprawnych wymienić należy starzenie się populacji, a co za tym idzie zwiększone ryzyko wystąpienia niepełnosprawności u osób w podeszłym wieku.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia). Nie był natomiast brany pod uwagę aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności.

W badaniu stworzonym przez Radę Monitoringu Społecznego udział wzięło 26 308 osób w wieku 16 lat i więcej mieszkających w 11 740 gospodarstwach domowych. Z próby z wcześniejszego badania, przeprowadzonego w 2013 roku, udało się ponownie dotrzeć do 72,64% osób.

W próbie z 2015 r. było 3 409 osób niepełnosprawnych (4 105 w 2009 r.). 2 154 osoby posiadały orzeczenie ZUS, a 613 orzeczenie ZOoN (Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności) przy PCPR (Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie). Odsetek osób niepełnosprawnych wyniósł 10,3.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „umożliwienie dzieciom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenie warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z ustawowych praw obywatelskich. Program ten ma również pomóc dzieciom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z wszelkiego rodzaju usług świadczonych na terenie Gminy Bieruń”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być m.in. wyraźnie sprecyzowany, mierzalny, oraz konkretnie wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu wskazano także 7 celów szczegółowych:

- jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań rehabilitacyjnych u najmłodszych dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem;
- stworzenie warunków do przywrócenia i poprawy stanu zdrowia;
- kształtowanie i utrwalanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia;
- przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym;
- kształtowanie prawidłowych wzorców postawy i ruchu dzieci i młodzieży w granicach ich możliwości;
- edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka;
- udzielanie rodzicom porad i instruktażu i w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka.

Powyższe cele szczegółowe warto dostosować do zasady SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie. Cele sformułowane w powyższy sposób nie wpisują się w definicję SMART, między innymi z powodu braku wytyczenia w czasie, problematycznego mierzenia ich osiągnięcia oraz nieprecyzyjnego sformułowania. Ponadto większość z nich zostało sformułowane w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu.

W projekcie nie przedstawiono mierników efektywności, co uniemożliwia obiektywne zmierzenie stopnia realizacji celów, zatem należy je uzupełnić po przeformułowaniu celów.

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.

Populacja docelowa

W programie będą mogły wziąć udział dzieci do 18 r.ż., zamieszkałe na terenie gminy Bieruń z deficytami rozwojowymi: ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, które mają trudności z dotarciem do placówek ambulatoryjnych. Według danych pochodzących z Głównego Urzędu Statystycznego w gminie Bieruń zamieszkuje około 3 783 osób w wieku 0-18 lat. W programie nie wskazano liczby osób, która zostanie objęta programem, natomiast stwierdzono, że możliwe będzie włączenie całkowitej populacji docelowej. W treści programu stwierdzono, że w gminie Bieruń jest aktywny obecnie program zdrowotny dotyczący rehabilitacji dzieci i młodzieży. Średnia liczba dzieci objętych programem wynosi 50 osób rocznie.

Kryteriami włączenia do programu oprócz wieku i miejsca zamieszkania będzie skierowanie od lekarza (rodzinnego, pediatry lub neurologa). Ponadto dla dzieci od 2. roku życia, wymagane będzie posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. Określono także, że do programu będą włączane dzieci, „u których występuje niepełnosprawność w stopniu znacznym, wynikająca z zaburzeń/schorzeń układu ruchu, a także dzieci ze schorzeniami neurologicznymi, które skutkują dysfunkcjami ruchowymi”. Ostateczna kwalifikacja będzie dokonywana przez Kierownika Zespołu Rehabilitacji. W programie zaplanowano ocenę motoryczności przy wykorzystaniu skali Rivermead lub innego testu, oceniającego mobilność pacjenta. W ramach tej oceny pacjent może uzyskać od 0 do 75 pkt. Ocena mobilności przy wykorzystaniu powyższej skali jest powszechnie wykorzystywana w procesie rehabilitacji.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano prowadzenie szeregu interwencji rehabilitacyjnych. Zgodnie z kodami ICD-9 zalicza się je do interwencji fizjoterapeutycznych w ramach prowadzenia m.in. diagnostyki fizjoterapeutycznej, kinezyterapii, innych zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego.

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).

W programie zaznaczono, że zakres i intensywność spotkań rehabilitacyjnych będzie indywidualnie dobierany do każdego uczestnika programu, co jest zgodne z opinią eksperta, w której zwrócono uwagę na dostosowanie planu rehabilitacyjnego do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. W projekcie zaznaczono, że sesje rehabilitacyjne będą trwać nie krócej niż 45 minut, a częstotliwość ich nie może być mniejsza niż 1 raz w tygodniu.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje 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 informacjami zawartymi w projekcie programu, w Gminie Bieruń nie funkcjonuje żaden świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych.

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. Należy pamiętać, że 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

W ramach zgłaszalności zaplanowano określenie liczby osób biorących udział w programie z podziałem na wiek, „rezultaty podejmowanych działań” oraz „rodzaj zaburzeń”. Należy mieć na uwadze, że w celu przeprowadzenia prawidłowej oceny zgłaszalności należy sformułować konkretne wskaźniki takie jak na przykład: odsetek osób z danym rodzajem zaburzeń, odsetek osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z podaniem przyczyny czy odsetek osób, które nie zakwalifikowały się do programu.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona na podstawie zgłaszanych uwag uczestników w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Powyższą część monitorowania programu należy uzupełnić anonimową ankietę satysfakcji, którą będą wypełniać uczestnicy (jeśli ich wiek oraz stan zdrowia na to pozwoli) oraz ich rodzice/opiekunowie prawni.

W programie nie uwzględniono ewaluacji programu, zatem należy ją uzupełnić. Warto pamiętać, że ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej

zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy 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.

W projekcie programu wskazano, że zakończenie udziału w programie nastąpi w momencie „znaczej poprawy stanu zdrowia potwierdzonej badaniem lekarskim, pogorszenia stanu zdrowia, co wymaga zmiany sposobu leczenia, decyzji rodzica/opiekuna o wyłączeniu dziecka z Programu, ukończenia przez pacjenta 18. roku życia, zakończenia trwania Programu”.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 130 000 zł. Koszt jednostkowy został oszacowany na 1,4-1,7 zł na minutę prowadzenia rehabilitacji i uwzględnia on koszty: prowadzenie rehabilitacji, sprzętu niezbędnego do rehabilitacji oraz dojazd do pacjenta. W programie nie podano kosztów poszczególnych procedur oraz liczby osób, które przewidziano włączyć do programu, zatem nie ma możliwości zweryfikowania oszacowań. Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków gminy Bieruń.

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 stwierdzony 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. Programy ćwiczeń rozpoczynające się 4-6 tygodni po operacji wydają się prowadzić do szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności (mała lub średnia wielkość efektu) w porównaniu do braku interwencji. Natomiast programy ćwiczeń o wysokiej intensywności wydają się prowadzić do nieznacznie szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności w porównaniu do programów ćwiczeń o niskiej intensywności;
- 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.441.233.2018 „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych” realizowany przez: gminę Bieruń, Warszawa, luty 2019 r., Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 36/2019 z dnia 11 lutego 2019 roku o projekcie programu „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych”