



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 346/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększania  
dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji  
lecniczej dla mieszkańców Gminy Wojcieszów”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Wojcieszów” 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 jednak podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Ponadto w celu podniesienia jakości programu warto rozważyć proponowane modyfikacje.

Cele programowe oraz część mierników efektywności wymagają przeformułowania.

Wybór populacji docelowej uznać należy za zasadny, jednak trudno jest określić ostateczną liczbę osób, które zostaną zakwalifikowane. Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi, niemniej jednak należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powieleły świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.

Monitorowanie wymaga doprecyzowania w ramach oceny jakości. Ewaluację warto uzupełnić o ocenę jakości życia uczestników po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Budżet wymaga uzupełnienia o koszt całkowity. Projekt programu zakłada współpłacenie przez pacjentów w wysokości 50% wartości udzielonych świadczeń. Należy podkreślić, że współpłacenie może stanowić istotną barierę w uzyskaniu równego dostępu do świadczeń oferowanych w ramach programu, a tym samym w osiągnięciu zaplanowanych celów.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 30 000 zł w 2017 roku, zaś okres realizacji to lata 2017-2018.

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

Oceniany projekt programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego.

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.

Opiniowany program realizuje następujące priorytety: zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego oraz rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W treści projektu programu nie przedstawiono danych epidemiologicznych dotyczących niepełnosprawności w Polsce i regionie. Pobieżnie przedstawiono informacje dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych, przy których stosowana jest rehabilitacja.

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.

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).

Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim w 2015 roku wynosił 9.9%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w gminie Wojciszów, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować w granicach 370 mieszkańców ww. gminy.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa i podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego. Zmniejszenie bólu, przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawa operatywności ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego”. Cel nie jest w pełni zgodny z zasadą SMART, ponieważ jest ciągiem kilku odrębnych następujących po sobie celów co powoduje, że jest zbyt ogólny i mało precyzyjny. Utrudniony jest dobór prawidłowego miernika efektywności do tak sformułowanego celu.

Cele szczegółowe nie zostały sformułowane, jako oczekiwane efekty, lecz jako działania. W związku z tym wymagają przeformułowania w taki sposób, aby były zgodne z zasadą SMART, według której cele powinny być: sprecyzowane, mierzalne, istotne, określone w czasie oraz osiągalne.

Przedstawiono 6 mierników efektywności, z których część można zastosować, lecz w ocenie zgłaszalności. Pozostałe mierniki efektywności:

- Liczby pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu względem wszystkich pacjentów poddanych leczeniu;
- Liczby pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia;
- Stopnia poprawy stanu zdrowia po przeprowadzonych zabiegach;

- Stopnia zmniejszenia bólu dzięki rehabilitacji;

są zasadne i odnoszą się do celu głównego. Należy podkreślić, że mierniki efektywności powinny odnosić się do celów, w taki sposób, aby możliwe było zweryfikowanie efektów podjętych działań.

#### Populacja docelowa

W programie uczestniczyć może każdy mieszkaniec gminy, który uzyska skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza POZ.

W treści projektu programu występują rozbieżności odnośnie liczby osób uprawnionych do uczestniczenia w planowanych działaniach: populacja podlegająca jst wynosi 3300 osób, natomiast oszacowanie populacji wynosi 3776 osób. Zgodnie z informacjami pochodzącymi z GUS w 2016 roku gminę zamieszkiwało 3742 osoby. Konieczne jest wyjaśnienie tych niespójności.

Zaplanowano, wykonanie zabiegów u 10% populacji (330-378 osób, w zależności od liczby osób uprawnionych do uczestniczenia w programie). Należy dodać, że praktycznie niemożliwe jest dokładne oszacowanie oraz przewidzenie ile osób będzie wymagało rehabilitacji w danym roku.

Interwencje będą skierowane do osób z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego.

Kryteria kwalifikacji wskazują, że każdy mieszkaniec gminy, który zostanie skierowany na rehabilitację przez lekarza i zakwalifikuje się na określony rodzaj zabiegów, może wziąć udział w programie. Dodatkowo zawarto informację, że decyzję o udziale pacjenta w programie podejmie podmiot leczniczy realizujący program, lecz nie podano dokładnie, na jakiej podstawie zostanie podjęta ta decyzja.

#### Interwencja

W ramach interwencji zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych. Nie jest jednak do końca jasne, jakie zabiegi będą wykonywane w ramach programu, ponieważ nie wszystkie zabiegi zostały ujęte w planowaniu budżetu. Ważne jest aby doprecyzować tą kwestię, aby jasne i przejrzyste był zakres realizowanych w programie świadczeń oraz warunki ich realizacji.

Założono, że na jednego pacjenta, średnio będzie przypadać około 30 zabiegów, jednak zgodnie z wytycznymi, każdy pacjent powinien uczestniczyć w tylu zabiegach ilu wymaga jego stan zdrowotny. Należy również zauważyć, że przy takim założeniu liczba wszystkich zabiegów, powinna wynosić 11 340, natomiast w programie zaplanowano ich 1 589. W projekcie nie określono czy jedna osoba może skorzystać kilkakrotnie z programu i wymaga to doprecyzowania.

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 (wskazane w projekcie programu Rozporządzenie MZ z 2009 r. zostało uchylone). Biorąc pod uwagę, iż na terenie gminy Wojcieszów nie działa żaden podmiot świadczący zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków NFZ można stwierdzić, że gmina próbuje za pomocą programu zwiększyć dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w programie osób, które mają udzielane omawiane świadczenia w ramach NFZ ( np. w placówkach na terenie innego samorządu).

Po wykonaniu przewidzianych w programie interwencji podmiot udzielający świadczeń będzie zobowiązany do poinformowania pacjenta nt. dalszych zaleceń oraz o ew. możliwości dalszej rehabilitacji.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod

uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności została dobrze zaplanowana.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być możliwa dzięki przeprowadzeniu ankiety ewaluacyjnej. Należy jednak wskazać, że w załączonym do programu wzorze nie uwzględniono pytań dotyczących jakości świadczeń.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę: „poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach programu” i „stanów chorobowych na podstawie, których nastąpiło skierowanie do programu” oraz ankiety ewaluacyjnej. Wykorzystanie 2 przytoczonych wskaźników nie umożliwi precyzyjnej oceny efektów programu. Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Jedynie tabela w ankiecie ewaluacyjnej załączonej do projektu, dotycząca dolegliwości przed i po zastosowanych interwencjach spełnia powyższe wymaganie. Warto także ewaluację uzupełnić o ocenę jakości życia uczestników po przeprowadzeniu rehabilitacji.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W projekcie zawarto wymagania, jakie ma spełnić podmiot leczniczy, aby realizować program. Do realizacji programu niezbędne będzie m.in. posiadanie odpowiedniego sprzętu do fizykoterapii i kinezyterapii (np. zestawu do elektroterapii, magnetoterapii, stołu rehabilitacyjnego, drabinek rehabilitacyjnych itp.). Osobą wykonującą zabiegi ma być magister fizjoterapii.

Program został podzielony na etapy realizacji. W pierwszym etapie przeprowadzona zostanie akcja informacyjna, która ma się składać zarówno ze szkolenia personelu, jak i rozpowszechniania informacji o programie wśród pacjentów. Kolejnym etapem będzie realizacja świadczeń, który będzie się składał z rejestracji, wywiadu, planowaniu rehabilitacji, wykonywaniu zabiegów oraz ostatecznie przekazanie pacjentowi zaleceń dotyczących dalszej rehabilitacji. Do projektu załączono wzór formularza, który będzie wypełniany w ramach wywiadu z pacjentem oraz ankietę ewaluacyjną.

Projekt nie zawiera całkowitych kosztów programu. Wskazano koszty poszczególnych zabiegów (zaproponowane w projekcie wartości pieniężne są w większości wystarczające do zrealizowania określonych świadczeń) oraz koszt programu w 2017 r., który wyniesie 30 000 zł. W projekcie nie oszacowano kosztów akcji informacyjnej.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania w populacji, a także z konsekwencji jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoświatowym, 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.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, brak nawyków prozdrowotnych, stresujący tryb życia, degradacja środowiska naturalnego, nasilanie się częstotliwości różnego rodzaju wypadków, wreszcie postęp medycyny ratującej życie, ale nie zawsze umiejącej zapobiec skutkom chorób czy wypadków jest przyczyną stałego wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Programy

zdrowotne poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Niepełnosprawność jest pojęciem określającym, długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny, czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych, do realizacji których możliwe jest zastosowanie różnorodnych interwencji

#### Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W ramach ubezpieczenia wypadkowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

#### Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. Światowej Organizacji Zdrowia, European Agency for Safety and Health at Work, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji,

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

Wśród odnalezionych rekomendacji zidentyfikowano cztery rodzaje interwencji z zakresu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego: terapię ruchową, techniki behawioralne, dostosowanie miejsca pracy oraz świadczenie usług dodatkowych. Większość badań charakteryzowała się korzystnymi wynikami, jednak wraz z wielkością i lepszą jakością badania, efekt był mniejszy. Warto podkreślić, że interwencje charakteryzujące się wzmożoną intensyfikacją działań były mniej skuteczne od działań mniej złożonych.

Wszystkie wytyczne dla zdrowia w miejscu pracy w zakresie zarządzania bólem dolnej części pleców podkreślają znaczenie powrotu do pracy tak szybko, jak to możliwe, nawet jeśli pracownik odczuwa jeszcze pewien ból w ww. miejscu. W razie potrzeby zaleca się początkową modyfikację obowiązków pracowniczych oraz systematyczne zwiększanie ich ilości (w zakresie godzin i/lub zadań) dopóki nie zostanie osiągnięty pełen powrót do sprawności adekwatnej do wykonywania danej pracy.

Wśród najczęściej zalecanych metod leczenia wymienić można: leki uśmierzające ból, stopniowo postępujące programy ćwiczeń oraz rehabilitację wielodyscyplinarną. Najczęściej stosowaną kombinację elementów stanowi połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności). Ćwiczenia fizyczne powinny wpływać na wzrost siły mięśniowej, koordynacji, zakresu ruchu kręgosłupa, sprawności układu krążenia oraz zmniejszenia napięcia mięśniowego.

Wyniki badań dotyczących leczenia kończyn dolnych wskazują w sposób ogólny, że programy ćwiczeń mogą osiągać skuteczność w przypadku problemów biodrowych i kolanowych.

W ramach profilaktyki dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą istotną rolę odgrywa promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy. Profilaktyka zaburzeń układu ruchu wymaga działań na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do zmiany warunków i organizacji pracy, jak i aktywności pozazawodowej. Odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna jest jedną z najprostszych form profilaktyki, która nie wymaga wkładu finansowego. Dlatego też zaleca się, aby społeczne środowisko pracy stworzyło odpowiednie warunki do kreowania pożądanych – prozdrowotnych zachowań, stanowiących inwestycję zarówno w wizerunek firmy, jak i w zdrową, aktywną kadrę pracowniczą.

Podkreślić należy wagę stosowania działań zwiększających wydolność i siłę mięśniową starszych pracowników, dzięki treningom siłowym i wytrzymałościowym. Trening siłowy jest skuteczną interwencją służącą poprawie siły mięśni, mocy i zwiększeniu masy mięśniowej. Trening wytrzymałościowy wpływa natomiast na poprawę wydolności fizycznej. Połączenie obu form ww. treningów jest najskuteczniejszym sposobem poprawy funkcji nerwowo-mięśniowych oraz krążeniowych. Interwencja ta poprawia ogólny stan fizyczny, pomaga w utrzymaniu niezależności, zapobieganiu niepełnosprawności oraz innym skutkom niepożądanym.

Główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych. Postępowaniem z wyboru w obu jednostkach chorobowych jest rehabilitacja z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa, ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe). W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia). Kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.

Rehabilitacja bez względu na metodę jest dobrym środkiem poprawiającym ocenę aktualnej zdolności do pracy oraz ocenę własnych możliwości w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. W związku z czym, rehabilitacja ta jest zalecana szczególnie osobom aktywnym zawodowo, z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnieniu.

Zgodnie z rekomendacjami edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (). Warto

zaznaczyć, że profilaktyka zaburzeń układu ruchu wymaga działań na wielu płaszczyznach, zarówno w odniesieniu do zmiany warunków i organizacji pracy, jak i aktywności pozazawodowej. Odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna prowadzona we własnym zakresie jest natomiast jedną z najprostszych form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego.

Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna zmniejsza częstość występowania MSDs (zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego). Osoby wykonujące wysiłek fizyczny o większej intensywności, w mniejszym stopniu uskarżają się na dolegliwości MSDs, w porównaniu z osobami wykonującymi wysiłek fizyczny o małej intensywności. Pozytywny wpływ wysiłku o dużej intensywności jest szczególnie widoczny w przypadku dolegliwości bólowych bioder i górnej części pleców ().

Dodatkowo odnalezione rekomendacje wskazują, że kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.342.2017 „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Wojcieszów” realizowany przez: gminę Wojcieszów, Warszawa, grudzień 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. Opinii Rady Przejrzystości nr 415/2017 z dnia 18 grudnia 2017 roku o projekcie programu „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Wojcieszów”