



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 30/2018 z dnia 15 lutego 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki  
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy  
Zarszyn”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn” 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 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 należy uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programowe oraz część mierników efektywności wymagają przeformułowania.

Wybór populacji docelowej można uznać za zasadny, jednak trudno jest określić ostateczną liczbę osób, które zostaną zakwalifikowane. Wątpliwość budzi fakt, że nie zostały określone konkretne kryteria, według których realizator podejmie ostateczną decyzję o udziale pacjenta w programie. Kryteria te powinny być uzupełnione w taki sposób, aby w sposób jednoznaczny pozwalały stwierdzić czy dany uczestnik kwalifikuje się do programu czy też nie.

Zaplanowane interwencje pozostają zgodne z wytycznymi, niemniej należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.

Monitorowanie oraz ewaluacja wymagają uzupełnień.

Budżet należy uzupełnić pod kątem kosztów poszczególnych świadczeń.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 50 000 zł w okresie realizacji, którym jest rok 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: *ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych, 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 dla Polski oraz województwa. Przedstawiono informacje dotyczące danych lokalnych odnoszących się do wybranych jednostek chorobowych (reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej stawów, osteoporozy czy udaru mózgu) wskazując na liczbę osób chorujących na dane schorzenie.

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).

Jak wynika z badania Diagnoza Społeczna 2015, stworzonego przez Radę Monitoringu Społecznego najwięcej osób niepełnosprawnych było w kategorii wiekowej „65 lat i więcej”. Wraz ze wzrostem wieku, wzrastał również odsetek osób niepełnosprawnych. Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim w 2015 roku wynosił 10,3%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w gminie Zarszyn, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować w granicach 962 mieszkańców ww. gminy.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *zwiększenie dostępności mieszkańcom gminy Zarszyn do zabiegów rehabilitacyjnych oraz poprawa jakości życia mieszkańców poprzez przywrócenie im sprawności ruchowej*. Cel nie jest w pełni zgodny z zasadą SMART, ponieważ jest trudno mierzalny, niesprecyzowany oraz nie jest osadzony w czasie, więc należy go przeformułować.

Sformułowano również 10 celów szczegółowych, jednak nie stanowią one oczekiwanego efektu, lecz działanie, co jest niezgodne z definicją celu.

W programie przedstawiono 4 mierniki efektywności, z których 3 odnoszą się do celu głównego i są poprawne:

- Liczba wykonanych zabiegów;
- Liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu;

- Liczby pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia.

Powyższe mierniki zaleca się przeformułować na odsetek pacjentów. Miernik w postaci *liczby pacjentów skierowanych do udziału w programie* nie odnosi się do celów, jednak mógłby zostać zastosowany w monitorowaniu programu.

#### Populacja docelowa

W programie uczestniczyć może każdy mieszkaniec gminy, który uzyska skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza rodzinnego. Kryteria kwalifikacji należy doprecyzować, ponieważ zaznaczono jedynie, że decyzję o udziale pacjenta w programie podejmie realizator programu. Kryteria włączenia do programu powinny być przejrzyste i pozwalać na podjęcie jednoznacznej decyzji. W związku z powyższym w programie należy doprecyzować opis kryteriów kwalifikacji.

Określono, że gminę zamieszkuje 9324 osoby, co jest zbieżne z informacjami pochodzącymi z Głównego Urzędu Statystycznego. Program nie odnosi się do planowanej liczby osób włączonych do programu.

#### Interwencja

W programie zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych, kinezyterapeutycznych oraz masażu. W zestawieniu kosztów przedstawionym przez autorów projektu nie uwzględniono jednak kosztu światłolecznictwa, które zostało zaplanowane w ramach fizykoterapii. Zatem nie jest jasne czy powyższe świadczenie będzie udzielane w ramach programu. W treści projektu odniesiono się do kryteriów włączenia uczestników do planowanych interwencji.

Należy podkreślić, że odnalezione rekomendacje (National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Health Administration-Department of Defense – VHA-DoD 2010) 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. W projekcie wskazano, że „o liczbie cykli rehabilitacyjnych i ich częstotliwości decyduje podmiot medyczny realizujący program, biorąc pod uwagę rodzaj schorzenia”. Określono jednak, że minimalna liczba zabiegów zalecana przez lekarza to „wykonywanie ich w cyklu – po 10 każdy zabieg”.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Biorąc pod uwagę, iż na terenie gminy Zarszyn 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).

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.

W ramach zgłaszalności wskazano, że: „zgłaszalność do programu ocenia się na podstawie liczby zgłoszonych pacjentów”. Powyższy punkt programu należy uzupełnić o wskaźniki, które umożliwią ocenę zgłaszalności np. liczbę pacjentów biorących udział w programie czy liczbę osób niezakwalifikowanych do programu w stosunku do zgłoszonych z podziałem na przyczyny.

W programie nie zaplanowano oceny jakości świadczeń. Powinna ona zostać zrealizowana na podstawie ankiet satysfakcji przeprowadzanych po ukończeniu udziału w programie. Można uwzględnić również możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora.

Ocena efektywności programu ma odbyć się po jego zakończeniu i może być dokonana na podstawie ankiet ewaluacyjnych. Należy jednak podkreślić, że w projekcie nie przedstawiono żadnych konkretnych wskaźników odnoszących się do omawianej kwestii. Wskaźnikami, które można zastosować w ramach ewaluacji może być: odsetek pacjentów, u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta.

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

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano wizytę wraz z przeprowadzeniem wywiadu z pacjentem przez fizjoterapeutę. Kolejnym etapem jest ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta, podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie oraz zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego. Oceniany jest stan pacjenta przy kwalifikacji. Ostatnim etapem ma być ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego. W projekcie programu przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano także, iż realizator powinien dysponować lokalem położonym na terenie gminy Zarszyn.

Zaplanowana została również kampania informacyjna.

Wskazano, że o zakończeniu udziału w programie decyduje realizator. Po wykonaniu przewidzianych w programie interwencji przewiduje się możliwość kontynuacji świadczeń rehabilitacyjnych w ramach NFZ. Nie określono jednak czy pacjent będzie informowany o takiej możliwości.

Oceniany projekt programu zawiera zestawienie wartości punktowych za dane świadczenie. Nie określono jednak ceny za 1 punkt. Wskazano, że ostateczne ceny zabiegów rehabilitacyjnych będą wynikały ze złożonych ofert. W zestawieniu kosztów jednostkowych nie uwzględniono kosztu leczenia światłem (powyższe świadczenie zostało zaplanowane w ramach interwencji w programie). W oszacowaniach uwzględniono wydatki na zużycie materiałów/energii, serwis i pomiary techniczne sprzętu medycznego, wynagrodzenia i inne koszty osobowe. Nie oszacowano jednak kosztów akcji informacyjnej.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 50 000 zł. Nie jest jednak jasne, na jakiej podstawie oszacowano budżet programu, ze względu na brak wskazania liczebności populacji objętej programem oraz na brak określenia ceny za 1 punkt. Niemożliwe jest zatem zweryfikowanie poprawności założonego budżetu. Budżet powinien zostać uzupełniony o oszacowania dot. brakujących elementów, również w zakresie kosztów jednostkowych, np. na podstawie średniego kosztu świadczeń w oparciu o dane NFZ o zawartych umowach lub w oparciu o cenniki komercyjne.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Zarszyn. W projekcie wskazano, że środki przeznaczone na jego realizację mogą ulec zmniejszeniu lub zwiększeniu w zależności od możliwości finansowych gminy. Również z tego względu należy wstępnie oszacować koszty planowanych działań, a także precyzyjnie określić potrzeby społeczności lokalnej w omawianym zakresie, aby zabezpieczyć w budżecie gminy środki w odpowiedniej wysokości.

## **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 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.

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 kombinacją 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 zatrudnienia.

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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.382.2017 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn” realizowany przez: gminę Zarszyn, Warszawa, luty 2018, Aneksu do raportu szczegółowego: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 37/2018 z dnia 7 lutego 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn”