



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 183/2019 z dnia 23 grudnia 2019 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program  
zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji wśród  
mieszkańców Gminy Szczerców”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców Gminy Szczerców” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (art. 9a i 9b ust. o świadczeniach). 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 należy przeformułować tak, aby były osiągalne i mierzalne. Mierniki efektywności powinny się odnosić do wszystkich celów programu, co umożliwi jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- Zapisy projektu dotyczące populacji docelowej wymagają uzupełnienia w zakresie oszacowania planowanej liczby osób, które zamierza się objąć programem.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Przy czym w projekcie nie wskazano narzędzi, które będą wykorzystywane do oceny zmian i postępów pacjenta w ramach prowadzonych zabiegów, co przekłada się bezpośrednio na trudności w pomiarze stopnia realizacji celów i efektywności programu. Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.
- Budżet programu należy uzupełnić w odniesieniu do kosztu jednostkowego oraz wskazać kwoty przeznaczone na akcję informacyjną, monitorowanie i ewaluację programu.



## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 1 350 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.

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 2019 r., poz. 1373 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 pobieżne informacje dotyczące układu ruchu i chorób kręgosłupa. Wskazano, że rehabilitacja lecznicza jest to kompleksowe i zespołowe działanie na rzecz osoby niepełnosprawnej fizycznie, które ma na celu przywrócenie tej osobie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

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

W treści projektu nie przedstawiono danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie. Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych w roku 2016 w Polsce odnotowano 394,55 tys. hospitalizacji z powodu analizowanych rozpoznań (choroby układu szkieletowego i mięśniowego) zaś w woj. łódzkim 23,00 tys. hospitalizacji z czego 0,73 tys. w trybie jednodniowym. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 0,93 tys. Z kolei liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 0,98 tys., a w przeliczeniu na 100 tys. dzieci 0,67 tys. W okresie 2013-2015 w woj. łódzkim stwierdzono 130 zgonów z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, z których 74,6% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 21,5% zmarłych stanowili mężczyźni.

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. łódzkim w 2015 r. wynosił 10,1%. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców Gminy Szczerców, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 650 mieszkańców ww. gminy.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zapobieganie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby poprzez stworzenie dodatkowych możliwości korzystania z nowoczesnych metod rehabilitacji leczniczej przez każdego mieszkańca gminy Szczerców”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zaproponowany cel główny jest złożony z trzech odrębnych założeń, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. W przypadku trzeciej części celu głównego (dot. stworzenia dodatkowych możliwości korzystania z nowoczesnych metod rehabilitacji leczniczej) brak jest odniesienia do efektu zdrowotnego. Dodatkowo należy zauważyć, że zapobieganie negatywnym skutkom choroby może być osiągnięte nie tylko poprzez interwencje rehabilitacyjne.

W treści projektu wskazano także 13 celów szczegółowych:

- (1) „poprawa przewodnictwa nerwowego i przepustowość naczyń krwionośnych”,
- (2) „skrócenie rekonwalescencji do minimum”,
- (3) „wzmocnienie i zmniejszenie napięcia mięśni”,
- (4) „odzyskanie zakresów ruchu”,
- (5) „poprawa ukrwienia mięśni”,
- (6) „pobudzenie receptorów cieplnych skóry”,
- (7) „przywrócenie bezbolesnych ruchów kręgosłupa i kończyn”,
- (8) „poprawa wydolności organizmu i wytrzymałości mięśni kończyn”,
- (9) „kształtowanie prawidłowych nawyków ruchowych”,
- (10) „usunięcie procesów chorobowych”,
- (11) „zwalczanie bólu”,
- (12) „zapobieganie nawrotów i postępowaniu choroby”,
- (13) „w przypadku niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego”.

Należy podkreślić, że wszystkie cele szczegółowe stanowią działania, a nie rezultaty jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu, zatem wymagają przeformułowania. Ponadto, w projekcie nie wskazano narzędzi, które planuje się wykorzystać podczas oceny stopnia realizacji celów szczegółowych: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 11 oraz wartości docelowych.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba pacjentów uczestniczących w programie”,
- (2) „liczba wykonanych zabiegów”,
- (3) „stały monitoring wskaźników zdrowotnych m.in. współczynnik zachorowań”,
- (4) „liczba osób, które powinny korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych, a niebiorących udziału w programie (np. ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się)”.

Zaproponowane mierniki nie odnoszą się do wszystkich celów programu, a ponadto nie podano wartości docelowych poszczególnych mierników. Z kolei wskaźnik 1 może być wykorzystany podczas oceny zgłaszalności do programu. Brak jest szczegółowej informacji jakie wskaźniki zdrowotne będą monitorowane w przypadku miernika 3.

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.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności nie został opracowany poprawnie i wymaga korekty.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Szczerców. Zgodnie z treścią projektu liczba mieszkańców gminy wynosi 8 085 osób, co pozostaje w zgodzie z danymi GUS z 2018 r. W projekcie nie oszacowano liczebności populacji docelowej, która zostanie włączona do programu, co wymaga uzupełnienia. Na podstawie badania Diagnoza Społeczna 2015 można oszacować, że liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 650 mieszkańców gminy Szczerców. Biorąc pod uwagę zapisy dot. budżetu zaplanowano 38 025 zabiegów oraz założono objęcie każdego uczestnika programu cyklem terapeutycznym obejmującym do 10 spotkań zrealizowanych w czasie do 10 dni (przysługuje nie więcej niż pięć zabiegów dziennie). Zgodnie z powyższym można oszacować, że minimalna liczba uczestników programu to ok. 760 osób.

Kryteria włączenia do programu obejmują zamieszkanie na terenie gminy Szczerców oraz posiadanie skierowania na cykl zabiegów lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem, że w przypadku stwierdzenia u pacjenta wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na cykl zabiegów wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będący lekarzem specjalistą. Zasadne jest także uzyskanie pisemnej zgody uczestnika na udział w programie. Nie wskazano kryteriów wykluczenia, co należy uzupełnić.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów z zakresu fizjoterapii, kinezyterapii, magnetoterapii i hydroterapii.

Każdy uczestnik programu będzie odbywać wizytę wraz z przeprowadzeniem wywiadu lekarskiego przez lekarza placówki realizującej program lub przez lekarza specjalistę wystawiającego skierowanie na zabiegi. Każdy pacjent zakwalifikowany do programu poddany zostanie cyklowi terapeutycznemu obejmującemu do 10 spotkań zrealizowanych w czasie do 10 dni (z częstotliwością 1 raz dziennie). Czas trwania jednego cyklu terapeutycznego uzależniony będzie od indywidualnego zakresu zabiegów zaleconych danemu pacjentowi przez lekarza. Założono także, że 10 dniowym cyklu terapeutycznym uczestnikowi programu przysługuje nie więcej niż pięć zabiegów dziennie. Należy podkreślić, że w programie nie wskazano narzędzi, które będą wykorzystywane do oceny zmian i postępów pacjenta w ramach prowadzonych zabiegów, co wymaga doprecyzowania.

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 (*National Stroke Foundation*) oraz VHA-DoD 2010 (*Veterans Health Administration-Department of Defense*) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *Royal Australian College of General Practitioners*). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

Zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach, 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.

W projekcie nie zaplanowano działań o charakterze edukacyjnym. Jednakże wspomniano, że rekrutacja do programu obejmować ma wizytę lekarską z przeprowadzeniem wywiadu oraz elementami edukacji zdrowotnej, przekazującymi wiedzę na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych.

Zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (*American College of Chest Physicians*) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne. Sugeruje się zatem, w miarę możliwości finansowych, rozszerzenie działań o charakterze edukacyjnym.

### Monitorowanie i ewaluacja

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

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie „liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie, na podstawie osób niezakwalifikowanych do programu a także pacjentów, którzy z różnych względów nie mogli skorzystać z proponowanych świadczeń rehabilitacyjnych”. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej; liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotne.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag zgłaszanych przez uczestników, co należy uznać za zasadne.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę „poprawności przeprowadzenia kwalifikacji uczestników, analizę przeprowadzanych zabiegów, ocenę adekwatności zajęć realizowanych w programie do potrzeb odbiorców, efektów uczestnictwa w programie”. Warto zauważyć, że nie wskazano osób odpowiedzialnych za ocenę powyższych wskaźników. Ponadto planuje się analizę „liczby przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych, lokalnych danych epidemiologicznych, uwzględniając przy tym liczbę osób objętych programem oraz liczbę osób, którzy nie przystąpili do działań oferowanych w programie oraz liczby osób deklarujących poprawę zdrowia i sprawności”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Powyższa kwestia powinna zostać uwzględniona w projekcie.

#### Warunki realizacji

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

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. Odniesiono się również do sposobu zakończenia udziału. Należy pamiętać, że zakończenie uczestnictwa w programie powinno być możliwe na każdym etapie, na życzenie uczestnika. W projekcie wskazano, że po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego pacjent otrzyma zalecenia związane z dalszym procesem rehabilitacyjnym już poza programem. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 1 350 000 zł (450 000 zł/rok). W ramach kosztów jednostkowych nie określono kosztu objęcia programem jednego uczestnika. W treści projektu przedstawiono jedynie tabelaryczne zestawienie kosztów poszczególnych zabiegów planowanych w projekcie. Nie przedstawiono kosztów akcji informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu. Reasumując, budżet programu wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

Program ma być finansowany z budżetu Gminy Szczerców.

#### **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 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.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

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

#### Alternatywne świadczenia

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

#### Ocena technologii medycznej

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

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzenie na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*).

- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *Intelligence quotient* IQ); SMD=0,46 SD (95% CI 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.
- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz, że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95% CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podst. dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

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

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

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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.170.2019 „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców Gminy Szczerców” realizowany przez: Gminę Szczerców, Warszawa, grudzień 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 413/2019 z dnia 16 grudnia 2019 roku o projekcie programu „Program zapewnienia dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców Gminy Szczerców”.