



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 185/2019 z dnia 31 grudnia 2019 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja  
lecnicza mieszkańców Gminy Kunice”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice” 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, aby umożliwić jakościową i ilościową ocenę efektywności programu.
- Zapisy projektu dotyczące populacji docelowej wymagają uzupełnienia w zakresie oszacowania planowanej liczby osób, które zamierza się objąć programem. Zaproponowane podejście do kwalifikacji może być przyczyną nierówności w dostępie do programu.
- 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. Ponadto, w miarę możliwości finansowych sugeruje się uwzględnienie w programie działań o charakterze edukacyjnym.
- 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 480 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2023.

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 jedynie informacje odnośnie osób, które będą objęte programem. Natomiast nie przedstawiono informacji dot. niepełnosprawności.

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. Przedstawiono natomiast zdawkowe informacje dotyczące wybranych jednostek chorobowych (np. reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej stawów czy osteoporozy).

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. dolnośląskim w 2015 r. wynosił 9,9%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Kunice, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 682 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”. Powyższe założenie zostało sformułowane w sposób nieprawidłowy, gdyż składa się z kilku odrębnych celów, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Ponadto nie zaplanowano przeprowadzenia kompleksowej ewaluacji programu, zatem ocena wpływu podjętych działań na wymienione w projekcie kwestie nie będzie możliwa. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Zatem założenie główne programu wymaga przekonstruowania.

W treści projektu wskazano także 11 celów szczegółowych:

- (1) „usunięcie procesów chorobowych”,
- (2) „zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby”,

- (3) „usuwanie dolegliwości”,
- (4) „zwalczanie bólu”,
- (5) „zwalczanie stanów zapalnych”
- (6) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”,
- (7) „zwiększenie siły mięśniowej”,
- (8) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”,
- (9) „przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych”,
- (10) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur”,
- (11) „przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego.

Należy podkreślić, że większość ww. celów szczegółowych stanowi działania, a nie rezultaty jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji programu. Ponadto, w projekcie nie wskazano narzędzi, które planuje się wykorzystać podczas oceny stopnia realizacji celów szczegółowych oraz wartości docelowych. Mając także na uwadze zaplanowane interwencje, liczbę oraz czas ich trwania osiągnięcie celów szczegółowych wydaje się niemożliwe. Tym samym cele szczegółowe należy przeformułować.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach”,
- (2) „liczba wykonanych zabiegów”,
- (3) „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu”,
- (4) „liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”.

Należy zaznaczyć, że 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. Warto zwrócić uwagę, że przedstawione w projekcie mierniki nie odnoszą się bezpośrednio do wszystkich założonych celów (wszystkie mogą być natomiast wykorzystane podczas monitorowania), a wartość części z nich będzie oceniana na podstawie subiektywnych odczuć uczestników programu.

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

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Kunice, którzy uzyskają skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Zgodnie z treścią projektu, populacja, która może zostać objęta programem wynosi 5 229 osób. Natomiast zgodnie z danymi GUS z 2018 r. gminę zamieszkiwały 6 893 osoby. W projekcie nie oszacowano konkretnej liczby osób, które mają zostać objęte programem. Określono jedynie, że szacuje się udział około 10-15% mieszkańców gminy rocznie. Powyższe kwestie wymagają uszczegółowienia. Na podstawie badania Diagnoza Społeczna 2015 można oszacować, że liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 682 mieszkańców gminy Kunice.

W projekcie wskazano, że do udziału w programie może być zakwalifikowany pacjent, który jest pacjentem Ośrodka Zdrowia w Kunicach, zgłosił się z odpowiednim skierowaniem. Decyzję o udziale w programie pacjenta podejmuje podmiot medyczny realizujący program. Ponadto wskazano, że świadczeniobiorca, który uzyskał skierowanie od lekarza specjalisty spoza Ośrodka jest zobowiązany do uzyskania akceptacji udziału w programie lekarza zatrudnionego w Ośrodku Zdrowia w Kunicach.

Należy podkreślić, że powyższe podejście może być przyczyną nierówności w dostępie do programu dla osób, które nie są pacjentami Ośrodka Zdrowia w Kunicach. 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 fizykoterapeutycznych (elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traberta; magnetoterapia; laseroterapia; światłolecznictwo; ultrasonoterapia), ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz masaże wirowe kończyn.

Odnosząc się do planowanych interwencji należy wskazać, że kwestia liczby zabiegów przypadająca na jednego pacjenta pozostaje niejasna. Szacując sudią ok. 10-15% mieszkańców gminy rocznie, przyjęto średnio 35-40 zabiegów na jednego pacjenta. Z kolei w innej części projektu określono, że w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych uczestnikowi programu przysługuje nie więcej niż cztery zabiegi dziennie, nie więcej niż 80 zabiegów w roku, chyba że lekarz zdecyduje o konieczności większej liczby zabiegów (np. stanu pourazowe, po zabiegach ortopedycznych). Dodatkowo zaznaczono, że o liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje podmiot medyczny realizujący program. Powyższa kwestia wymaga weryfikacji. Należy także 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.

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 analizy liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. 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 zdrowotnej. Dodatkowo podczas monitorowania można wykorzystać zaproponowane mierniki efektywności.

W projekcie nie zaplanowano oceny jakości świadczeń. W tym celu powinna zostać przeprowadzona analiza wyników ankiety satysfakcji. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

W ramach ewaluacji nie przedstawiono żadnego wskaźnika efektywności. Określono jedynie, że ocena efektywności zostanie przeprowadzona na podstawie ankiet wypełnionych przez pacjentów uczestniczących w programie. Nie jest to prawidłowe podejście, gdyż wnioskowanie o skuteczności programu jedynie na podstawie subiektywnej deklaracji pacjentów jest niezasadne.

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. Zapisu projektu sugerują, że realizatorem programu będzie Ośrodek Zdrowia w Kunicach. Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami ustawowymi realizator powinien być wybrany w drodze konkursu ofert. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. W projekcie w sposób zdawkowy odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Należy pamiętać, że zakończenie uczestnictwa w programie powinno być możliwe na każdym etapie, na życzenie uczestnika. Pacjenci mają otrzymać informacje dotyczące zaleceń i możliwości dalszej rehabilitacji. 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 480 000 zł (120 000 zł rocznie). 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 uzupełnienia.

Program ma być finansowany ze środków gminy Kunice.

#### **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.

Odnajdzone 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 uwzględnić 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.441.185.2019 „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Kunice” realizowany przez: Gminę Kunice, 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 425/2019 z dnia 23 grudnia 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Kunice”.