



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 65/2020 z dnia 17 września 2020 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Samorządowy  
program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej  
mieszkańców gminy Rzepin na lata 2020-2025”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Samorządowy program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Rzepin na lata 2020-2025” 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 poprawę zdrowia i podniesienie jakości życia. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, 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 ustawy o świadczeniach).

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić wszystkie zawarte w niniejszej opinii uwagi, a w szczególności:

- Cele oraz mierniki należy przeformułować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Należy uzupełnić treść programu w tym zakresie.
- Edukację opisano w sposób zdawkowy oraz nie przedstawiono sposobu porównania początkowego i końcowego stanu wiedzy. Treść projektu należy skorygować w tym zakresie.
- Budżet wymaga weryfikacji w zakresie oszacowania kosztu całkowitego, zgodnie z przedstawionymi niżej uwagami.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Rzepin. Zakłada przeprowadzenie cyklu rehabilitacyjnego oraz



edukacji dla dorosłych mieszkańców gminy. Określono, że szacunkowa liczba beneficjentów programu wyniesie 80 osób rocznie. Program ma być realizowany w latach 2020-2025. Całkowity koszt realizacji ma wynieść 300 000 zł.

Projekt dotyczy sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465).

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. 2020 poz. 1398) 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

Projekt dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego. W opisie problemu przedstawiono charakterystykę chorób narządu ruchu, urazów i schorzeń obwodowego układu nerwowego. Przytoczono również informacje dotyczące czynników ryzyka zachorowania oraz metod leczenia i rehabilitacji. Wpisuje się on w priorytet zdrowotny: „rehabilitacja”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przesłany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowano jego treść. Są one poprawne.

Prezentowano światowe, krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne. Wskazano, że w 2015 r. liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego przekraczała 1,3 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów. 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 województwie zachodniopomorskim 10,18 tys. hospitalizacji (w tym 17,67% hospitalizacji spoza województwa), z czego 0,06 tys. w trybie jednodniowym. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 1,13 tys. Liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 1,18 tys., a w przeliczeniu na 100 tys. dzieci 0,17 tys. Współczynnik chorobowości ambulatoryjnej w województwie wynosi ok. 7 936,8/100 tys. ludności, natomiast w powiecie słubickim, w którym znajduje się gmina Rzepin, znajduje się w przedziale 6 281,9-7 091,5/100 tys. ludności.

Przesłany projekt zawiera referencje bibliograficzne, które nie budzą zastrzeżeń.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej co najmniej 400 mieszkańców gminy Rzepin, dotkniętych problemem urazów lub chorób przewlekłych i zapalnych układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2020-2025”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowane brzmienie celu głównego opiera się na założeniu, że interwencje będą miały skuteczność na poziomie bliskim 100% i tym samym uczestnictwo w programie będzie prowadziło do „przywrócenia pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej” u każdego z 400 planowanych uczestników. Takie sformułowanie celu wymaga przedstawienia w treści projektu kryteriów, które muszą zostać spełnione, aby uznać uzyskaną w wyniku przeprowadzonych w ramach programu interwencji sprawność za „pełną” lub „maksymalnie możliwą do uzyskania”. Tylko w taki sposób możliwe będzie poprawne sformułowanie miernika

efektywności dedykowanego dla powyższego celu oraz odniesienie się do faktycznie uzyskanych wyników programu w jego ewaluacji.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost liczby mieszkańców gminy Rzepin z rozpoznaniem urazów oraz chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2020-2025”;
- (2) „ograniczenie ryzyka nawrotu urazu poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2020-2025”;
- (3) „ograniczenie ryzyka progresji choroby przewlekłej lub zapalnej układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2020-2025”;
- (4) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów oraz chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego w populacji docelowej w latach 2020-2025”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Cel szczegółowy nr 1 nie odnosi się do skutków zastosowania interwencji, czyli efektów uzyskanych w wyniku udzielonych świadczeń. W obecnym brzmieniu nie pełni roli celu szczegółowego, lecz jest elementem monitorowania realizacji programu. Cele szczegółowe nr 2 i 3 odnoszą się do „ograniczenia ryzyka”, a zatem konieczne jest odniesienie się do udokumentowanej w literaturze metody, która pozwoli na obiektywną ocenę ryzyka urazu przed i po udzieleniu świadczeń. Cel szczegółowy nr 4 odnosi się do interwencji edukacyjnej i zakłada przyrost wiedzy. Dla oceny przyrostu wiedzy niezbędne jest wykonanie pomiaru wstępnego („pre-test”) oraz końcowego („post-test”), co należy uwzględnić. W projekcie nie przedstawiono sposobu, w jaki osiągnięcie tego celu szczegółowego warunkuje osiągnięcie celu głównego, co należy uzupełnić. Dla każdego z celów niezbędne jest przyjęcie wyrażonej liczbowo wartości docelowej, zaś w treści projektu należy przedstawić uzasadnienie dla każdej z podawanych liczb oraz ich oczekiwany wpływ na lokalne dane epidemiologiczne. Po naniesieniu korekt w zakresie celów należy przedstawić dla każdego z nich prawidłowo sformułowany miernik efektywności.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (max. 400 os., ok. 80 os./rok)”;
- (2) „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”;
- (3) „odsetek osób, które uzyskały wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”;
- (4) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po ukończeniu rehabilitacji)”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Mierniki efektywności nr 1 oraz 2 nie odnoszą do rezultatów interwencji, lecz do podejmowanych działań i tym samym stanowią element

monitorowania realizacji programu. Zaproponowany miernik efektywności nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 4. Powinien zawierać porównanie stanu sprzed i po realizacji działań. W projekcie brak jest opisu metody sprawdzenia poziomu wiedzy, np. za pomocą pre-testu i post-testu, co należy uzupełnić. Miernik efektywności nr 4 sformułowany jest prawidłowo, przy czym w treści projektu konieczne jest przedstawienie liczbowej wartości różnicy pomiędzy dwoma wynikami VAS, które interpretowane będą jako uzyskanie klinicznie istotnego wyniku. Treść projektu należy uzupełnić o miernik dla celu głównego, który uwzględni powyższe uwagi.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dorośli mieszkańcy gminy Rzepin. Zgodnie z treścią projektu, populacja osób dorosłych zamieszkujących gminę liczy ok. 7,9 tys. osób. Przedstawione dane są zbliżone do informacji zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Na podstawie współczynnika chorobowości ambulatoryjnej oszacowano populację docelową na ok. 1 035 mieszkańców. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi program obejmie ok. 80 mieszkańców rocznie, tj. 400 osób w czasie trwania programu.

Przedstawiono kryteria włączenia do programu, które nie budzą zastrzeżeń. Kryteria wykluczenia z udziału w programie dotyczą obecności przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym, jednak są one stwierdzane dopiero w czasie konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej, który udziela świadczeń w programie. Należy w taki sposób zdefiniować kryteria wykluczenia z udziału w programie, aby nie było konieczne wcześniejsze włączenie do programu i odbycie w jego ramach konsultacji.

#### Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej („Pierwsza wizyta”), realizację indywidualnego planu rehabilitacji („Indywidualny plan rehabilitacji”) oraz wizytę podsumowującą („Kontrolna wizyta”).

W programie zaplanowano przeprowadzenie wizyty lekarskiej/konsultacji realizowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii obejmującej: badanie lekarskie/konsultację magistra fizjoterapii oraz analizę dokumentacji medycznej pacjenta, stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie, edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej oraz zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

W projekcie edukację zdrowotną przewidziano jedynie w ramach pierwszej wizyty, co budzi zastrzeżenia. Celem wizyty powinna być przede wszystkim diagnoza funkcjonalna pacjenta oraz ustalenie wynikającego z niej indywidualnego planu rehabilitacji. Jako element dodatkowy sugeruje się przeprowadzenie pre-testu, aby uzyskać informację o początkowym poziomie wiedzy pacjenta. Edukacja może być prowadzona jako element indywidualnego planu rehabilitacji i towarzyszyć realizacji świadczeń. Sprawdzenie końcowego stanu wiedzy będzie miało miejsce przez ponowne przeprowadzenie identycznego testu (post-test) w czasie wizyty kontrolnej.

Niezbędne jest uzupełnienie treści projektu o listę tematów, które zostaną przekazane w ramach działań edukacyjnych. Przekazywana wiedza powinna być dostosowana do potrzeb pacjentów.

W ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnikowi zostaną dobrane procedury o łącznej sumie nieprzekraczającej limitu 600 punktów na cały cykl. W projekcie przedstawiono listę procedur wraz z liczbą punktów dla każdej z nich. W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizyoterapeutycznych (m.in. elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traberta, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapia) i kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi, nauka czynności lokomocji, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające) oraz masażu.

W przeglądzie systematycznym Oosterhuis 2014, którego celem 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, a także 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).

Należy zaznaczyć, że ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014).

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, 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. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010). W projekcie wskazano, że indywidualny plan rehabilitacji będzie „dobrany przez lekarza rehabilitacji medycznej/magistra fizjoterapii wg indywidualnych wskazań pacjenta”, co jest podejściem poprawnym.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W projekcie podkreślono, że „realizację samorządowego programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Rzepin na lata 2020-2025 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych”. Zgodnie z odnalezionymi informacjami w gminie Rzepin nie funkcjonuje żaden świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Po 6 tygodniach od ukończenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych zostanie przeprowadzona kontrolna wizyta lekarska/konsultacja magistra fizjoterapii obejmująca: badanie lekarskie z dokonaniem ponownej oceny zdrowia w skali VAS, wydanie ewentualnych zaleceń po zakończeniu rehabilitacji, w tym związanych z koniecznością dalszej rehabilitacji oraz przekazanie pacjentowi ankiety satysfakcji.

W projekcie akcję informacyjną opisano w sposób zdawkowy. Wskazano jedynie, że w ramach akcji zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu, zaś w części projektu poświęconej etapom programu podano formę „plakaty, ulotki”. Realizacja akcji informacyjnej wiązać się będzie z kosztami, które jednak nie zostały przedstawione w budżecie – brak ten należy uzupełnić lub w projekcie należy zamieścić wyjaśnienie.

### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności. Proponowane zapisy są poprawne.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu, co jest rozwiązaniem prawidłowym.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Konieczne jest uwzględnienie celów i mierników efektywności w brzmieniu po uwzględnieniu zawartych w niniejszej opinii uwag.

### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie wybór realizatora. Następnie zaplanowano przeprowadzenie interwencji zaplanowanych w projekcie. Program ma zakończyć się jego ewaluacją. Przedstawiono informacje na temat warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

Wnioskodawca odniósł się do akcji informacyjnej w sposób zdawkowy. Wskazano jedynie, że w ramach akcji zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu.

W programie wskazano jedynie koszt kompleksowej rehabilitacji uczestników programy oszacowany na 5 000 zł/miesiąc. Koszt jednostkowy oszacowano na 900 zł/os. (600 pkt./os. × 1,50 zł/pkt). Koszt świadczeń oszacowano na podstawie wartości punktów określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń w programie wyceniono na 1,50 zł. W projekcie oszacowano średnią liczbę punktów za jeden zabieg. Należy zauważyć, że w programie założono możliwość udziału 80 osób rocznie, co przy założonym koszcie jednostkowym daje 72 000 zł rocznie, natomiast koszt roczny wskazany przez wnioskodawcę wynosi 60 000 zł. Koszt całkowity programu wskazano na 300 000 zł, w związku z czym możliwe byłoby przeprowadzenie 5-letniego programu (tj. 2021-2025), natomiast program został zaplanowany na lata 2020-2025, jednak 2020 rok nie został ujęty w kosztach całkowitych.

Koszt całkowity wyniesie 300 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Rzepin. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie części działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy.

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

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

### 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 są:

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

#### Alternatywne świadczenia

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

#### Ocena technologii medycznej

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

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).

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

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD = 0,46; 95%CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *intelligence quotient* IQ); SMD = 0,46; 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 podstawie 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 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.79.2020 pn. „Samorządowy program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Rzepin na lata 2020-2025” realizowany przez: gminę Rzepin, Warszawa, wrzesień 2020; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 230/2020 z dnia 14 września 2020 roku o projekcie programu „Samorządowy program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Rzepin na lata 2020-2025”.