



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 9/2022 z dnia 3 marca 2022 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny  
program rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy  
Jerzmanowa na lata 2022-2026”  
(woj. dolnośląskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywna opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Gminny program rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Jerzmanowa na lata 2022-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy Jerzmanowa, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia oraz poprawę stanu funkcjonalnego objętych nim świadczeniobiorców.

Jednocześnie w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności:

- poprawnie sformułować cele i mierniki efektywności;
- wskazać obiektywne metody pomiaru początkowego i końcowego kluczowych dla problemu zdrowotnego parametrów, których wyniki zostaną wykorzystane w pomiarze efektywności interwencji;
- uszczegółwić zapisy dotyczące działań edukacyjnych prowadzonych w ramach programu;
- przeprowadzić analizę i ewentualnie uszczegółwić zapisy w celu uniknięcia potencjalnego ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Należy także zwrócić uwagę, że zgodnie z obowiązującymi przepisami planowanie postępowania fizjoterapeutycznego wykonywane jest podczas wizyty fizjoterapeutycznej lub podczas porady lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Zatem zaplanowane w projekcie dopuszczenie możliwości zaplanowania postępowania fizjoterapeutycznego przez lekarza POZ i lekarza z dowolną specjalizacją wymaga weryfikacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Jerzmanowa. Działania skierowane są do mieszkańców gminy w wieku 40 lat i powyżej ze wskazaniem medycznymi ujętymi w kryteriach włączenia do programu.



Projekt zakłada przeprowadzenie indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań z zakresu edukacji zdrowotnej. Program ma być realizowany w latach 2022-2026. Całkowity koszt realizacji oszacowano na 500 000 zł. (100 000 zł./rok)

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 2021 r. poz. 1285, 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

W projekcie szczegółowo przedstawiono problem zdrowotny. Wskazano, że rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności funkcjonalnej człowieka. W dokumencie podkreśla się, że choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego to najpowszechniejsze problemy zdrowotne.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie sytuacji epidemiologiczną dla obszaru województwa dolnośląskiego i powiatu głogowskiego, w którym znajduje się gmina Jerzmanowa przedstawiono do podstawy nieaktualnych danych z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), co wymaga skorygowania. Ponadto odniesiono się do danych światowych (WHO).

Z danych zawartych w MPZ na lata 2022-2026 wynika, że w województwie dolnośląskim ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju (14. miejsce wśród województw). Ponadto wskazano, że dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń. W MPZ w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa dolnośląskiego wskazano na „wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego”.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 176 mieszkańców gminy Jerzmanowa, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2022-2026”. 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. W ocenianym dokumencie dla celu głównego nie wskazano opisu narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji, w związku z tym nie będzie możliwe obiektywne wykazanie poprawy w tym zakresie. Ponadto założenie, że poprawa jakości życia zostanie osiągnięta u wszystkich uczestników włączonych do programu może być trudne do zrealizowania.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o co najmniej 176 osób liczby mieszkańców gminy Jerzmanowa z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2022-2026”,

- (2) „zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawa czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej dotkniętej problemem urazów, objętej interwencjami w programie w latach 2022-2026”,
- (3) „zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawa czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej dotkniętej problemem chorób układu ruchu lub chorób obwodowego układu nerwowego, objętej interwencjami w programie w latach 2022-2026”,
- (4) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2022-2026”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości. Cel nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Cel nr 2 i 3 składają się z założenia w postaci zapewnienia świadczeń rehabilitacyjnych, które nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego oraz poprawy czynników ryzyka, które mogą zostać osiągnięte w wyniku działań edukacyjnych. Należy przy tym podkreślić, że w programie nie przedstawiono szczegółów dotyczących czasu trwania oraz liczby spotkań edukacyjnych. Dodatkowo w celach szczegółowych nie przedstawiono wartości docelowej do jakiej zamierza się dążyć.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami; wd. wzrost o 30%)”;
- (2) „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 w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 10%)”.

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. Miernik nr 1 odnosi się do celu szczegółowego nr 4. Miernik nr 2 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, natomiast może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Występowanie dolegliwości bólowych stanowi jedną z przyczyn obniżenia jakości życia, warunkuje ją jednak również wiele innych czynników, zatem wskaźnika w tej postaci nie można odnieść do założenia głównego ocenianego projektu programu. W związku z powyższym należy stwierdzić, że nie przedstawiono poprawnie sformułowanego miernika efektywności do celu głównego oraz do większości celów szczegółowych (poza celem dot. wzrostu wiedzy).

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga skorygowania zgodnie z powyższymi uwagami.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą osoby w wieku 40 lat i powyżej zamieszkujące Gminę Jerzmanowa. Na podstawie danych dotyczących liczebności populacji w ww. wieku oraz chorobowości mieszkańców gminy oszacowano, że kwalifikować się do programu będzie ok. 260 osób rocznie, niemniej jednak z uwagi na ograniczenia finansowe gminy planowane jest objęcie programem ok. 176 osób rocznie.

Przedstawione kryteria włączenia to: zamieszkiwanie na terenie gminy Jerzmanowa; wiek ( $\geq 40$  r.ż.); rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego; pisemna zgoda na uczestnictwo w programie; skierowanie na rehabilitację leczniczą (od lekarza POZ/specjalisty lub fizjoterapeuty) określające rodzaj oraz liczbę zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych.

Kryterium wyłączenia będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON), w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (na podstawie oświadczenia uczestnika).

Zaproponowana populacja oraz kryteria włączenia i wyłączenia nie wzbudzają zastrzeżeń.

### Interwencja

W projekcie programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

#### *Działania edukacyjne*

W projekcie programu odniesiono się w sposób zdawkowy do zaplanowanych działań edukacyjnych. Edukacja zdrowotna będzie skupiona na tematach dotyczących roli diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganiu wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, sposobów radzenia sobie ze stresem. W projekcie nie wskazano, czy działania edukacyjne będą prowadzone przed czy po wdrożeniu indywidualnego planu rehabilitacyjnego i nie przedstawiono większej liczby szczegółów dot. edukacji uczestników, co należy uzupełnić.

#### *Indywidualny plan rehabilitacji*

Indywidualny plan rehabilitacji zostanie opracowany na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty. Zaplanowano realizację zabiegów:

- 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, nauka czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające);
- masaże (klasyczny, limfatyczny ręczny – leczniczy, limfatyczny mechaniczny – leczniczy, masaż mechaniczny);
- elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traebera, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza);
- leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości);
- światłolecznictwo i termoterapia (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10 dniowym, średnio po 4 zabiegi dziennie. Czas jednego spotkania rehabilitacyjnego zależeć będzie od rodzaju schorzenia i rodzaju zaleconych zabiegów. W projekcie podkreślono, że indywidualny plan rehabilitacji odbędzie się według wskazań i zaleceń lekarskich. Powyższe jest spójne z odnalezionymi rekomendacjami i opinią eksperta. NSF i VHA które zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne adekwatnie do potrzeb i możliwości, w taki sposób aby móc przystosować się do zmienionego stanu zdrowia, w pełni wyzdrowieć i/lub powrócić do stanu przedchorobowego albo do optymalnego poziomu sprawności funkcjonalnej. NICE i RACGP wskazują, że ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób

współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności. Ponadto warto dodać, że zgodnie z opinią eksperta plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265). Tym samym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co powinno być nadzorowane przez gminę. Niemniej jednak należy podkreślić, że w gminie Jerzmanowa brak jest świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Jednocześnie zaleca się aby przy realizacji programu mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

#### 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.

Ocena zgłaszalności do programu ma być prowadzona w oparciu o sprawozdania roczne i kwartalne realizatora. Analizie poddana zostanie również „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. W projekcie należy ponadto uwzględnić: 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).

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest rozwiązaniem prawidłowym. Ponadto uczestnicy programu będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora programu PPZ.

Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań. W ocenianym dokumencie ewaluacja, będzie przeprowadzana co roku i na zakończenie programu poprzez analizę:

- (1) „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”;
- (2) „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”;
- (3) „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”;
- (4) „liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników”;
- (5) „liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”.

Należy zwrócić uwagę, że wskaźniki 1, 4 i 5 odnoszą się do monitorowania, a nie ewaluacji. Dodatkowo w punkcie dot. mierników efektywności przedstawiono wskaźnik mający większe zastosowanie podczas procesu ewaluacji, co należałoby uzupełnić w tej części programu.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co częściowo zostało uwzględnione w projekcie. Należy także uwzględnić uwagi dotyczące mierników efektywności.

### Warunki realizacji

W programie opis etapów wymaga uzupełnienia o zapisy dotyczące działań edukacyjnych.

W projekcie wskazano, że realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy. W dokumencie przedstawiono warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Opisany sposób zapraszania uczestników do programu zakłada informowanie o programie poprzez tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki umieszczane w poradniach POZ, podmiocie realizującym program oraz w Urzędzie Gminy Jerzmanowa. Wskazano, że informacje o programie będą przekazywane za pośrednictwem personelu medycznego oraz w formie komunikatów, który zostanie umieszczony na stronie internetowej poradni POZ, Urzędu oraz portali społecznościowych.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Całkowity budżet programu oszacowano na 500 000 zł (100 000 zł w jednym roku trwania programu).

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe: 550 zł – koszt uczestnictwa w programie (w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz koszt działań edukacyjnych), koszt akcji informacyjnej oraz koszt monitorowania i ewaluacji. Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Jerzmanowa. W dokumencie zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie ze środków NFZ.

### **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

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako 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

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265), świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego, stacjonarnych.

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgniasto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, jednemu świadczeniobiorcy przysługujące nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, prowadzona jest także przez ZUS. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

#### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

- 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, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- W celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (SIGN 2013);
- Pacjenci powinni otrzymywać świadczenia terapeutyczne adekwatnie do potrzeb i możliwości, w taki sposób aby móc przystosować się do zmienionego stanu zdrowia, w pełni wyzdrowieć i/lub powrócić do stanu przedchorobowego albo do optymalnego poziomu sprawności funkcjonalnej (NSF 2017 – *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 (NICE 2020 – *National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2018 – *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);
- Programy rehabilitacji zazwyczaj obejmują: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007 - *American College of Chest Physicians*);
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009 - *Agency for Healthcare Research and Quality*). 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*

- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka w poprawie: 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 standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (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 leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników). Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni i odciążenia masy ciała, osobno lub w połączeniu, na poprawa wytrzymałości chodu, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu mogą ulec poprawie.

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

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. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.116.2021 pn. „Gminny program rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Jerzmanowa na lata 2022-2026” z lutego 2022; 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 27/2022 z dnia 28 lutego 2022 roku o projekcie programu „Gminny program rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Jerzmanowa na lata 2022-2026”