



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 16/2022 z dnia 7 kwietnia 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej gminy Lubiszyn na lata
2022-2026”
(woj. lubuskie)**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej gminy Lubiszyn na lata 2022-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

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

Warto w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z danymi zawartymi w raporcie końcowym z poprzedniej edycji programu w latach 2017-2021 skorzystało z niego 342 mieszkańców gminy i łącznie wykonano 9 694 zabiegi. Wskazano także na wysoką skuteczność prowadzonych działań fizjoterapeutycznych na poszczególne dolegliwości. W 5-letnim okresie realizacji zmniejszenie dolegliwości bólowych uzyskano u 94% pacjentów; zmniejszenie ograniczonej ruchomości odnotowano u 90,6% pacjentów; zwiększenie osłabionej siły mięśni odnotowano u 85% pacjentów; zmniejszenie zaburzeń czucia raportowano u 88% pacjentów; zmniejszenie obrzęku u 86,4% pacjentów. Niemniej jednak nie podano narzędzi wykorzystanych do pomiaru tych danych. Informacje te zostały także przytoczone w opisie problemu zdrowotnego ocenianego programu.

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 uzasadnienie dla przyjętego odsetka populacji docelowej;
- wskazać obiektywne metody pomiaru początkowego i końcowego kluczowych dla problemu zdrowotnego parametrów, których wyniki zostaną wykorzystane w pomiarze efektywności interwencji;
- ponownie przeanalizować i skorygować zaplanowane interwencje zgodnie z sugestiami zawartymi w dalszej części opinii;



- w części dotyczącej budżetu przedstawić koszty jednostkowe, a także dotyczące monitorowania i ewaluacji;
- uszczegółowić 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.

Dodatkowo podkreślenia wymaga, że w poprzedniej *Opini Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 181/2017 z dnia 8 sierpnia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lubiszyn na lata 2017-2021”* zgłoszono podobne uwagi, które w większości nie zostały uwzględnione w nowej edycji programu w zakresie: celów, mierników efektywności, budżetu lub częściowo skorygowane w zakresie: populacji i ewaluacji. (<https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2017/OP-0181-2017.pdf>). Należy podkreślić, że warunkiem realizacji programu jest uwzględnienie powyższych uwag.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Lubiszyn. Działania skierowane są do mieszkańców gminy, w tym dzieci i młodzieży. Projekt zakłada przeprowadzenie indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań informacyjnych. Program ma być realizowany w latach 2022-2026, a całkowity koszt jego realizacji oszacowano na 75 000 zł.

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 w zdawkowy sposób przedstawiono problem zdrowotny. Wskazano, że rehabilitacja lecznicza jest częścią procesu leczenia, który umożliwia przyspieszenie przebiegu naturalnej regeneracji i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby. W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono informacje dotyczące gminy Lubiszyn (położenie geograficzne, liczba ludności, podmioty świadczące usługi w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ, liczby rodzin objętych pomocą społeczną). Odniesiono się do skuteczności działań fizjoterapeutycznych w poprzedniej edycji programu.

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

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając ogólne informacje dot. niektórych schorzeń tj. reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK), dny moczanowej, choroby reumatycznej tkanek miękkich, choroby zwyrodnieniowej stawów, kręgosłupa, osteoporozy oraz udaru mózgu.

W ocenianym dokumencie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) co jest podejściem nieprawidłowym i wymaga uzupełnienia.

Z danych zawartych w MPZ na lata 2022-2026 wynika, że w województwie lubuskim „we wszystkich formach rehabilitacji łącznie liczba pacjentów na 100 tys. ludności (8 538) jest niższa niż średnia krajowa (8 695), natomiast liczba ośrodków na 100 tys. ludności (9,29) jest wyższa niż średnia krajowa (8,37). Wg danych krajowych w rehabilitacji ambulatoryjnej wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana”. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa dolnośląskiego wskazano w MPZ na „dążenie do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji, przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej oraz tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych składających się z grona specjalistów w zależności od potrzeb pacjenta (uwzględniając dowóz na rehabilitację oraz objęcie opieką również opiekunów pacjentów), w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców, poprzez zmniejszenie zachorowalności oraz poprawę jakości życia osób chorych i przywracanie im sprawności, a także poprawa lub podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego”. 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 cel główny składa się z kilku odrębnych założeń. Należy wskazać, że nie wskazano opisu narzędzi lub skal, które zostaną wykorzystane do pomiaru ujętych w tym celu parametrów: poprawa stanu zdrowia i jakości życia, a także poprawa lub podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami, co uniemożliwi obiektywne wykazanie zmiany w tych zakresach. Ponadto na stan zdrowia jak i jakość życia może wpływać wiele innych czynników niekoniecznie związanych z realizacją programu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „usunięcie procesów chorobowych”;
- (2) „zapobieganie nawrotom i postępowi choroby”;
- (3) „usuwanie dolegliwości”;
- (4) „zwalczanie bólu”;
- (5) „zwalczanie stanów zapalnych”;
- (6) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”;
- (7) „zwiększanie siły mięśniowej”;
- (8) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”;
- (9) „przywracanie prawidłowych wzorców ruchowych”;
- (10) „odtworzenie propriocepcji”;
- (11) „przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym”;
- (12) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur, przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego”;
- (13) „wzrost aktywności fizycznej”;
- (14) „wzrost wiedzy na temat zdrowia”.

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. Większość celów została sformułowana w niewłaściwie w postaci działania (1-12). Cel nr 14 dotyczący wzrostu poziomu wiedzy wydaje się niemożliwy do zmierzenia z uwagi na brak działań edukacyjnych. W ocenianym dokumencie dla celów szczegółowych wskazuje się wartość docelową poprawy stanu zdrowia jednak brak jest uzasadnienia dla przyjętej wartości.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób 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”.

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. Zapisy przedstawione jako mierniki efektywności interwencji zostały sformułowane błędnie – jako dane zbierane w ramach monitorowania (nr 1-2) lub wskaźniki deklaratywne, które nie pozwalają na określenie obiektywnego stanu zdrowia uczestników (3-4).

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga skorygowania zgodnie z powyższymi uwagami. Podkreślenia wymaga, że cel główny powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu. Oczekiwany efektem interwencji w postaci rehabilitacji będzie poprawa stanu funkcjonalnego świadczeniobiorców. Początkowy i końcowy stan funkcjonalny świadczeniobiorcy powinien zostać opisany zgodnie z Wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Wytyczne KRF), w tym korzystać z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz uwzględniać zasady Diagnostyki Funkcjonalnej. Badanie uwzględniające diagnostykę funkcjonalną powinno zostać przeprowadzone dwukrotnie – przed rozpoczęciem interwencji oraz po jej zakończeniu. Celem głównym programu powinno być uzyskanie u określonego odsetka uczestników programu poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne. Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. minimal clinically important difference) dla danego testu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą mieszkańcy gminy Lubiszyn, w tym dzieci i młodzież, posiadający skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza POZ. W projekcie podano, że na terenie gminy zameldowane są 6 992 osoby. W dokumencie szacuje się udział ok. 70-120 osób dorosłych oraz 11-17 dzieci i młodzieży rocznie, jednak nie wskazuje się podstaw ww. szacunków jak również nie podaje się liczebności populacji docelowej, która zostanie objęta działaniami w ramach programu, co wymaga uzupełnienia.

Przedstawione kryteria włączenia to: zamieszkiwanie na terenie gminy Lubiszyn oraz posiadanie odpowiedniego skierowania od lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ, ponadto w przypadku udziału w programie osób niepełnoletnich, wymagana będzie także zgoda rodziców, bądź opiekunów prawnych.

Kryterium wyłączenia nie zostało określone, co jest podejściem nieprawidłowym, w szczególności w sytuacji gdy zaplanowana interwencja pokrywa się ze świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach NFZ, co może prowadzić do podwójnego ich finansowania.

Zapisy programu w zakresie zaproponowanej populacji oraz kryterium wyłączenia wymagają odpowiednio skorygowania i uzupełnienia.

Interwencja

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

Indywidualny plan rehabilitacji

Skierowanie może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz specjalista rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej. W ramach programu zaplanowano zabiegi

- kinezyterapeutyczne (nauka czynności lokomocji, wyciągi, ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne z oporem, ćwiczenia izometryczne);
- fizykoterapeutyczne (jonoforeza, galwanizacja, interdyn, prądy TENS, elektrostymulacja, prądy Traeberta, prądy Kotza, laseroterapia punktowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości, sollux, ultradźwięki, ultrafonoforeza, krioterapia miejscowa);
- masaże (suchy częściowy, limfatyczny ręczny – leczniczy).

W projekcie przyjęto średnio 20 zabiegów na jednego pacjenta, podkreśla się także, że „w przypadku uczestników, wśród których zaplanowany cykl zajęć może okazać się niewystarczającą formą aktywności, przywracająca sprawność, przewiduje się adekwatnie do potrzeb zwiększenie ilości zabiegów”.

Odnalezione rekomendacje NSF i VHA 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 natomiast, 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 w tym miejscu podkreślić, że z uwagi na zdawkowy opis poszczególne elementów interwencji nie jest możliwa jej ocena pod kątem spójności ze ww. zaleceniami.

Podkreślenia wymaga, 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.

Działania informacyjne

W projekcie programu ujęto jedynie działania informacyjne odnoszące się do informowania o usługach natomiast nie zaplanowano działań z zakresu edukacji. Należy podkreślić, że rekomendacja *American College of Chest Physicians* (ACCP) wskazuje, na skuteczność interwencji polegających na badaniu pacjenta, treningu fizycznym, edukacji, poradzie dietetyka i wsparciu psychologicznym (ACCP 2007). W związku z powyższym zasadnym byłoby uzupełnienie projektu o działania w zakresie edukacji.

Podsumowując, zaplanowane interwencje wymagają ponownego przeanalizowania i stosownego skorygowania zgodnie z ww. uwagami. 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 zgłoszenia, analizie poddana zostanie także „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie” 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 z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

Ocena jakości świadczeń realizowanych w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest rozwiązaniem prawidłowym. Niemniej jednak, do projektu nie załączono wzoru ankiety, co uniemożliwiło weryfikację i stwierdzenia czy sformułowane w niej pytania odnoszą się także do oceny jakości. Program przewiduje możliwość zgłaszania przez uczestników pisemnych uwag do realizatora programu.

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

- (1) „zgłaszalności osób do udziału w programie, ankiet zebranych od pacjentów, lokalnych danych epidemiologicznych, a także uwag zgłaszanych do Urzędu Gminy w Lubiszynie na temat programu”;
- (2) „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”;
- (3) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”.

Należy zwrócić uwagę, że wskaźnik 1 odnosi się bardziej do oceny zgłaszalności, z kolei w zakresie wskaźnika 3 dotyczącego poprawy stanu zdrowia nie wskazano w projekcie narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Należy także uwzględnić uwagi dotyczące mierników efektywności. W zapisach programu warto również zwrócić uwagę na trwałość uzyskanych efektów zdrowotnych dzięki realizacji danego projektu, co w przypadku świadczeń rehabilitacji leczniczej jest szczególnie istotne.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, zaleca się korektę w tym zakresie.

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, strony internetowe oraz Ośrodki Zdrowia działające na terenie gminy. W programie istotne jest określenie sposobów dotarcia do grupy docelowej, ponieważ od tego zależy uzyskanie odpowiedniego wskaźnika zgłaszalności. Należy podkreślić, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne, powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym zaleca się ponowne przeanalizowanie tego elementu programu, tak aby uwzględnić wszystkie możliwe ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

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

Całkowity budżet programu oszacowano na 75 000 zł (15 000 zł w jednym roku trwania programu). Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Lubiszyn.

W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych, a także kosztów przeznaczonych na monitorowanie i ewaluację, co jest działaniem nieprawidłowym i wymaga skorygowania.

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 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 ścięgno-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 przysługuje 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;
- W obrębie nawet 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 poprawę 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.431.11.2022 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej gminy Lubiszyn na lata 2022-2026” z marzec 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 49/2022 z dnia 4 kwietnia 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lubiszyn na lata 2022-2026”