

**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 26/2022 z dnia 18 maja 2022 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej**  
**mieszkańców gminy Kalisz Pomorski w wieku 60+ na lata 2022-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kalisz Pomorski w wieku 60+ na lata 2022-2026” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej stanowi wartości dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zakłada on zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia uczestników. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje fizyoterapeutyczne 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). Zatem należy mieć na uwadze ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Sposób zabezpieczenia tego ryzyka powinien być opisany w projekcie PPZ.

Warto również dążyć do skoordynowania świadczeń z zakresu rehabilitacji z POZ i AOS na terenie gminy, aby realizacja świadczeń rehabilitacyjnych była dostosowana do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i była optymalnie zaplanowana i zrealizowana, a także do wdrożenia zasad oceny funkcjonalnej stanu zdrowia chorych według Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF).

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga wskazania narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru poprawy jakości życia przed i po interwencji.
- Cele szczegółowe wymagają przeformułowania oraz wskazania wartości docelowych.
- Mierniki efektywności należy zdefiniować tak, aby odpowiadały celom programu i umożliwiły jego ewaluację.

- Punkt dotyczący planowanych działań edukacyjnych wymaga uzupełnienia oraz uwzględnienia w planowanych etapach programu.
- Ewaluacja programu wymaga skorygowania w zakresie oceny efektywności.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji. Całkowity budżet programu oszacowano na 150 000 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2022-2026.

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

Oceniany projekt odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego. W treści projektu wskazano, że rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 dla woj. zachodniopomorskiego wskazano, że wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności, wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasuje województwo na 16 ostatnim miejscu w kraju. Natomiast wskaźnik liczby porad lekarskich na 100 tys. ludności, plasuje województwo na 12 miejscu. Usługi z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie udzielane są w każdym powiecie. Natomiast usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej zlokalizowane są w 17 na 21 powiatów.

W rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat i więcej stanowią 42,3% uczestników w województwie (38,0% w Polsce). Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76%; Polska 78%). Według prognoz zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 275 mieszkańców gminy Kalisz Pomorski, 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”*. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny zakłada wzrost jakości życia, a w projekcie nie wskazano narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji. W związku z powyższym nie będzie możliwe obiektywne wykazanie poprawy w tym zakresie. Ponadto założono poprawę jakości życia u wszystkich uczestników programu, co może być trudne do zrealizowania ze względu na różny stopień nasilenia objawów u pacjentów

i indywidualną odpowiedź na stosowane zabiegi, co wiąże się z odmiennym czasem terapii potrzebnym do zaobserwowania efektów rehabilitacji.

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 przez fizjoterapeutę dwukrotnie – przed rozpoczęciem interwencji oraz po jej zakończeniu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) *„wzrost o co najmniej 275 osób liczby mieszkańców gminy Kalisz Pomorski 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.

Cel szczegółowy nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Cel nr 2 składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie w postaci zapewnienia świadczeń rehabilitacyjnych nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego, natomiast poprawa w zakresie czynników ryzyka może zostać osiągnięta w wyniku działań edukacyjnych. Nie przedstawiono jednak wartości docelowej, do której zamierzono dążyć. Analogiczne uwagi można odnieść również do celu szczegółowego nr 3. Cel nr 4 dotyczący wzrostu poziomu wiedzy jest możliwy do zmierzenia z uwagi na zaplanowane w programie pre i post-testy. Do projektu programu nie załączono jednak ich wzoru.

W projekcie programu określono 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, a ich wartości powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Miernik nr 1 odnosi się do celu szczegółowego nr 4. Warto również wskazać czy wartością docelową jest wzrost o „30 procent względem wartości początkowej” czy też „o 30 punktów procentowych”. Wskaźnik 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. Jednak warunkuje ją również wiele innych czynników, zatem wskaźnika w tej postaci nie można odnieść do założenia głównego ocenianego projektu programu. W związku z powyższym, ten element programu należy skorygować i przedstawić wskaźniki bezpośrednio odnoszące się do celu głównego oraz celów szczegółowych.

Reasumując, większość celów szczegółowych została sformułowana w sposób niepoprawny (cele niemożliwe do zrealizowania, cele zawierające dwa odrębne założenia, brak wskazania wartości docelowej), a więc wymagają one przeformułowania zgodnie z powyższymi uwagami. Punkt dotyczący mierników efektywności należy uzupełnić.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku 60 lat i więcej, zamieszkujące gminę Kalisz Pomorski. Wskazano liczebność populacji osób w ww. wieku z terenu miasta (ok. 1 677 osób). Na podstawie wyliczeń zamieszczonych w projekcie programu dot. chorobowości mieszkańców gminy oszacowano, że populacja kwalifikująca się do programu wyniesie ok. 265 osób rocznie. W związku z ograniczeniami finansowymi gminy planowane jest objęcie ok. 55 osób rocznie (275 osób w trakcie trwania PPZ), co będzie stanowiło ok. 20% populacji docelowej.

Kryteria włączenia do programu obejmują: zamieszkiwanie na terenie gminy Kalisz Pomorski; rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego; pisemną zgodę na uczestnictwo w programie; skierowanie na rehabilitację leczniczą (od lekarza POZ/specjalisty lub fizjoterapeuty).

Wśród kryteriów wykluczenia wymieniono: korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub Urzędu Miejskiego w Kaliszu Pomorskim), w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (na podstawie oświadczenia uczestnika).

#### Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

##### *Działania edukacyjne*

Edukacja (jedno 45-minutowe spotkanie w grupach maksymalnie 20-osobowych) obejmować będzie następującą tematykę: „rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem”. Działania będą prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. W projekcie nie wskazano czy działania odbędą się przed lub po indywidualnym planie rehabilitacyjnym.

##### *Indywidualny plan rehabilitacji*

Zaplanowano szereg zabiegów kinezyterapeutycznych, masaże, elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza), leczenie polem elektromagnetycznym oraz 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. Podkreślono, że indywidualny plan rehabilitacyjny zostanie określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ/lekarza specjalisty/fizjoterapeuty lub określony przez fizjoterapeutę po zgłoszeniu się pacjenta do realizatora.

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 (NICE 2020, RACGP 2018).

Reasumując, działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie kwartalnych i rocznych sprawozdań, a analizie poddana zostanie „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 ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie obejmuje przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Wskazano również na analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie ankiet przeprowadzonych co roku i na zakończenie PPZ poprzez analizę: „odsetka osób, które ukończyły pełny cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”, „liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników”, „liczby osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”. W punkcie dot. mierników efektywności przedstawiono wskaźnik mający zastosowanie podczas procesu ewaluacji tj.: „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%)”.

Część wskaźników tj. „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników” oraz „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”, odnosi się bardziej do monitorowania.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej, co należy uzupełnić.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie oraz odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Należy zaznaczyć, że w opisie poszczególnych etapów nie wskazano zaplanowanych działań edukacyjnych, co wymaga uwzględnienia.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Akcja informacyjna będzie realizowana za pomocą tablic ogłoszeń, plakatów i ulotek umieszczonych w poradniach POZ, podmiocie realizującym program oraz w Urzędzie Miejskim w Kaliszu Pomorskim. Wskazano, że informacje o programie będą przekazywane za pośrednictwem personelu medycznego oraz w formie komunikatów, które zostaną umieszczone na stronie internetowej poradni POZ, Urzędu oraz portali społecznościowych.

Zakończenie udziału w programie nastąpi z chwilą zrealizowania cyklu rehabilitacyjnego. Wskazano, że w przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego pacjent: „otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym, zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu, kończy udział w programie”. W sytuacji, gdy pacjent nie ukończy pełnego cyklu rehabilitacyjnego, zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

Całkowity budżet programu oszacowano na 150 000 zł. Opisano koszty jednostkowe, w których uwzględniono: kosztu uczestnictwa w programie, koszt akcji informacyjnej, koszt monitorowania i ewaluacji.

Program będzie finansowany ze środków gminy Kalisz Pomorski. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

##### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Metodami rehabilitacyjnymi 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

Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie; skierowanie na konsultację i badania dodatkowe; określenie zakresu ruchu w stawach; testy czynnościowe; ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania; ocenę czucia powierzchownego i głębokiego; ocenę odruchów ścięgno-okostnowych; pomiar długości kończyn i obwodów; ocenę chodu i lokomocji; ocenę samoobsługi i samodzielności; ocenę deformacji i zniekształceń; ocenę deformacji, cech dysmorfii ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych; ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, ocenę spastyczności; badania przesiewowe w kierunku depresji; badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji; interpretację badań diagnostycznych i obrazowych; ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku; planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji; punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe; zlecenie na wyroby medyczne; zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego); skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe; końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna, w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmuje co najmniej jedną z następujących czynności: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego; ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii; badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego; 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.

Czas trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 15 do 30 dni zabiegowych u każdego świadczeniobiorcy, średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje zadania w zakresie prewencji rentowej, w tym dotyczące rehabilitacji leczniczej. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. 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.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym: narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym: narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizjoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wysokiej 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*

Zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2017, VHA-DoD 2010).

Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2020, RACGP 2018).

Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących



rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.

W celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (SIGN 2013).

Programy rehabilitacji zazwyczaj obejmują: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007).

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.

Przegląd Oosterhuis 2014 miał na celu ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Programy ćwiczeń rozpoczynające się 4-6 tygodni po operacji wydają się prowadzić do szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności (mała lub średnia wielkość efektu) w porównaniu do braku interwencji. Natomiast programy ćwiczeń o wysokiej intensywności wydają się prowadzić do nieznacznie szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności w porównaniu do programów ćwiczeń o niskiej intensywności

W przeglądzie Mehrholz 2014, którego celem była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podst. dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

#### *Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych*

Niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym.

Niepełnosprawność 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.

Jakość życia każdej osoby podlega wpływowi wielu czynników, wśród których sprawność psychomotoryczna stanowi fundament niezależności i pożądaney aktywności społecznej. Organizacja postępowania terapeutycznego w przypadku występujących nieprawidłowości stanowi szansę na poprawę jakości życia.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość.

Wszelkie działania zmierzające do optymalizacji procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych zasługują na uwagę i poparcie.

Terapeuci realizujący poszczególne zajęcia powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi certyfikatami.

Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.23.2022 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kalisz Pomorski w wieku 60+ na lata 2022-2026”, maj 2022; Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 74/2022 z dnia 16 maja 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kalisz Pomorski w wieku 60+ na lata 2022-2026”.