



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 8/2023 z dnia 28 lutego 2023 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej  
pn. „Program rehabilitacji leczniczej  
dla mieszkańców województwa łódzkiego  
w zakresie chorób narządu ruchu”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Pod uwagę wzięto fakt, że oceniany projekt programu dotyczy problemu zdrowotnego, jakim są wymagające rehabilitacji choroby narządu ruchu i zaplanowano, że dla każdego z uczestników ustalany będzie indywidualny plan rehabilitacyjny, co ma pozwolić na maksymalizację efektów procesu terapeutycznego.

Zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zostały one rozszerzone o m.in. warsztaty psychoedukacyjne oraz zajęcia aktywności fizycznej.

Zasadniczy wpływ na opinię miał bardzo wysoki poziom przygotowania projektu. Szczegółowo opisano planowane interwencje. Populację docelową przedstawiono w sposób spójny i klarowny. Oszacowano liczbę osób, które zostaną objęte interwencjami w programie.

Niemniej, dla zachowania jak najwyższej jakości programu polityki zdrowotnej należy przedstawić miernik efektywności dla celu głównego i skorygować rozbieżność pomiędzy miernikami efektywności a celami – w celach poprawnie wskazano na wartości docelowe w formie odsetków, zaś w miernikach efektywności na liczby osób. W obu przypadkach sugeruje się zastosowanie wartości wyrażonych w odsetkach. Do projektu nie dołączono testu wiedzy, należy go natomiast załączyć do ostatecznej wersji programu.

Projekt wskazuje niezbędne wyposażenie, warunki lokalowe i wymogi dotyczące personelu. Prawidłowo zaplanowano monitorowanie realizacji i ewaluację projektu. W budżecie poprawnie przedstawiono założenia dotyczące kosztów jednostkowych i oszacowania całkowitego kosztu projektu.

## Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej województwa łódzkiego, dotyczący rehabilitacji leczniczej aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych zarejestrowanych, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego lub tkanki łącznej. Zaplanowano przeprowadzenie działań informacyjno-promocyjnych, porad rehabilitacyjnych, rehabilitacji z elementami edukacji, warsztatów psychoedukacyjnych oraz zajęć aktywności fizycznej. Program ma być realizowany w latach 2023–2027, a jego koszt całkowity oszacowano na 27,2 mln PLN.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej 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 2022 r. poz. 2561, 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

Projekt dotyczy wybranych chorób narządu ruchu, w których siedzący tryb pracy lub wykonywanie powtarzalnych, jednostajnych ruchów jest czynnikiem których predysponującym lub nasilającym objawy, m.in. z występującymi stanami zapalnymi stawów kręgosłupa lub obwodowych. W opisie problemu zdrowotnego wskazano kody ICD-10, które obejmuje projekt.

Projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowany został opis problemu zdrowotnego. Nie budzą one zastrzeżeń.

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono informacje z obszaru województwa łódzkiego na temat liczby ludności, liczby osób aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Przytoczono dane z raportu GUS pn. „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.” dotyczące problemu zdrowotnego. Podano, że „średnia liczba osób powyżej 15 roku życia cierpiących z powodu bólów dolnej partii pleców, środkowej partii pleców czy bólów szyi (karku) wynosi 57,6%, w tym w województwie łódzkim 65,5%. Wraz z wiekiem respondentów odsetek ten się powiększa (w przypadku osób z woj. łódzkiego: począwszy od 16,8% wśród osób w wieku 15–29 lat; 46,9% wśród osób w wieku 30–49 lat oraz 91% wśród osób w wieku 50–69 lat)”. Odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych.

### Cele i efekty programu

Jako cel główny zaproponowano „uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu, u co najmniej 70% z 5 590 osób uczestniczących w programie rehabilitacji leczniczej w latach 2023–2027”.

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. Cel główny został sformułowany z uwzględnieniem przytoczonych powyżej kryteriów. W projekcie doprecyzowano termin „poprawa” oraz przedstawiono uzasadnienie dla przyjętego brzmienia celu.

W treści projektu programu polityki zdrowotnej jako cele szczegółowe zaproponowano następujące zapisy:

- (1) „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 70% uczestników”;
- (2) „zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe”;
- (3) „wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 70% uczestników”;
- (4) „wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy u 80% uczestników”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, a 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. Zaproponowane cele szczegółowe odnoszą się do oczekiwanych efektów interwencji. Podano wartości docelowe oraz zdefiniowano grupy, w których mają one zostać osiągnięte. W efekcie zaproponowane cele szczegółowe można uznać za sformułowane prawidłowo.

W treści projektu programu polityki zdrowotnej jako mierniki efektywności interwencji zaproponowano następujące zapisy:

- (1) „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego”;
- (2) „liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych”;
- (3) „liczba osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej”;
- (4) „liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w 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 jego zakończeniu. W szczególności miernik efektywności jest sposobem przeliczenia danych dotyczących faktycznie obserwowanej skuteczności interwencji gromadzonych w ramach monitorowania realizacji programu na wartości liczbowe prezentujące rzeczywistą efektywność, które można odnieść do zadeklarowanych w celach wartości docelowych efektywności.

Zapisy zaproponowane jako mierniki efektywności odnoszą się do występujących w programie zdarzeń lub faktów, które dotyczą uzyskiwanych dzięki interwencjom efektów zdrowotnych. Jest to podejście prawidłowe. Dla każdego z celów szczegółowych przedstawiono przedstawić jeden, dedykowany mu miernik efektywności. Nie przedstawiono miernika efektywności dla celu głównego, co warto jest uzupełnić. Należy także wskazać, że występuje rozbieżność pomiędzy miernikami efektywności a celami – w celach poprawnie wskazano na wartości docelowe w formie odsetków, zaś w miernikach efektywności na liczby osób. W obu przypadkach sugeruje się zastosowanie wartości wyrażonych w odsetkach.

#### Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populację docelową programu stanowią mają mieszkańcy województwa łódzkiego (osoby aktywne zawodowo oraz bezrobotne zarejestrowane) ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego oraz tkanki łącznej. Zaznaczono, że „działania dotyczące rehabilitacji medycznej będą skierowane do pracowników najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych oraz do osób bezrobotnych, które z powodu złego stanu zdrowia mają problem z podjęciem pracy (co wynika z zapisów Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027”)”.

Liczebność populacji docelowej oszacowano na 106 869 osób. Budżet programu ma pozwolić na objęcie interwencjami około 5 590 osób, co stanowi 5,23% populacji docelowej.

Wśród głównych kryteriów kwalifikacji wskazano: status mieszkańca woj. łódzkiego; status osoby pracującej lub osoby bezrobotnej zarejestrowanej; zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w jednej z wymienionych w projekcie kategorii; stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. Wymagane będzie przedstawienie nie starszej niż rok dokumentacji potwierdzającej diagnozę. Wymagana będzie pisemna zgoda uczestnika oraz złożenie oświadczenie potwierdzającego niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ. Dodatkowo zaznaczono, że „ze względu na preferencje przewidziane w pierwszeństwie dostępu do projektów przy rekrutacji należy też uwzględnić wiek 50+ (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału

osób wieku 50+)”. Kryterium wyłączenia z PPZ będzie stanowić korzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, EFS), w tym w innych realizowanych PPZ. Przedstawione w projekcie kryteria włączenia i wyłączenia nie budzą zastrzeżeń.

### Interwencja

W ocenianym projekcie zaplanowano przeprowadzenie szeregu interwencji: działania informacyjno-promocyjne, porady rehabilitacyjne, rehabilitacja z elementami edukacji, warsztaty psychoedukacyjne oraz zajęcia aktywności fizycznej.

#### *Pierwsza porada rehabilitacyjna*

Osoby zakwalifikowane do programu będą miały zapewnioną 2-krotną lekarską poradę rehabilitacyjną (przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu). Kwalifikacja dokonywana będzie na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez uczestnika. Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych leżeć będzie po stronie uczestnika programu. W programie nie przewidziano finansowania uzupełniania badań diagnostycznych.

Pierwsza porada rehabilitacyjna obejmuje wywiad. W zależności od potrzeby mają być wykonane następujące pomiary, m.in.: badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne); pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa, ang. *Visual Analog Scale*); pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii; w tym pomiar WHtR (ang. *waist-to-height ratio*); określenie wskaźnika masy ciała BMI. Etap ten ma obejmować także wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii (Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej) poprzez wypełnienie ankiety przez uczestnika. Dla każdego uczestnika zostaje ustalony Indywidualny Plan Rehabilitacji (IPR).

Zgodnie z treścią PPZ, w ramach tego etapu uczestnik ma wypełnić Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ) oraz test wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy (test wstępny).

Pacjenci z obecnymi tzw. „czerwonymi flagami” będą otrzymywali zalecenia dalszego postępowania poza programem.

#### *Rehabilitacja z elementami edukacji*

Pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta. Program przewiduje 10 dniowy cykl zabiegów (min. 3 dni zabiegowe w tygodniu), w uzasadnionych (względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego) przypadkach, decyzją osoby układającej IPR, cykl zabiegów może zostać wydłużony do maksymalnie 15 dni. Dziennie odbywać może się maksymalnie 5 zabiegów.

Projekt przewiduje, że około 60% zabiegów będzie z zakresu kinezyterapii, 10% to masaże, zaś 30% to zabiegi fizykalne. Realizowane w ramach programu ćwiczenia będą nadzorowane.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali „tyle świadczeń terapeutycznych, ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania”. Zalecenie zostało uwzględnione w projekcie. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010).

W ramach programu zaplanowano także przeprowadzenia działań edukacyjnych. Zgodnie z treścią projektu, edukacja prozdrowotna obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Wskazano, że aspekt edukacyjny będzie stanowił średnio 2 godziny na 1 pacjenta w trakcie lub po zakończeniu

zabiegów rehabilitacyjnych. Podkreślono, że o wyznaczonym czasie edukacji postanowi osoba układająca IPR.

Fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie w domu w trakcie lub po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych. Fizjoterapeuta ma również zadbać o edukację pacjenta w tematyce znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia i korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie.

W projekcie wskazano, że podczas wykonywanych zabiegów fizjoterapeuta omówi z pacjentem główne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia bólów kręgosłupa oraz poinformuje o zasadach ergonomii w życiu codziennym oraz podczas pracy. Przekazane zostaną także zasady ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko pojawienia się/nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych. Ponadto w celu ułatwienia i zachęty w podejmowaniu aktywności fizycznej zakupiony ma zostać dla połowy pacjentów drobny sprzęt jak np. rotory czy piłki. Wnioskodawca odniósł się także do zagadnień edukacji, która ma dotyczyć również przestrzegania zasad ergonomii, m.in: życia codziennego, pracy w pozycji siedzącej, wpływu długotrwałej pracy przy biurku na organizm, pracy fizycznej oraz wpływu długotrwałej pracy fizycznej na organizm.

W większości zaleceń dot. bólów kręgosłupa zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).

Przeważająca część rekomendacji wskazuje, że w bólu ostrym zaleca się uspokojenie pacjenta, edukację, w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej oraz farmakoterapię. Odradza się pozostawanie w łóżku (w wybranych przypadkach 1-2 dni) (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017). W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną, masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).

Zgodnie z zaleceniami, należy promować powrót do pracy lub normalnej, codziennej aktywności osobom z bólami krzyża (NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016, GWG 2012). Klinicyści powinni doradzać pacjentom, aby kontynuowali zwykłą aktywność zgodnie z tolerancją bólu (ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017).

#### *Warsztaty psychoedukacyjne*

Program zakłada również indywidualne wsparcie psychoedukacyjne. Odbędą się dwa indywidualne warsztaty, które będą trwały min. 60 minut. Jedno spotkanie będzie prowadzone przez dietetyka, natomiast drugie przez psychologa w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne. W projekcie odniesiono się do zakresu tematycznego warsztatów.

Pomiar efektów zostanie przeprowadzony z wykorzystaniem pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym.

W kilku odnalezionych rekomendacjach dot. bólu kręgosłupa zaznacza się, że terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi i jest skuteczniejsza od samych ćwiczeń fizycznych w leczeniu bólu krzyża w ciągu 12 miesięcy. Pozwala ona też na szybszy powrót do pracy. Autorzy rekomendacji wskazują na brak dostatecznych dowodów wskazujących na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu bólu krzyża (NASS 2020, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, NICE 2016).

### *Druga porada rehabilitacyjna*

Druga porada rehabilitacyjna odbędzie się po zakończonym cyklu zabiegowym rehabilitacji. Wnioskodawca podkreśla, że powinna ona być prowadzona przez osobę, która odpowiada za planowanie i ocenę postępowania fizjoterapeutycznego. Zaznaczono, że zalecane jest, aby była to osoba przeprowadzająca pierwszą poradę rehabilitacyjną danego pacjenta.

Zgodnie z treścią PPZ, w czasie porady powinny zostać przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie pierwszej porady rehabilitacyjnej, co pozwoli to na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń. W razie potrzeby pacjent zostanie pokierowany do kontynuowania leczenia finansowanego ze środków publicznych. Jeśli uczestnik nie jest kierowany na zajęcia aktywności fizycznej, po wypełnieniu odpowiednich dokumentów (ankieta satysfakcji, kwestionariusz IPAQ, test wiedzy) kończy udział w programie. W projekcie przewiduje się, że dla ok. 50% uczestników, u których nie będzie przeciwwskazań medycznych do kontynuowania zajęć z aktywności fizycznej rekomendowane będą przez fizjoterapeutę sporty i aktywności rekreacyjne.

### *Zajęcia aktywności fizycznej*

W projekcie przewidziano możliwość udziału w zajęciach aktywności fizycznej do 3 miesięcy w celu uzyskania efektywności terapii dla wskazanych uczestników. Wnioskodawca zaznacza, że w ramach programu dofinansowane zostaną zajęcia aktywności fizycznej zgodne ze wskazówkami otrzymanymi przez pacjenta podczas drugiej porady rehabilitacyjnej. Podkreślono także, że pacjent otrzyma zalecenia odnośnie rodzaju, częstotliwości i czasu trwania aktywności.

Zgodnie z rekomendacjami, 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).

### *Wizyta końcowa*

Po zakończonym cyklu aktywności fizycznej uczestnik wypełni odpowiednie dokumenty (ankietę satysfakcji, kwestionariusz IPAQ, test wiedzy), co ma pozwolić na weryfikację przez fizjoterapeutę stopnia osiągniętych efektów. Zaznaczono także, że „podczas końcowej wizyty pacjent wypełniając kwestionariusz IPAQ nie powinien uwzględniać kinezyterapii realizowanej w ramach programu, lecz ograniczyć się do wpisania informacji o aktywności fizycznej wykonywanej poza ćwiczeniami wykonywanymi w ramach kinezyterapii”.

### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie jest procesem gromadzenia danych o realizacji programu i uzyskiwanych efektach. Ewaluacja przeprowadzana jest po zakończeniu programu i odnosi się do stopnia realizacji celów.

Monitorowanie ma być prowadzone na bieżąco, a ewentualne kwestie problemowe stwierdzone w trakcie realizacji projektów, wynikające ze sprawozdawanych danych i analizowane przez zespół odpowiedzialny za wdrażanie programu, będą powodować działania zaradcze. Jest to podejście prawidłowe.

Przewidziano ocenę jakości świadczeń z wykorzystaniem ankiety satysfakcji. Jest to rozwiązanie poprawne.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione. Celem ewaluacji będzie weryfikacja interwencji programu pod kątem skuteczności oraz efektywności świadczonych usług. Jest to podejście prawidłowe.

### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i podejmowanych w nich działań. Są one poprawne.

W projekcie przedstawiono szczegółowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Realizator ma zostać wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

Akcja informacyjna będzie organizowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego oraz realizatorów programu. Wśród planowanych do podjęcia działań w ramach akcji informacyjnej możliwe są działania o charakterze promocyjnym adresowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, w tym m.in. emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, promocja w serwisach internetowych.

W projekcie programu przedstawiono koszty jednostkowe interwencji. Zapisy nie budzą zastrzeżeń. Ceny świadczeń w budżecie są zbliżone do średnich cen rynkowych.

Wskazano, że ewaluacja na poziomie programu zostanie sfinansowana z innych środków niż jego realizacja – środki Pomocy Technicznej FEŁ 2027.

Całkowity koszt programu oszacowano na 27,2 mln PLN.

Program będzie finansowany ze środków ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, budżetu państwa i budżetu województwa łódzkiego.

### **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.

#### 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 ścięgnisto-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 zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2022 poz. 2555 z późn. zm.); 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.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 ww. rozporządzenia 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 na podstawie: art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 2022 poz. 1009 z późn. zm.) , Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. 2019 poz. 277) . 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 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

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:



- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedzin z zakresu 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;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*);
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*);
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009);
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem;
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007);
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania w proces terapeutyczny partnerów/rodziny/opiekunów (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka;
- 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 poprawy 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 z i bez obciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu

z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w tej populacji 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 potrzeba rehabilitacji dotyczy 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 lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacja 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, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia 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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.85.2022 „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” realizowany przez: województwo łódzkie, data ukończenia: luty 2023; aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r.; raportu nr OT.423.3.2019 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa” z lipca 2020 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 26/2023 z dnia 27 lutego 2023 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” współfinansowanego przez UE w ramach EFS.