



**Opinia**  
**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 14/2023 z 3 kwietnia 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotne**  
**pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie**  
**miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.” **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

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

Część zaplanowanych w projekcie interwencji znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z art. 9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.) w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Działania te rozszerzono o edukację zdrowotną.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, które rzutują na jego jakość. Ich skorygowanie jest niezbędne dla utrzymania warunkowo pozytywnej opinii. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione szerzej w dalszej części niniejszej opinii. Szczególnej uwagi wymagają cele i mierniki efektywności, które należy sformułować na nowo. W projekcie należy wskazać narzędzia pomiarowe, jakie zostaną wykorzystane do pomiarów poprzedzających planowanie indywidualnego postępowania rehabilitacyjnego przez fizjoterapeutę. Po naniesieniu zmian w celach i miernikach wskazane jest następcze dostosowanie części projektu opisującego monitorowanie i ewaluację.

Dodatkowo zaleca się weryfikację wartości docelowej podanej w celu głównym. Wskazane jest opracowanie i wdrożenie rozwiązań, które zwiększą efektywność programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej osób z ograniczeniami sprawności, w wieku od 40 do 64 lat. Zaplanowano przeprowadzenie indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań z zakresu edukacji zdrowotnej. Realizacja została zaplanowana na lata

2023–2025. Całkowity koszt oszacowano na 300 000 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Żary.

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 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

Opiniowany projekt dotyczy bardzo rozległego problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacja lecznicza skierowana do osób z ograniczeniami sprawności. Przedstawiono informacje dotyczące najczęściej występujących chorób przewlekłych układu ruchu, chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego.

Oceniany projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do regionalnych i lokalnych danych epidemiologicznych, co jest podejściem prawidłowym. Przytoczono m.in. dane pochodzące od czterech świadczeniodawców działających w powiecie żarskim.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 wskazano m.in., że w województwie lubuskim „we wszystkich formach rehabilitacji łączna 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)”.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych wśród populacji objętej programem, w tym czynnej zawodowo poprzez rehabilitację co najmniej 5% beneficjentów w latach 2023-2025*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny odnosi się do efektów programu i wskazano w nim wartość docelową, co jest podejściem właściwym. Jednocześnie projekt warto uzupełnić o opis metody pomiaru „procesów chorobowych” i kryterium stwierdzenia osiągnięcia u pacjenta minimalnego oczekiwanego „zahamowania lub ograniczenia skutków”. Przykładowo zastosowanie może mieć przeprowadzenie testów funkcjonalnych, w których poprawa będzie wyrażana różnicą pomiędzy pomiarem początkowym i końcowym (pre-test i post-test). Warto także uzupełnić projekt o wyjaśnienie dla przyjęcia wartości docelowej na poziomie 5%, tj. założenia uzyskania minimalnych istotnych klinicznie efektów zdrowotnych jedynie u 1 na 20 pacjentów. Takie założenie sugeruje, że nawet 95% pacjentów (19 z 20) może nie odnieść korzyści z udziału w programie. Wskazaniem byłoby skierowanie interwencji do takiej grupy, w której skuteczność podejmowanych działań byłaby wyższa.

W treści projektu programu zaproponowano następujący cel szczegółowy:

- (1) „*zwiększenie liczby osób w wieku 40-64 lat objętych rehabilitacją*”;
- (2) „*zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów u osób objętych programem*”;
- (3) „*poprawa sprawności i koordynacji ruchowej*”;
- (4) „*osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego*”;

(5) „wzmocnienie zdrowia pracujących”.

Cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, a jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Zapisy zaproponowane jako cele szczegółowe nie zostały sformułowane prawidłowo. Propozycje nie odnoszą się do efektów zdrowotnych, które zostaną uzyskane dzięki przeprowadzeniu planowanych interwencji. Brak jest także wartości docelowych, które mają zostać uzyskane. Projekt wymaga uzupełnienia o poprawnie sformułowane cele szczegółowe, które będą korespondowały z efektami zdrowotnymi wynikającymi z interwencji i dotyczyć będą grup pacjentów nią objętych. Cele szczegółowe mogą przykładowo dotyczyć określonej subpopulacji, tj. jednolitej grupy osób z określonym problemem zdrowotnym, która wymagać będzie podobnego postępowania, a efekty będą mierzone wspólnym narzędziem. W takiej sytuacji w treści celu szczegółowego należy wskazać na narzędzie pomiarowe, grupę docelową oraz odsetek uczestników, których wynik pomiaru (pre-test względem post-test) poprawi się o nie mniej niż przyjęta wartość progowa.

W projekcie zaplanowano pomiar efektywności z użyciem ankiety, w której pacjenci przedstawiają własną ocenę stanu zdrowia, przekonania na temat odniesionych korzyści zdrowotnych, oceny swojej aktywności i sprawności fizycznej oraz odczuwanych dolegliwości bólowych. Jest to podejście akceptowalne jedynie w celu pozyskania informacji o odczuwanych dolegliwości bólowych oraz innych subiektywnych odczuć pacjenta. Tego rodzaju ankieta może wspierać wywiad początkowy, poprzedzających planowanie indywidualnego postępowania rehabilitacyjnego. Powtórzenie ankiety po przeprowadzeniu wszystkich sesji będzie z kolei wskazywało na poziom satysfakcji pacjenta. Wymaga jednak wyraźnego podkreślenia, że informacje te nie mogą zostać uznane za wystarczające do oceny skuteczności rehabilitacji. Niezbędne jest wskazanie w projekcie metod pomiaru sprawności funkcjonalnej, które dokonywane będą przez fizjoterapeutę. Pomiary powinny być wykonywane przed rozpoczęciem sesji terapeutycznych i po ich zakończeniu. Wyniki pomiarów powinny być odnotowywane w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

W treści projektu programu zaproponowano mierniki efektywności interwencji:

- (1) „odsetek beneficjentów programu objętych rehabilitacją”;
- (2) „odsetek wykonanych zabiegów”;
- (3) „odsetek pacjentów deklarujących poprawę sprawności i koordynacji ruchowej”;
- (4) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (różnica wyników między post-testem a pre-testem)”;
- (5) „odsetek pacjentów deklarujących utrzymanie lub zmianę stopnia choroby lub 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 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.

Żaden z zaproponowanych mierników efektywności nie został sformułowany prawidłowo. Projekt wymaga korekty przez prawidłowe sformułowanie mierników efektywności – po jednym dla każdego z celów. Miernik efektywności powinien opisywać sposób przeliczenia danych rzeczywistych gromadzonych w monitorowaniu realizacji programu. Skupiać się powinien na rezultatach działań, które dotyczą poprawy zdrowia pacjentów. Wynik powinien być wyrażony w jednostce zgodnej z jednostką wartości docelowej w celu odpowiadającym miernikowi efektywności. W ewaluacji

programu obliczona wartości miernika efektywności odnoszona jest do wartości docelowej zadeklarowanej w celu.

### Populacja docelowa

Program skierowany jest do osób zamieszkujących na terenie miasta Żary w wieku od 40 do 64 lat. Liczebność populacji, która mogłaby potencjalnie skorzystać z programu oszacowano na 2 613 osoby. Dostępny budżet umożliwi objęcie programem około 176 osób rocznie, co stanowi około 7% populacji docelowej.

W projekcie określono kryteria kwalifikacji i wyłączenia do udziału w programie. Jest to podejście wystarczające. Zalecanym byłoby doprecyzowanie kryteriów dla każdej ze ścieżek pacjenta, tj. z uwzględnieniem dominującego problemu zdrowotnego.

Ogólne kryteria kwalifikacji do programu to: wiek od 40 do 64 lat; zameldowanie na terenie miasta Żary na pobyt czasowy lub stały; skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza specjalisty lub lekarza POZ; pisemną zgodę na udział w programie. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie wskazano także kryteria kliniczne. Z interwencji mogą skorzystać osoby chorujące na choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, cierpiące z powodu urazów układu kostno-stawowego oraz schorzeń obwodowego układu nerwowego. Sugeruje się doprecyzowanie zapisów projektu tak, aby po spełnieniu kryteriów formalnych uczestnictwa dodać wstępną ocenę spełnienia kryteriów klinicznych. Na wstępnym spotkaniu fizjoterapeuta w pierwszej kolejności oceni czy osiągnięcie istotnej poprawy funkcjonalnej u pacjenta dzięki zaplanowanym w programie interwencjom jest osiągalne. Takie podejście powinno pozwolić na osiągnięcie skuteczności interwencji wyższej niż wskazane w celu głównym ocenianego projektu 5% (skuteczność u 1 na 20 pacjentów). Etapy czasochłonne, tj. przeprowadzenie testów funkcjonalnych i opracowanie indywidualnego programu rehabilitacji, powinny być przeprowadzane jedynie u tych osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w określonej ścieżce terapeutycznej.

Z udziału w programie wyłączać będzie brak spełnienia co najmniej jednego kryterium włączenia, a także korzystanie finansowanych ze środków publicznych świadczeń rehabilitacji leczniczej (np. NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu. Zapis warto rozszerzyć o brak możliwości kontynuowania udziału w programie w sytuacji rozpoczęcia korzystania z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych w trakcie uczestnictwa w programie.

### Interwencja

W programie zaplanowano rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, która zostanie uzupełniona o działania edukacyjne.

Dla każdego z uczestników fizjoterapeuta przeprowadzi diagnostykę funkcjonalną, kwalifikację oraz przygotuje indywidualny plan rehabilitacji. Dostępna pula interwencji jest tożsama ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji leczniczej i uwzględnia fizykoterapię, kinezyterapię i masaż. Pacjent jest uprawniony do skorzystania z jednego cyklu terapeutycznego, który obejmuje maksymalnie 10 dni zabiegowych. Jednego dnia wykonanych może być nie więcej niż 5 zabiegów.

Akcja edukacyjna obejmować będzie rolę oraz suplementację 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, a także sposoby radzenia sobie ze stresem. Przeprowadzone zostanie jedno 30-minutowe spotkanie w grupach składających się z maksymalnie 20 osób. Działania edukacyjne prowadzone będą przez fizjoterapeutę. Będą obejmować badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu i post-testu. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

### 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.

W projekcie założono jedynie monitorowanie zgłaszalności. Projekt wymaga uzupełnienia o monitorowanie rezultatów uzyskiwanych u pacjentów.

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 nie zostało uwzględnione i wymaga skorygowania.

Z uwagi na konieczność wprowadzenia zmian w projekcie w zakresie celów i mierników efektywności, niezbędne może okazać się następcze dostosowanie zapisów opisujących monitorowanie i ewaluację.

### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem jest akcja informacyjna. Następnie przeprowadzona zostanie akcja edukacyjna, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego i jego realizacja. Ostatnim etapem będzie przeprowadzenie oceny stanu zdrowia beneficjentów oraz oceny jakości świadczonych usług. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Odniesiono się do warunków realizacji dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wskazano, że jest to obszar regulowany w obowiązującymi przepisami prawa. Dodatkowo wskazano, że realizator musi dysponować lokalem położonym na terenie miasta Żary.

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

Akcja informacyjna będzie prowadzona przez strony internetowe gminy i podmiotu realizującego program, gazety i media lokalne, tablice ogłoszeń, plakaty oraz ulotki. Jest to podejście poprawne, gdyż planowane jest dotarcie z komunikatem do szerokiego grona odbiorców.

Koszt jednostkowy za cykl terapeutyczny został oszacowany na średnio 550 zł (10 dni, 5 zabiegów/dzień). Podano koszty akcji informacyjnej (2000 zł/rok) i akcji promocyjnej (1 200 zł/rok). Wskazano, że monitorowanie i ewaluacja nie będą generowały dodatkowych kosztów w budżecie programu.

Całkowity koszt programu oszacowano na 300 000 zł.

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Żary, dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł m.in. z NFZ – zakładające 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**

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. z 2022 r. 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. z 2022 r. 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 odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu uprząży 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 to czył

#### *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 ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 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.431.6.2023 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”, data ukończenia: marzec 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. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 49/2023 z dnia 27 marca 2023 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”.