



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 20/2023 z dnia 23 maja 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki
na lata 2023-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki na lata 2023-2025”.

Uzasadnienie

Program jest kolejną edycją realizowanego już programu, który był opiniowany przez Agencję. Należy zauważyć, że w opiniowanym obecnie projekcie nie uwzględniono większości uwag z poprzedniej opinii Prezesa AOTMIT z 2019 r.

W punkcie dotyczącym planowanych interwencji nie wskazano m. in. jakie zabiegi fizjoterapeutyczne mają zostać objęte programem, np. kinezyterapia, masaże, fizykoterapia (elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo czy termoterapia).

W odniesieniu do edukacji zdrowotnej, warto byłoby rozważyć prowadzenie szeroko zakrojonych działań, które skłaniałyby mieszkańców do wykonywania odpowiednich regularnych ćwiczeń fizycznych, modyfikacji stylu życia, np. ergonomii pracy i życia codziennego, czy racjonalnego odżywiania.

Na podstawie zdobytych doświadczeń, raportu z realizacji poprzedniej edycji programu oraz uwag zawartych w niniejszej opinii można by ponownie przygotować nowy projekt programu, w którym odniesiono by się do poruszonych kwestii.

Poniżej przedstawiono także najważniejsze uwagi dotyczące konstrukcji i poszczególnych elementów programu, które dodatkowo przemawiają za negatywną opinią:

- Cel główny i cele szczegółowe nie zostały prawidłowo sformułowane oraz nie wskazano wartości docelowych.
- Nie określono poprawnie mierników efektywności, co uniemożliwia przeprowadzenie ewaluacji programu.
- Nie zaplanowano przeprowadzenia wśród uczestników testów określających sprawność funkcjonalną czy jakość życia, przez co obiektywny pomiar stopnia realizacji celów będzie niemożliwy.
- Nie opisano punktu dotyczącego działań edukacyjnych. Nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post-testu pozwalającego na obiektywną ocenę wzrostu poziomu wiedzy.
- Ewaluacja nie została zaprojektowana właściwie, przez co dokonanie oceny efektów po zakończeniu działań może okazać się niewykonalne.
- W budżecie nie uwzględniono kwoty przeznaczonej na pokrycie kosztów akcji informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji programu. Kwota przewidziana na jednego uczestnika wydaje się być nieadekwatna do zaplanowanych interwencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej. Całkowity koszt programu oszacowano na 600 000 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2023-2025.

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. 2022 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

Oceniany projekt odnosi się do problemów zdrowotnych, które prowadzą do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniają lub uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. Przedstawiono definicję rehabilitacji, która stanowi bardzo ważny element efektywnego leczenia m.in. chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów, oraz chorób obwodowego układu nerwowego.

Projekt programu zawiera opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, ogólnopolskiej, regionalnej i lokalnej.

Według danych Eurostatu, w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych tj. osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują.

W badaniu Diagnoza Społeczna 2015, odsetek osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim w 2015 r. wynosił 9,9%.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie dolnośląskim ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju (14. miejsce wśród województw). W województwie dolnośląskim w latach 2014-2018 odnotowano najmniejszą liczbę osób (500) korzystających ze świadczeń fizykoterapii ambulatoryjnej. W Polsce w ramach rehabilitacji stacjonarnej sprawozdanych zostało 6,11 osobodni. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 15 920. Województwo dolnośląskie znajdowało się na trzecim miejscu pod względem największej wartości tego wskaźnika (20 112). Liczba pacjentów rehabilitowanych w ramach NFZ w 2019 r. na jednego fizjoterapeutę zgłoszonego do NFZ na koniec 2019 r. w całej Polsce wynosiła 121, a w województwie dolnośląskim 97.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, przywracanie sprawności wśród mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki”*. Cel główny został sformułowany bardzo ogólnie. Nie sprecyzowano na czym miałyby polegać zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych oraz nie wskazano wartości docelowej do której zamierza się dążyć.

Ponadto do projektu programu nie załączono formularzu oceny stanu zdrowia uczestnika czy przykładowych testów funkcjonalnych, które można by zastosować w ocenie efektywności programu.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „usunięcie procesów chorobowych”,
- 2) „zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby”,
- 3) „usuwanie dolegliwości”,
- 4) „zwalczanie bólu”,
- 5) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”,
- 6) „zwalczanie stanów zapalnych”,
- 7) „rekonwalescencja po zabiegach chirurgicznych lub urazach”,
- 8) „zwiększenie siły mięśniowej”,
- 9) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”,
- 10) „korygowanie wad postawy”,
- 11) „pobudzenie oraz poprawa czynnościowa układu nerwowego, oddechowego i sercowo-naczyniowego”,
- 12) „zapobieganie odleżynom oraz ich leczenie”,
- 13) „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby”.

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.

Cele szczegółowe nr 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 i 10 zostały sformułowane nieprawidłowo - w sposób zbyt ogólny lub w formie działania. Cele nr 11, 12 i 13 składają się z kilku odrębnych założeń. W żadnym z przedstawionych celów nie wskazano wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć. Ponadto nie zaplanowano testów określających sprawność funkcjonalną czy jakość życia, przez co obiektywny pomiar stopnia realizacji celów będzie niemożliwy.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie (ok. 400 osób rocznie)”,
- 2) „liczba wykonanych zabiegów (min. 30 zabiegów dla jednego pacjenta)”,
- 3) „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenie odczuwalnego bólu po leczeniu”,
- 4) „liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Mierniki nr 1 i 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 3 i 4 są wyłącznie miernikami opartymi na opinii uczestników i nie pozwolą na obiektywną ocenę poprawy sprawności pacjentów czy utrzymania stopnia zaawansowania choroby.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Kamieniec Ząbkowicki.

Założono, że jeden pacjent może korzystać z rehabilitacji raz w roku. Przewiduje się, że co roku z zabiegów będzie mogło skorzystać ok. 400 osób.

Kryteria włączenia do programu obejmują: oświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie gminy Kamieniec Ząbkowicki; rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego; kwalifikacja lekarza specjalisty określająca rodzaj i liczbę zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych; pisemna zgoda na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: korzystanie z rehabilitacji przez jednego pacjenta częściej niż jeden raz w roku; korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej refundowanej przez NFZ w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje działania rehabilitacyjne oraz edukacyjne.

Zaplanowano indywidualną rozmowę z lekarzem specjalistą, który określi rodzaj i liczbę zabiegów odpowiednio dostosowanych do schorzenia. Nie przedstawiono informacji na temat planowanych interwencji. Nie wskazano zakresu i rodzaju zabiegów rehabilitacyjnych, które miałyby być realizowane w programie. Wspomniano, że oprócz wstępnego badania lekarskiego planowana jest także edukacja zdrowotna. Badanie lekarskie i edukacja zdrowotna mają stanowić działania kwalifikujące pacjenta do zabiegów, podczas których zostałby ustalony rodzaj terapii. Nie opisano szczegółów związanych z edukacją zdrowotną.

Ponadto w projekcie występuje nieścisłość. Zakres świadczeń na jednego pacjenta ma objąć 10-cio dniowy cykl leczenia rehabilitacyjnego, natomiast w innej części projektu zaznaczono, że liczba wykonanych zabiegów będzie stanowić min. 30 zabiegów dla jednego pacjenta.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać 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 (RACGP 2018, NICE 2020).

Interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.). Z powodu braku opisu interwencji, które miałyby zostać przeprowadzone w programie, weryfikacja czy interwencje te znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie jest możliwa. W projekcie nie przedstawiono sposobu zabezpieczenia przed ewentualnym ryzykiem podwójnego ich finansowania.

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 sprawozdań realizatora w rocznych okresach oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie: „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby 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. Uczestnicy programu będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji PPZ.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie: „*odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej*”, „*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*”.

Drugi wskaźnik odnosi się do poprawy stanu zdrowia przez zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie. Jednak w projekcie programu nie wskazano w jaki sposób ten pomiar miałby zostać przeprowadzony oraz jakie narzędzie pomiarowe planuje się wykorzystać.

Wskaźniki nie oceniają efektywności działań, które miałyby być realizowane w programie.

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 nie zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie ogólnie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

Zakończenie udziału w programie nastąpi po ukończeniu pełnego cyklu rehabilitacyjnego realizowanego w ramach programu. Pacjent otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym, a także zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji, której wyniki będą pomocne przy ewaluacji. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacji realizowanego w programie, pacjent zostanie poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji poza programem. Przerwanie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej podczas której terminy świadczenia usług realizowanych w programie miałyby zostać przekazane pacjentom. Nie podano szczegółów dotyczących organizacji, formy, miejsca oraz czasu trwania akcji informacyjnej.

Całkowity budżet programu oszacowano na 600 000 zł. W kosztach jednostkowych uwzględniono: cenę jednostkową brutto za 10-cio dniowy cykl rehabilitacyjny wraz z kompleksowym badaniem lekarskim i edukacją. Zakres świadczeń na jednego pacjenta ma objąć także: wstępne badanie lekarskie i edukację zdrowotną kwalifikujące pacjenta do zabiegów, sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych zabiegów, prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w programie, sporządzenie sprawozdania z realizacji programu.

Nie oszacowano kosztu działań informacyjnych, kosztów monitorowania i ewaluacji oraz kosztów poszczególnych grup świadczeń rehabilitacyjnych. Ponadto kwota przewidziana na jednego uczestnika wydaje się być nieadekwatna do zaplanowanych interwencji.

Program będzie finansowany z budżetu gminy Kamieniec Żąbkowicki.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

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

Metodami rehabilitacyjnymi są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

Alternatywne świadczenia

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

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

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

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

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

oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. 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

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(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 i/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 partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że fizyczna rehabilitacja jest bardziej efektywna niż podstawowa opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu. Podstawowa opieka obejmowała funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe.
- Celem przeglądu Oosterhuis 2014 było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (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 kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).
- Celem przeglądu Mehrholz 2014 była ocena treningu na bieżni i systemu wsparcia ciężaru ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym. Niepełnosprawność ma wpływ na rozwój jednostki i jakość jej życia, 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.

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, 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. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.14.2023 „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki na lata 2023-2025”, data ukończenia maj 2023, oraz aneksu: „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 95/2023 z dnia 15 maja 2023 roku o projekcie programu „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki na lata 2023-2025”.