



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 36/2023 z dnia 11 sierpnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej
mieszkańców w Gminie Gogolin na lata 2024-2027”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców w Gminie Gogolin na lata 2024-2027”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Niepełnosprawność jest narastającym problemem klinicznym i społecznym, a Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazuje na wzrost chorobowości związanej z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego o ponad 8% do roku 2028.

Zaplanowane interwencje są ukierunkowane na ważny problem zdrowotny, mający odzwierciedlenie w danych epidemiologicznych i są zgodne ze stanowiskami ekspertów klinicznych.

Jednakże, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości i potwierdzenia skuteczności zaplanowanych działań należy przeformułować cel główny, uzasadniając przyjętą wartość docelową, a także zwrócić uwagę, iż wskaźniki odnoszące się do czasu oczekiwania na świadczenie nie oceniają efektywności realizowanych w ramach programu działań, lecz mogą być wykorzystane podczas monitorowania.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Gogolin, skierowany do wszystkich mieszkańców gminy spełniających kryteria włączenia do programu, realizowany w latach 2024-2027. Program ma być finansowany ze środków gminy Gogolin, a całkowity koszt jego realizacji oszacowano na 240 000 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach, wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W opiniowanym PPZ przedstawiono problem przewlekłych chorób układu ruchu, chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów. Wskazano, że zgodnie z definicją WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie, mające na celu m.in. przywrócenie sprawności fizycznej i psychicznej oraz poprawę jakości życia.

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie, regionalne i lokalne. Wskazano m.in., że w 2015 roku liczba osób cierpiących na dolegliwości układu kostno-stawowego i mięśniowego na świecie oszacowana została na ponad 1,3 mld, natomiast w 2014 roku, 59% dorosłych Polaków deklarowało dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe, z czego najczęściej wymienianą dolegliwością były bóle dolnych partii pleców.

W projekcie odwołano się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że w 2019 roku wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego. W odniesieniu do wymienionych schorzeń przewiduje się wzrost wartości chorobowości w 2028 r. o 8,25%. Jednocześnie wskazano, że zgodnie z aktualną MPZ, w województwie opolskim w okresie 2013-2050 liczba osób w wieku ≥ 65 lat zwiększy się o 75%, a osób w wieku ≥ 80 lat o 138,4%.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności u co najmniej 50% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Gogolin w latach 2024-2027.*

Należy zaznaczyć, że cel główny programu powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie, wytyczony w odniesieniu do planowanego czasu, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny jest możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań edukacyjnych oraz rehabilitacyjnych. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla podanej wartości docelowej oraz nie określono co oznacza *poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne*, co wymaga doprecyzowania.

Wskazano również 4 cele szczegółowe:

- (1) *uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 50% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Gogolin w latach 2024-2027,*
- (2) *zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe, rekrutujących się z mieszkańców gminy Gogolin w latach 2024-2027,*
- (3) *wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Gogolin w latach 2024-2027,*
- (4) *wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania u 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Gogolin w latach 2024-2027.*

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele nr 1, 2, 3 są możliwe do realizacji po wykonaniu zaplanowanych w programie działań rehabilitacyjnych, a ocena efektów jest możliwa za pomocą przedstawionych w projekcie testów zgodnych z ICF (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) i zasadami diagnostyki funkcjonalnej. Cel nr 4 odnoszący się do wzrostu wiedzy jest możliwy do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów. Do projektu nie załączono jednak wzoru wymienionych testów, zatem nie było możliwa ich weryfikacja.

W projekcie programu zaproponowano także 4 mierniki efektywności:

- (1) *iloraz liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, w latach 2024-2027 zamieszkujących Gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach,*
- (2) *iloraz liczby osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych, w latach 2024-2027 zamieszkujących Gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach,*
- (3) *odsetek liczby osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej, w latach 2024-2027 zamieszkujących Gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach,*
- (4) *odsetek liczby osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania, w latach 2024-2027 zamieszkujących Gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach.*

Należy podkreślić, że 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 efektywności zostały sformułowane prawidłowo i odnoszą się do poszczególnych celów szczegółowych projektu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowić będą mieszkańcy gminy Gogolin, u których stwierdzono niepełnosprawność oraz osoby o ograniczonej sprawności z powodu urazów, wypadków i stanów nagłych. Tak zdefiniowaną populację docelową szacuje się na około 3 327 osób, a ze względu na ograniczenia przeznaczonego na działania budżetu, objętych interwencją terapeutyczną może być około 105 osób rocznie, tj. 420 osób w całym 4-letnim okresie trwania programu, co stanowi około 12% zakładanej populacji docelowej programu (na dzień 31.12.2022 r. liczba mieszkańców gminy wynosiła 11 882).

Kryterium włączenia do programu będzie skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty o specjalizacji mającej zastosowanie w terapii układu narządu ruchu (od daty wystawiania skierowania do rejestracji w placówce realizującej program nie może minąć więcej niż 30 dni kalendarzowych). Wymagana będzie także pisemna zgoda na udział w programie, zamieszkiwanie na terenie gminy Gogolin, brak stałych lub czasowych przeciwwskazań uniemożliwiających wykonanie świadczeń w ramach programu, oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatniego roku nie uczestniczył w podobnych działaniach, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

Kryterium wyłączenia stanowić będzie brak ww. skierowania na cykl rehabilitacji leczniczej i nie spełnienie innych ww. kryteriów włączenia do programu. Dodatkowo z programu zostaną wyłączone osoby, które w czasie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ, a także osoby, które nie ukończyły cyklu terapeutycznego w ramach programu z powodu dobrowolnej rezygnacji. Kryterium wyłączenia będą również przeciwwskazania medyczne.

Do programu zostaną włączone wszystkie osoby z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano działania rehabilitacyjne oraz edukacyjne.

Działania edukacyjne

Organizowane będą minimum dwa razy w roku i połączone z akcjami prozdrowotnymi w zakresie aktywności ruchowej angażującej szerokie grono uczestników np. podczas pikników, koncertów itp. Ich forma będzie dostosowana do potrzeb uczestników, a także zależeć będzie od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych realizatora. Mogą być to np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje. Treści będą dostarczone za pomocą środków takich jak: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Istnieje również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

Przekazywane treści obejmować będą przede wszystkim temat profilaktyki oraz powikłań chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Istotną częścią spotkań będzie kształtowanie umiejętności w zakresie unikania zachowań sprzyjających urazom, ergonomii pracy i życia codziennego oraz wykonywania prostych ćwiczeń fizycznych. Uczestnicy programu wezmą także udział w dwóch indywidualnych konsultacjach psychodietetycznych, prowadzonych przez dietetyka (1 spotkanie) i psychologa (1 spotkanie w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne). Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji powinny znaleźć się m.in. zagadnienia dotyczące: diety w schorzeniach narządu ruchu, związku pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną, umiejętności radzenia sobie ze stresem i nauki technik relaksacyjnych.

Działania edukacyjne będą skierowane do wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniających kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Możliwy będzie także udział członków rodzin/opiekunów/partnerów osób uczestniczących w programie.

Zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów weryfikujących poziom wiedzy uczestnika ww. działań, a jego przygotowanie i przeprowadzenie należy do realizatora programu. Nie projektu programu nie załączono wzorów tych testów, więc ich weryfikacja była niemożliwa.

Działania rehabilitacyjne

Etapem poprzedzającym rehabilitację będzie badanie kwalifikacyjne wraz ze wstępną oceną stanu zdrowia, przeprowadzane przez fizjoterapeutę. W ramach kwalifikacji uczestnika do programu przeprowadzone zostaną odpowiednie badania diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICFN, pomiary antropometryczne, czy pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS.

Przygotowany zostanie następnie indywidualny plan rehabilitacyjny, określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych na skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Plan obejmie następujące zabiegi fizjoterapeutyczne:

- kinezyterapia (indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi),
- masaże (mechaniczny – przy pomocy urządzeń typu fotele, maty masujące itp.),
- elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza),
- leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości),
- światłolecznictwo i termoterapia (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10-dniowym, do 5 zabiegów dziennie. Wnioskodawca podkreślił, że o ostatecznej ilości powtórzeń oraz o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta – ilość ta nie może jednak przekraczać ww. zaleceń.

Zaplanowano również przeprowadzenie pięciogodzinnego instruktażu w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych. Jego zakres będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

W uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu odpowiedniego skierowania, powyższy instruktaż przeprowadzony zostanie w warunkach wizyty domowej, bezpośrednio dla osoby chorej lub osoby opiekującej się chorym.

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 z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w okresowych i rocznych okresach sprawozdawczych na podstawie liczby zgód na udział w programie. Ponadto zaznaczono, że wskaźniki zostaną wybrane przez realizatora oraz Urząd Miejski w Gogolinie i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in. „liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację”, „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia”, „ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu” itd.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią programu, coroczna oraz końcowa ocena efektywności będzie przeprowadzana przed wprowadzeniem działań w ramach programu i na zakończenie PPZ poprzez analizę wskaźników jak np. „odsetek osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie”, „liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego”, „liczba urazów wśród uczestników programu”, „liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”, „zmiana poziomu wiedzy nt. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa”, „czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczba osób oczekująca krócej niż 3 miesiące”, „średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczba osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała”, „liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)”.

Wskaźniki odnoszące się do czasu oczekiwania nie oceniają efektywności realizowanych w ramach programu działań, mogą być natomiast wykorzystane podczas monitorowania.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone również w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym będą działania organizacyjne: akcja informacyjna oraz rekrutacja uczestników. Następnie przeprowadzone zostaną działania edukacyjne i diagnostyczne: działania edukacyjne, badanie fizjoterapeutyczne kwalifikujące wraz z oceną stanu zdrowia i wydaniem indywidualnego planu rehabilitacji, a także cykl zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnych z indywidualnym planem rehabilitacji oraz konsultacje psychodietetyczne. Na koniec nastąpi podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i finalna ocena stanu zdrowia uczestnika, a także działania kontrolne i sprawozdawcze.

W projekcie programu odniesiono się do warunków dotyczących personelu i wyposażenia oraz warunków lokalowych. Zaznaczono, że pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W projekcie wskazano, że realizator programu zostanie wybrany w oparciu o przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i/lub ustawy o działalności leczniczej.

Akcja informacyjna ma być prowadzona poprzez lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne i pozostałe placówki opieki duszpasterskiej.

W projekcie programu przedstawiono następujące roczne koszty jednostkowe na osobę:

- 100 zł- badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika,
- 600 zł- zabiegi w siedzibie realizatora,
- 200 zł- instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych,
- 300 zł- instruktaż dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej,
- 100 zł- konsultacja dietetyczna,
- 120 zł- konsultacja psychologiczna,
- 100 zł- podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika,
- 3 000 zł- koszty organizacyjne, w tym 1 500 zł (koszty monitoringu i ewaluacji) i 1 500 zł (koszty organizacyjne).

Wskazano, iż w przypadku działań edukacyjnych maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć 1 000 zł za spotkanie – zakładane minimum 2 spotkania, czyli 2 000 zł, a w przypadku kosztów świadczeń fizjoterapeutycznych oraz kosztów sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu i materiałów medycznych zakłada się koszty na poziomie 36 000 zł rocznie.

Planowane koszty całkowite oszacowano na 240 000 zł (60 000 zł rocznie).

Jako źródło finansowania wskazano środki własne gminy Gogolin.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 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

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. 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.

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.

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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla dziedziny 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 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, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*),
- 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*),
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej (NICE 2009, AHRQ 2009),
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski 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 (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe),
- 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 populacji pacjentów po udarze mózgu 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, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

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.431.31.2023 „Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców w Gminie Gogolin na lata 2024-2027”, data ukończenia: sierpień 2023 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 131/2023 z dnia 7 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej mieszkańców w Gminie Gogolin na lata 2024-2027.