



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 45/2023 z dnia 23 sierpnia 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Poprawa jakości zdrowia oraz komfortu życia mieszkańców**  
**Kamieńca Ząbkowickiego na lata 2024-2025”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Poprawa jakości zdrowia oraz komfortu życia mieszkańców Kamieńca Ząbkowickiego na lata 2024-2025”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Założenia przedstawionego projektu programu polityki zdrowotnej wskazują, że może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych i zwiększyć dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców Kamieńca Ząbkowickiego.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kamieniec Ząbkowicki na lata 2023-2025” był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał negatywną opinię (nr 20/2023 z 23 maja 2023 r), a zgłoszone wówczas uwagi w części lub całości (uwzględniono koszty akcji informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu) ujęto w nowej propozycji.

Niemniej jednak, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy ponownie przeanalizować i uwzględnić w opisie projektu uwagi wskazane w poprzedniej opinii, a które tylko częściowo uwzględniono w opiniowanym projekcie programu:

- cel główny wymaga doprecyzowania, wskazania wartości docelowej i jej uzasadnienia;
- część celów szczegółowych wymaga przeformułowania, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części opinii;
- opis mierników efektywności należy uzupełnić tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację;
- program należy uzupełnić o konkretne wskaźniki ewaluacyjne;
- uwzględniona ocenę sprawności funkcjonalnej powinna zostać także przeprowadzona po zakończonej rehabilitacji;
- nie zaplanowano oceny jakości życia za pomocą wystandaryzowanego narzędzia, wskazano jedynie na deklaracje pacjentów w tym zakresie, co wymaga poprawy.

Dodatkowo należy podkreślić, że tytuł projektu programu nie znajduje odzwierciedlenia w jego treści. Nie wskazuje w sposób jednoznaczny, że PPZ dedykowany jest rehabilitacji

lecniczej. Proponuje się powrót do poprzedniego tytułu lub inny adekwatny do treści programu.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Kamieniec Żąbkowice w latach 2024-2025.

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, 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 projekcie programu przedstawiono informacje dotyczące najpowszechniejszych chorób przewlekłych układu ruchu, chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów. Podkreślono, że rehabilitacja lecznicza jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwi wspomaganie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby.

Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie i regionalne. Wskazano na podstawie badania Diagnoza Społeczna 2015, że odsetek osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim w 2015 r. wynosił 9,9%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Kamieniec Żąbkowicki oszacowano, że liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować w granicach 808.

W projekcie nie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026. Zgodnie z ww. dokumentem w województwie dolnośląskim, na terenie którego znajduje się gmina Kamieniec Żąbkowicki, ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju (14. miejsce wśród województw)

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kamieniec Żąbkowicki spowodowanymi przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez świadczenie specjalistycznej rehabilitacji i zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki w okresie 2024-2025”.

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. Zaproponowany cel nie został sformułowany poprawnie z uwagi na brak bezpośredniego odniesienia do efektu zdrowotnego. Nie wskazano także wartości docelowej, do której zamierza się dążyć za pomocą działań zaplanowanych w programie. Powyższe wymaga poprawy.

Wskazano również 14 celów szczegółowych:

- (1) „zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie narządu ruchu”;
- (2) „poprawa wydolności ogólnej organizmu”;
- (3) „zwiększenie wytrzymałości mięśni”;
- (4) „poprawa zakresu ruchu w stawach”;
- (5) „obniżenie napięcia i stresu”;
- (6) „poprawa samopoczucia i ogólnego polepszenia jakości życia”;
- (7) „zwiększenie siły mięśniowej”;
- (8) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”;

- (9) „korygowanie wad postawy”;
- (10) „zwiększenie codziennej aktywności fizycznej”;
- (11) „pobudzenie oraz poprawa czynnościowa układu nerwowego, oddechowego, sercowo-naczyniowego”;
- (12) „zapobieganie odleżynom oraz ich leczenie”;
- (13) „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby”;
- (14) „wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy”.

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, 4, 7, 8 i 10 zostały sformułowane w sposób zbyt ogólny. Cel nr 9 został sformułowany w formie przypominającej działania. Pozostała część celów składa się z kilku odrębnych założeń. Dodatkowo w żadnym z przedstawionych celów nie wskazano wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć.

Dodatkowo w treści programu znajdują się zapisy przypominające cele określone jako „wartości docelowe”, tj:

- (1) „wzrost liczby mieszkańców gminy z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2024-2025”;
- (2) „zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawa czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej dotkniętej problemem urazów, objętej interwencjami w programie w latach 2024- 2025”;
- (3) „zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawy czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej dotkniętej problemem chorób układu ruchu lub chorób obwodowego układu nerwowego, objętej interwencjami w programie w latach 2024-2-25”;
- (4) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2024-2025”.

Założenie nr 1 nie zawiera podanej wartości docelowej, do której należy dążyć. Założenia nr 2 i 3 składają się natomiast z kilku odrębnych założeń, a także w większości powielają cele szczegółowe. Założenie nr 4 dotyczące wzrostu wiedzy byłoby możliwe do osiągnięcia w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. Należy jednak zaznaczyć, że zaplanowano jedynie deklaracyjny pomiar poziomu wiedzy, co uniemożliwi obiektywne stwierdzenie poprawy w tym zakresie.

W projekcie programu zaproponowano także 9 mierników efektywności:

- (1) „liczba osób biorących udział w programie – 400 osób rocznie/800 osób ogółem – monitorowanie na podstawie listy obecności”;
- (2) „liczba osób korzystających z usług rehabilitacyjnych – 400 osób rocznie/800 osób ogółem – monitorowanie na podstawie listy obecności”;
- (3) „liczba wykonanych zabiegów przypadających na 1 osobę w programie (min. 30 zabiegów)”;
- (4) „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności funkcjonalnej sprawności, zmniejszenia odczuwalnego bólu po leczeniu – przewidywany wzrost o 60%”;
- (5) „monitorowanie na podstawie ankiety ewaluacyjnej przed rozpoczęciem i zakończeniem udziału w programie”;
- (6) „liczba osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej – przewidywany wzrost o 50% monitorowanie na podstawie ankiety ewaluacyjnej przed rozpoczęciem i zakończeniem udziału w programie”;

- (7) „liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych – przewidywany wzrost o 50%, monitorowanie na podstawie ankiety ewaluacyjnej przed rozpoczęciem i zakończeniem udziału w programie”;
- (8) „liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. liczby konsultacji lekarskich, sesji edukacyjnych”;
- (9) „liczba osób deklarujących poprawę jakości życia”.

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 nr 1, 2, 3, 5, 8 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik nr 6 odnosi się do celu szczegółowego nr 10 dotyczącego zwiększenia poziomu codziennej aktywności fizycznej. Mierniki nr 4, 7, 9 są wyłącznie miernikami deklaracyjnymi i nie pozwolą na obiektywną ocenę poprawy sprawności pacjentów czy utrzymania stopnia zaawansowania choroby. Ten element programu wymaga poprawy.

#### Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą mieszkańcy gminy Kamieniec Żąbkowicki, którzy potrzebują rehabilitacji. Zaznaczono, że ogólna liczba mieszkańców w gminie Kamieniec Żąbkowicki wynosi 7 595, co jest zbliżone do danych GUS. Wskazano, że z programu będzie mogło skorzystać 800 osób.

Kryteria włączenia do programu obejmują: oświadczenie o zameldowaniu (stałym bądź czasowym) na terenie gminy Kamieniec Żąbkowicki, rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, kwalifikację lekarza specjalisty określającą rodzaj i liczbę zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, pisemną zgodę na uczestnictwo w programie.

W ramach kryteriów wyłączenia wskazano, że z rehabilitacji pacjent może skorzystać raz w roku oraz że wykluczeniu podlegają pacjenci spoza gminy Kamieniec Żąbkowicki.

#### Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie badania kwalifikacyjnego, rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej oraz konsultacji końcowej.

Etapem poprzedzającym rehabilitację będzie badanie kwalifikacyjne wraz ze wstępną oceną stanu zdrowia, które zostanie dokonane przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magistra specjalistę fizjoterapii.

W ramach programu dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych na skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza lub magistra fizjoterapii. Plan obejmie następujące zabiegi fizjoterapeutyczne: kinezyterapia (m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi), elektrolecznictwo (m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoreza), leczenie polem elektromagnetycznym (m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości), masaże (m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny, masaż mechaniczny) oraz termoterapia i krioterapia (m.in. laseroterapia). Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10-dniowym, po ok. 3 zabiegi dziennie, jednak o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację specjalista lekarz/fizjoterapeuta.

Element edukacyjny obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Podkreślono, że fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogłyby być podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych. Wskazano, że sesje edukacyjne uwzględnia aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczność nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz

umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby. Podkreślono także, że jednocześnie program zachęca do podejmowania aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowalnej przez niego.

Ostatnim etapem programu będzie konsultacja końcowa, podczas której przeprowadzona zostanie ocena satysfakcji programu oraz przekazane zostaną zalecenia w zakresie wykonywania rehabilitacji domowej.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

### Monitorowanie i ewaluacja

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 rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu z uwzględnieniem przyjętych mierników oraz narzędzi za pomocą których będą weryfikowane wskaźniki. Dodatkowo proces monitorowania będzie obejmować analizę stopnia osiągnięcia założonego budżetu oraz mierzalnych i weryfikowalnych wskaźników wykonalności programu, monitorowaniu operacyjnym na podstawie bezpośrednich rozmów z pacjentami oraz monitorowaniu poziomu osiągnięcia założonych wskaźników. Przyjęto następujące wskaźniki: „liczba osób biorących udział w programie – 400 osób rocznie/800 osób ogółem – monitorowanie na podstawie listy obecności”, „liczba osób korzystających z usług rehabilitacyjnych – 400 osób rocznie/800 osób ogółem – monitorowanie na podstawie listy obecności”, „liczba wykonanych zabiegów przypadających na 1 osobę w programie (min. 30 zabiegów)” „monitorowanie na podstawie ankiety ewaluacyjnej przed rozpoczęciem i zakończeniem udziału w programie” „liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. liczby konsultacji lekarskich, sesji edukacyjnych”.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Uczestnicy programu będą mieli również możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji programu. Dodatkowo ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu.

Coroczna oraz końcowa ocena efektywności będzie przeprowadzana przed wprowadzeniem działań w ramach programu i na zakończenie PPZ poprzez analizę „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”. Przedstawiony wskaźnik nie ocenia efektywności realizowanych w ramach programu działań, może być natomiast wykorzystany podczas monitorowania. Należy zaznaczyć, że nie przedstawiono konkretnych wskaźników ewaluacyjnych. Wskazano jednak, że ocena efektywności zostanie przeprowadzona na podstawie analizy i porównana stanu pierwotnego z końcowym m.in. w zakresie poszczególnych wskaźników opisanych w punkcie mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Zdecydowana większość wskazanych wskaźników została jednak sformułowana w sposób nieprawidłowy. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie przeprowadzona zostanie kwalifikacja do programu wraz z pierwszą poradą rehabilitacyjną. Kolejnym etapem będzie cykl zabiegów rehabilitacyjnych z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Po przeprowadzeniu rehabilitacji nastąpi konsultacja końcowa. Ostatnim etapem będą ewaluacja i przygotowanie raportu końcowego z programu.

W projekcie programu ogólnie odniesiono się do warunków dotyczących personelu i wyposażenia oraz warunków lokalowych.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Zaplanowano akcję informacyjną. Wskazano, że w jej ramach zostaną wydrukowane ulotki, plakaty i broszury o programie. Jednak nie podano szczegółowych informacji dotyczących organizacji, formy, miejsca oraz czasu trwania akcji informacyjnej.

Określono koszt jednostkowy i koszty całkowite przeznaczone na realizację programu. Średni koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika programu oszacowano na 750 zł, a całkowity koszt programu to 600 000 zł.

Program ma być finansowany z budżetu gminy Kamieniec Ząbkowicki.

### **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 rehabilitacja lecznicza 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 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 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.**

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **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.431.42.2023 „Poprawa jakości zdrowia oraz komfortu życia mieszkańców Kamieńca Żąbkowickiego na lata 2024-2025” realizowany przez Gminę Kamieniec Żąbkowicki; data ukończenia: sierpień 2023, Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r.. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 144/2023 z dnia 21 sierpnia 2023 roku o projekcie programu „Poprawa jakości zdrowia oraz komfortu życia mieszkańców Kamieńca Żąbkowickiego na lata 2024-2025”.