



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 65/2023 z dnia 23 października 2023 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej**  
**mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”, 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 gminy Cieszyn. Zaplanowane interwencje mają 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 uzasadnić przyjęte wartości docelowe dla celu głównego i szczegółowego, w precyzyjny sposób opisać i zaplanować akcję informacyjną oraz zwrócić uwagę, iż jeden z zaproponowanych wskaźników nie ocenia efektywności realizowanych w ramach programu działań.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. 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 Cieszyn na lata 2025-2029, skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Cieszyn, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazem lub chorobą obwodowego układu nerwowego. Program ma być finansowany ze środków gminy Cieszyn, a całkowity koszt jego realizacji oszacowano na 500 000 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 w sposób szczegółowy przedstawiono problem zdrowotny obejmujący rehabilitację leczniczą osób z ograniczeniami sprawności. Wskazano metody rehabilitacji, mające zastosowanie w chorobach przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego oraz mięśniowego, urazach oraz chorobach obwodowego układu nerwowego.

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

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając m.in. dane światowe, ogólnopolskie, regionalne i lokalne. Wskazano, że w 2022 roku wśród dorosłych mieszkańców Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych rozpoznano ponad 11,4 tys. przypadków chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, wśród których najczęściej pojawiały się bóle grzbietu (16,1% ogółu rozpoznań), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych (7,1%). Wskazano ponadto, że w roku 2022 wśród dorosłych mieszkańców Cieszyna, korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych rozpoznano 3,4 tys. przypadków chorób układu nerwowego (4,1% ogółu rozpoznań), wśród których najczęściej wskazywano na zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (30,6% ogółu rozpoznań w tej grupie), ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych (10,4%), migrenę oraz inne zespoły bólu głowy (łącznie 8,9%).

W projekcie odniesiono się do nieaktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla województwa śląskiego. Aktualna Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 dla woj. śląskiego wskazuje m. in., że jedną z głównych przyczyn niesprawności obok cukrzycy jest ból dolnego odcinka kręgosłupa, a w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa śląskiego wskazano m.in. na poprawę dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2029.*

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 rehabilitacyjnych. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Wskazano również 1 cel szczegółowy:

- (1) *uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu u co najmniej 60% uczestników programu.*

Wymieniony cel jest możliwy do osiągnięcia przy uwzględnieniu zaplanowanych działań edukacyjnych. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. W projekcie programu zaplanowano pomiar wzrostu wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów. Jednakże, załączono wzorów wymienionych testów, w związku z tym nie było możliwe zweryfikowanie ich treści.

Należy zaznaczyć, iż 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.

W projekcie programu zaproponowano także 2 mierniki efektywności:

- (1) *odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%),*
- (2) *odsetek uczestników programu, u których w post-tescie po zajęciach edukacji zdrowotnej odnotowano wysoki poziom wiedzy (odsetek post-testów z min. 80% poprawnych odpowiedzi względem wszystkich wypełnionych pre-testów).*

Mierniki efektywności powinny umożliwić 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 zaprojektowane w sposób prawidłowy. Dodatkowo do projektu załączono wzór karty oceny skuteczności działań realizowanych w ramach programu. Nie budzi zastrzeżeń.

#### Populacja docelowa

Populację docelową stanowią będą dorośli mieszkańcy gminy Cieszyn, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazem lub chorobą obwodowego układu nerwowego. Liczbę dorosłych mieszkańców gminy oszacowano na ok. 27,6 tys. osób, a przedstawione informacje są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS.

Wskazano, że ze względu na ograniczenia finansowe budżetu gminy, program obejmie ok. 150 dorosłych mieszkańców rocznie, tj. 750 osób w czasie trwania pięcioletniego programu.

Kryteria włączenia do programu to zamieszkiwanie na terenie gminy Cieszyn (na podstawie oświadczenia uczestnika), rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty.

Kryterium wyłączenia z programu stanowić będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Cieszyn, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (na podstawie oświadczenia uczestnika).

W projekcie opisano sposób zakończenia udziału w programie. Dojdzie do niego w przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego realizowanego w ramach programu, po czym pacjent otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania, a także zostanie poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji, której wyniki będą wykorzystane przy ewaluacji programu. W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacji realizowanego w ramach programu pacjent zostanie poinformowany o skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie oraz o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. Podkreślono także, że dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta.

#### Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

##### *Indywidualny plan rehabilitacyjny*

Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10- dniowym, średnio po 4 zabiegi dziennie.

Dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu od lekarza POZ/lekarza specjalisty lub przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu.

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, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające), masaże (klasyczny – częściowy, limfatyczny ręczny – leczniczy, limfatyczny mechaniczny – leczniczy), elektrolecznictwo (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza), leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości) oraz światłolecznictwo i termoterapia (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa).

#### *Działania edukacyjne*

Edukacja zdrowotna obejmować będzie rolę diety oraz suplementacji 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, sposoby radzenia sobie ze stresem). Przeprowadzone zostanie jedno 45-minutowe spotkanie w grupach maksymalnie 20-osobowych. Spotkanie będzie prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę.

W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre- testu przed prelekcją oraz post- testu po prelekcji uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych.

#### 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 w oparciu o kwartalne, roczne i końcowe sprawozdanie realizatora. Analizie poddana „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”.

Zgodnie z treścią programu, coroczna oraz końcowa ocena efektywności będzie przeprowadzana poprzez analizę: „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”. Należy zaznaczyć, że pierwszy z wymienionych wskaźników nie ocenia efektywności realizowanych w ramach programu działań, może zostać natomiast wykorzystany podczas działań monitorujących.

Oceny jakości świadczeń będzie przeprowadzona za pomocą ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety. Nie budzi zastrzeżeń. Uczestnicy programu będą mieli również możliwość zgłaszania pisemnych uwag dotyczących realizacji programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano indywidualne plany rehabilitacji, edukację zdrowotną i analizę kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności. Kolejnymi etapami jest ewaluacja oraz przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu.

W projekcie programu odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zaznaczono, że koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Cieszynie.

Akcja informacyjna ma być prowadzona poprzez portal miasta, lokalne portale internetowe, media społecznościowe, prasę lokalną, tablice reklamowe, lokalne radio i inne dostępne kanały. Realizatorzy będą odpowiedzialni za przekazywanie informacji za pomocą np. strony internetowej, mediów społecznościowych i tablic ogłoszeniowych. Akcja informacyjna ma być również skierowana do lekarzy POZ.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W treści projektu wskazano zarówno koszty jednostkowe jak i koszty całkowite przeznaczone na realizację programu. W kosztach jednostkowych wskazano: 630 zł/os – koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (600 zł) oraz działań edukacyjnych (30 zł), 5 000 zł – koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych), 500 zł – koszt monitorowania i ewaluacji.

Całkowity budżet programu oszacowano na 500 000 zł (100 000 zł/ rok). Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych gminy Cieszyn.

Zaznaczono, że gmina będzie realizowała program pod warunkiem uzyskania dofinansowania 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.

Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami ustawy „Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej:

1. 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.,
2. 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1”.

## **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.

### 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 ścięgnisto-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.**

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.431.62.2023 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”, data ukończenia: październik 2023 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 171/2023 z dnia 16 października 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025- 2029” realizowanym przez: Gminę Cieszyn.