



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 71/2023 z dnia 13 listopada 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno
w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program jest uzupełnioną wersją projektu programu pn. „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”, który został negatywnie zaopiniowany przez Agencję. Należy zauważyć, że w opiniowanym obecnie projekcie uwzględniono większość uwag zawartych w poprzedniej opinii Prezesa AOTMIT nr 42/2023 z dn. 16 sierpnia 2023 r.

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Niezbędne jednak jest uszczegółowienie opisu realizacji planowanych interwencji. 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. Ponadto należy użyć odpowiednich formularzy i skal do zaplanowanej oceny sprawności funkcjonalnej oraz jakości życia uczestników, a także zaplanować przeprowadzenie pre- i post-testów pozwalających na obiektywną ocenę wzrostu poziomu wiedzy.

W części odnoszącej się do budżetu należy uzupełnić opis o informację na temat całkowitego kosztu programu oraz uwzględnić koszty poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych, które mają być objęte programem, tj. kinezyterapia, masaże, fizykoterapia (elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo, termoterapia).

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 programie nie powielały świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W programie należy uzupełnić opis działań, które będą zabezpieczać przed ryzykiem podwójnego finansowania.

Jednocześnie, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga przeformułowania i wskazania uzasadnienia dla wartości docelowej.
- Część celów szczegółowych wymaga przeformułowania oraz wskazania wartości docelowych, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części opinii.

- Opis mierników efektywności należy uzupełnić tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- Sposób oszacowania wielkości populacji docelowej wymaga opisanie w projekcie programu.
- Należy przedstawić opis planowanej akcji informacyjnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej. Okres realizacji programu obejmuje lata 2023-2027.

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 postępowanie w zakresie 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.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie łódzkim ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało 232,5 tys. pacjentów (tj. 9472 pacjentów/100 tys. ludności, 6. miejsce w kraju, +9% w stosunku do średniej dla Polski). Ponad 41% pacjentów miało udzielone świadczenia w mieście Łodzi. Liczba ośrodków rehabilitacji medycznej (uwzględniając wszystkie rodzaje świadczeń)/100 tys. mieszkańców wyniosła 8,15, co uplasowało województwo na 8 miejscu w rankingu (-3% w stosunku do Polski). Głównymi rozpoznaniami w rehabilitacji medycznej były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (76,7%) oraz choroby układu nerwowego (16,1%). Choroby układu krążenia stanowiły przyczynę rehabilitacji dla 2,4% ogółu rehabilitowanych pacjentów (w ramach tej grupy chorób najczęstszą przyczyną rehabilitacji były udary: 52,7%).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zakłada się, iż realizacja kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych na terenie Gminy Sławno umożliwi powrót do sprawności co najmniej 10 % uczestników projektu w obszarach, u których wykryto zaburzenia funkcjonowania”*.

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

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo. Określenie „powrót do sprawności” jest bardzo ogólnym sformułowaniem, co utrudnia dobór mierników efektywności. Nie sprecyzowano na czym miałyby polegać zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych oraz nie wskazano uzasadnienia dla wartości docelowej do której zamierza się dążyć.

Ponadto do projektu programu nie załączono formularza oceny stanu zdrowia uczestnika czy innych przykładowych narzędzi i skal, które można by zastosować w ocenie efektywności programu.

Proponuje się przeformułowanie celu na np. „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej ...% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Sławno w latach 2023-2027”.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych, wśród co najmniej 10% uczestników projektu”,
- 2) „wzrost motywacji do utrzymywania wyuczonych w trakcie programu zachowań”,
- 3) „poprawa kontroli wybranych czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego (aktywność fizyczna, masa ciała)”,
- 4) „wzrost samodzielności ruchowej”
- 5) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki urazów oraz chorób układu ruchu”.

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.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych i wydaje się możliwy do osiągnięcia poprzez realizację przewidzianych w projekcie działań rehabilitacyjnych. Skala VAS umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co pozwoli na ocenę efektywności działań.

Cel szczegółowy nr 2 dot. wzrostu motywacji jest niemierzalny. Cele szczegółowe nr 3 i 4 zostały sformułowane nieprawidłowo. Należy zaplanować wykorzystanie obiektywnych narzędzi i skal pozwalających na ocenę poprawy wymienionych parametrów.

Cel szczegółowy nr 5 dotyczy zwiększenia poziomu wiedzy uczestników programu. Wzrost wiedzy byłby możliwy w związku z działaniami edukacyjnymi, a pomiar tego wzrostu za pomocą pre- i post-testów, jednakże nie zostały one uwzględnione w projekcie. Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, np. uzyskanie min. 75% poprawnych odpowiedzi w pre-teście, oraz zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników, np. o 30%.

W większości z przedstawionych celów nie wskazano wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć, co należy uzupełnić.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami”,
- 2) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”.

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.

Miernik nr 1 dotyczy zmniejszenia dolegliwości bólowych i odnosi się do celu szczegółowego nr 1. Miernik nr 2 dotyczy wzrostu poziomu wiedzy i odnosi się do celu szczegółowego nr 5. Należy również zaproponować mierniki odnoszące się do pozostałych celów szczegółowych i celu głównego, np. „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”.

Reasumując, cel główny i cele szczegółowe wymagają przeformułowania i doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami. Punkt dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy Gminy Sławno z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego.

Przewiduje się, że co roku z zabiegów będzie mogło skorzystać ok. 500 osób. Nie odniesiono się do sposobu oszacowania liczebności populacji zaplanowanej do objęcia programem.

Kryteria włączenia do programu obejmują: zamieszkiwanie w Gminie Sławno; posiadanie skierowania na zabiegi rehabilitacyjne wydane przez lekarza POZ, lekarza specjalistę lub fizjoterapeutę określające rodzaj i liczbę zaplanowanych zabiegów; stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: brak stosownego skierowania za zabiegi rehabilitacyjne; brak meldunku na terenie Gminy Sławno; wcześniejsze skorzystanie ze wskazanych świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (PFRON, ZUS, KRUS, NFZ).

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Dla każdego uczestnika zostanie zaplanowany przez specjalistę indywidualny plan rehabilitacji, na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą. W ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi będzie przysługiwać nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym. Plan obejmie następujące zabiegi fizjoterapeutyczne: kinezyterapia (ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem; ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem; ćwiczenia izometryczne; ćwiczenia wspomagane; inne formy usprawnienia; wyciągi; naukę czynności lokomocji), masaże (masaż mechaniczny; masaż ręczny suchy; masaż limfatyczny), elektrolecznictwo (galwanizacja; jonoforeza; elektrostymulacja; prądy diadynamiczne; prądy interferencyjne; prądy TENS; prądy Treaberta; prądy Kotza; ultradźwięki miejscowe; ultrafonoforeza), leczenie polem elektromagnetycznym (impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości) oraz światłolecznictwo i termoterapia (naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym (miejscowe); laseroterapia punktowa; krioterapia miejscowa).

Uczestnicy programu zostaną objęci działaniami edukacyjnymi z zakresu aktywności fizycznej, prawidłowego żywienia, zapobiegania wypadkom i urazom, radzenia sobie ze stresem.

Zaplanowane interwencje fizjoterapeutyczne 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.). Tym samym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co może wymagać podjęcia działań umożliwiających współpracę z NFZ w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości.

Podsumowując, działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Opis interwencji wymaga uzupełnienia - szczegółowego przedstawienia informacji dotyczących ich realizacji. Należy również określić szczegółowo formę i ilość spotkań podczas działań edukacyjnych oraz kwalifikacje osób przeprowadzających edukację, np. lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, dietetyk, specjalista ds. zdrowia publicznego.

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 częściowych oraz rocznych sprawozdań na podstawie: „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Dodatkowo uwzględniona zostanie „liczba pacjentów skierowanych do udziału w rehabilitacji” oraz „liczba wykonanych zabiegów”.

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 programu.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie: „odsetka osób, u których doszło do poprawy zdrowia w obszarach w których wykryto zaburzenia funkcjonalne” oraz „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”.

Wskaźniki odnoszą się do poprawy stanu zdrowia oraz zwiększenia poziomu wiedzy w związku z udziałem w programie. Jednak w projekcie programu nie wskazano w jaki sposób ten pomiar miałby zostać przeprowadzony oraz jakie narzędzia pomiarowe planuje się wykorzystać, co należy uzupełnić.

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 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 programie. Pacjent otrzyma informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym i zostanie zaproszony do wypełnienia ankiety satysfakcji. 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 na rynku publicznym.

Nie odniesiono się do akcji informacyjnej. Nie podano szczegółów dotyczących organizacji, formy, miejsca oraz czasu trwania akcji informacyjnej.

Planowane wydatki oszacowano na poziomie 374 400 zł rocznie. Koszty jednostkowe obejmują: koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego, w tym koszt zabiegów rehabilitacyjnych oraz działań edukacyjnych; koszty akcji informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Nie oszacowano kosztów całkowitych programu oraz kosztów poszczególnych grup świadczeń rehabilitacyjnych, co wymaga uzupełnienia. Mając na uwadze zbliżający się koniec 2023 roku, planowane rozpoczęcie realizacji programu w 2023 r. wydaje się trudne do osiągnięcia. Należy więc uwzględnić, że wykorzystanie takiej samej kwoty całkowitej w kończącym się roku, jak podczas realizacji programu w trakcie pełnego roku jest wątpliwe.

Program będzie finansowany z budżetu gminy Sławno.

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 ścięgnisto-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 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 poprawie: 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 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 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 skojarzeniu, 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 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.

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. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.68.2023 „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027”, data ukończenia październik 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 180/2023 z dnia 6 listopada 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Sławno w zakresie rehabilitacji leczniczej na lata 2023-2027” realizowany przez Gminę Sławno”.