



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 86/2024 z dnia 4 grudnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii
i fizjoterapii na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany program, dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące uzasadnienia wartości docelowej w celu głównym oraz celach szczegółowych; uwzględnienia w projekcie wzoru testów wiedzy oraz doprecyzowania zapisów w zakresie wskaźników dotyczących monitorowania i ewaluacji.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Stopnica. Program jest skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Stopnica ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych, posiadający skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. W ramach programu zaplanowano realizację konsultacji fizjoterapeutycznych, cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacji psychodietetycznych oraz działań edukacyjnych. Program ma być realizowany w latach 2025-2027, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 446 400 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 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

W opiniowanym dokumencie przedstawiono informacje dotyczące jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego. W ramach opisu problemu zdrowotnego wymieniono i opisano problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności oraz przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka. Wśród wymienionych grup schorzeń wskazano: chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego, artropatie, układowe choroby tkanki łącznej, choroby kręgosłupa szyjnych, inne choroby kręgosłupa międzykręgowego oraz choroby tkanek miękkich.

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

Powołując się na dane WHO wskazano, że „liczba osób cierpiących na dolegliwości pochodzące ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2015 roku na całym świecie przekraczała 1,3 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów”. Odniesiono się do danych lokalnych pochodzących z Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego w Stopnicy, dotyczących ilości i rodzajów udzielanych świadczeń. W latach 2022-2024 wykonano odpowiednio: 27 052 zabiegów w roku 2022, 31 299 zabiegów w roku 2023 oraz 14 728 zabiegów I półrocza 2024 roku. Liczba pacjentów wynosiła odpowiednio: 863 pacjentów w 2022 roku, 1103 pacjentów w 2023 roku oraz 673 pacjentów w I półrocza 2024 roku.

Powołując się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazano, że w woj. świętokrzyskim, na terenie którego znajduje się gmina Stopnica „na 102 gminy brak jest zabezpieczenia świadczeń w 13 gminach takich jak: Bliżyn, Czarnocin, Imielno, Kije, Kluczewsko, Łączna, Mirzec, Moskorzew, Opatowiec, Stopnica, Wąchock, Wojciechowice, Zawichost.”. Z kolei wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa wskazano m.in. że „w przypadku świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej istotne jest, aby dostęp do zabiegów był jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta dlatego rekomendowane jest wyrównanie dostępu na obszarze województwa”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2027”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Zaproponowana skala VAS to narzędzie używane do subiektywnej oceny natężenia bólu, przez co umożliwi monitorowanie i ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co z kolei pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Jednak nie zawsze zmniejszenie wartości wiąże się z odczuciem pacjenta. Za zasadne uważa się wskazanie, że celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm), co zostało ujęte w odpowiadającym celowi mierniku efektywności. Ponadto należy zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 4 cele szczegółowe:

- 1) „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 50% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027”,

- 2) „zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe, rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027”,
- 3) „wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027”,
- 4) „wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania u 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 wydają się możliwe do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami rehabilitacyjnymi. Należy także zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Warto również podkreślić, że cel nr 2 częściowo stanowi powielenie założenia głównego. Cel szczegółowy nr 3 również wydaje się możliwy do osiągnięcia. Należy podkreślić, że w projekcie zaplanowano przeprowadzenie jednego z rekomendowanych narzędzi służących do pomiaru aktywności fizycznej tj. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). Cel szczegółowy nr 4 także wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Przed przystąpieniem do działań edukacyjnych, uczestnik programu wypełniać będzie pre-test, a po zakończeniu udziału w programie będzie zobowiązany do wypełnienia post-testu. Należy jednak wskazać, że nie załączono wzoru ww. testu, w związku z czym niemożliwa była weryfikacja jego treści. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Warto również wskazać, że w odniesieniu do celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano 5 mierników 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) - celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm)”,
- 2) „iloraz liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach”,
- 3) „iloraz liczby osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach”,
- 4) „odsetek liczby osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach”,
- 5) „odsetek liczby osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Jak wskazano „wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu”.

Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dorosłych mieszkańców gminy Stopnica ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych, posiadających skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Powołując się na dane Urzędu Gminy Kostomłoty wskazano, że liczba mieszkańców gminy wynosi ok. 7 115 osób, z czego bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na poziomie ok. 2 700 w ramach całego programu. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. W treści projektu wskazano, że w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, do programu zostanie włączonych corocznie ok. 200 osób, tj. 600 osób w całym 3-letnim okresie trwania programu. Stanowi to około 22% zakładanej populacji mieszkańców gminy Stopnica, wskazanej jako populacja docelowa programu.

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wizyty fizjoterapeutyczne, cykl zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacje psychodietetyczne oraz działania edukacyjne.

Zgodnie z treścią programu, przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje podstawy do wykluczenia z programu.

Działania edukacyjne

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych. W ramach edukacji zostaną poruszone tematy ryzyka i korzyści wynikających m.in. ze zmiany nawyków żywieniowych i behawioralnych. Zgodnie z treścią PPZ, edukator powinien przekazać informacje na temat leczenia schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, które obejmuje postępowanie niefarmakologiczne. Tematyka edukacji będzie obejmować także skuteczność wcześniej podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych.

Edukacja zgodnie z opisem programu powinna odbyć się w częstotliwości minimum 2 razy w roku. Działania edukacyjne będą skierowane również do rodzin/opiekunów/partnerów osób kwalifikujących się do programu celem uświadomienia ich kluczowej roli w procesie terapeutycznym. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu będzie zależał od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych realizatora.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu będzie leżało po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części programu dotyczącej organizacji. Podkreślono, że test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Należy jednak wskazać, że nie załączono wzoru ww. testu, w związku z czym niemożliwa była weryfikacja jego treści.

Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika

Zaplanowano wizytę uczestnika w siedzibie realizatora wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez fizjoterapeutę i wypełnieniem formularza uwzględniającego aktualny stan zdrowia oraz historię chorób współistniejących występujących u uczestnika. Formularz został załączony do programu i nie budzi zastrzeżeń.

Następnie przeprowadzona będzie ocena i opis stanu funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii. Po czym fizjoterapeuta będzie podejmował decyzję o udziale uczestnika w programie oraz zaplanuje postępowanie fizjoterapeutyczne w postaci indywidualnego planu rehabilitacji (IPF) wraz z wyznaczeniem terminu rozpoczęcia tego cyklu. Badania kwalifikacyjne zostaną wykonane w populacji

mieszkańców gminy, którzy zgłoszą się do siedziby realizatora z odpowiednim skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Wskazano, że przy okazji badania fizjoterapeutycznego związanego z diagnostyką wstępną i wywiadem, personel biorący udział w programie przeprowadzi działania z zakresu promocji zdrowia. Należy jednak doprecyzować, na czym miałyby polegać ww. działania.

Wizyta kwalifikacyjna będzie rozpoczynała się konsultacją (w celu wykluczenia przeciwwskazań), oceną stanu zdrowia uczestnika i zakwalifikowaniem go do indywidualnego cyklu terapeutycznego. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w programie. Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta. Zgodnie z założeniem programu, każdy świadczeniobiorca po zakończeniu procesu kwalifikacji powinien otrzymać informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej. Zaznaczono, że w treści dokumentów należy wyraźnie wskazać, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy. Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z informacją zawartą w opisie programu, osoby, u których brak będzie wskazań do cyklu fizjoterapeutycznego, zakończą udział w programie.

Cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składający się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez fizjoterapeutę. W projekcie podkreślono, że o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację, ale nie może przekraczać w zaleceniach w/w ilości. Zgodnie z opisem programu, każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do dwóch serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz świeże udary mózgu jak i usprawnianie po wszczepieniu endoprotez kończyn oraz u kobiet po mastektomii (zabiegi tylko z zakresu kinezyterapii) ilości zabiegów będą rozpatrywane indywidualnie, w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych realizatora. Wszystkie osoby zakwalifikowane do programu będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych. Wskazano, że fizjoterapeuta przedstawi uczestnikowi programu także przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie w domu w trakcie lub po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

W projekcie przedstawiono przykładowe zabiegi, które będzie obejmować interwencja terapeutyczna, tj.: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia oraz laseroterapia.

W przypadku osób unieruchomionych, niemających możliwości dojazdu do gabinetu, realizator będzie oferował pięciogodzinny instruktaż dla osoby opiekującej się chorym. Zakres szkolenia będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

Konsultacje psychodietetyczne

W projekcie PPZ wskazano, że uczestnik programu weźmie udział w dwóch indywidualnych konsultacjach psychodietetycznych (każde spotkanie trwające około 60 minut). Konsultacje psychodietetyczne prowadzone będą przez: dietetyka (1 spotkanie) oraz psychologa (1 spotkanie prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne). Każdorazowo zakres tematów będzie ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb (preferencji) zgłaszanych przez uczestników warsztatów podczas ich trwania. Podkreślono, że realizator programu będzie określał sposób, w jaki uczestnicy będą przydzielani do poszczególnych grup warsztatowych. Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji wskazano m.in. zagadnienia dotyczące: diety w schorzeniach narządu ruchu, psychospołecznych i organizacyjnych czynników związanych z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego, rozwoju umiejętności psychospołecznych, związku pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną, pojęcie i zjawisko stresu i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne.

Podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika

Zgodnie z projektem programu po zakończeniu cyklu terapeutycznego wykonana zostanie przez fizjoterapeutę końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego uczestnika programu, która zostanie dołączona do dokumentacji medycznej. Podkreślono, że analiza odbędzie się poprzez odpowiednie narzędzia tj. kwestionariusze lub ankiety przeznaczone do ww. pomiarów, konkretne testy i narzędzia będą stosowane przez fizjoterapeutę w odniesieniu do każdego uczestnika programu indywidualnie, w zależności od narządu objętego zmianami chorobowymi i poddanego rehabilitacji, a także od wielu innych osobniczych zmiennych, np. wieku, stanu funkcjonalnego, wcześniejszych deficytów zdrowotnych, obecnej kondycji i wydolności pacjenta. W czasie porady zostaną przeprowadzone dokładnie te same wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie pierwszej porady kwalifikacyjnej, co pozwoli na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń.

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 programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie analizy raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu. Jak wskazano wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej będą wybrane przez realizatora oraz Urząd Miasta i Gminy Stopnica i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Jako przykładowe wskaźniki w PPZ wskazano: „liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację”, „procentowa liczba osób niezakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców, w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu”, „liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie vs liczba osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców”, „liczba osób, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne w ramach programu”, „liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji”, „liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań medycznych”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym”, „liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji”, „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia”, „czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczba osób oczekująca krócej niż 3 miesiące”, „średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych”, „ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu”. Warto zaznaczyć, że jeden z przedstawionych wskaźników tj. „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia” odnosi się bardziej do ewaluacji. Natomiast pozostałe wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Podkreślono również, że ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie rehabilitacji/fizjoterapii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Wskazano także na analizę uwag zgłaszanych przez uczestników dotyczących realizacji program.

Ocena efektywności programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Przedstawiono przykładowe wskaźniki do zastosowania tj. „liczba osób z dolegliwościami bólowymi”, „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”, „liczba osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała”, „liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)”. Należy podkreślić, że część z przedstawionych wskaźników odnosi się bardziej do monitorowania, tj. m.in. „liczba osób z dolegliwościami bólowymi”, „liczba urazów wśród uczestników programu”, „liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu, co należy uzupełnić.

W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych realizującego program.

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

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty informacji i promocji oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 446 400 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Stopnica.

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.

Światowe Badanie Zdrowia (ang. World Health Survey) wskazało, że około 785 milionów (15,6%) osób w wieku ≥ 15 lat żyje z niepełnosprawnością, a spośród tych osób – 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu.

Rehabilitacja zmierza do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej poprzez działania organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, techniczne, szkoleniowe i społeczne.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).

- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami nacelowanymi na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013)

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innym ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznaną.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi

interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.

- Wyniki przeglądów systematycznych wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin- Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni) $-4,46$ [95%CI: $(-5,95; -2,98)$], średnim (5 miesięcy) $-2,71$ [95%CI: $(-4,63; -0,78)$], jak i długim (1 rok) $-3,39$ [95%CI: $(-4,97; -1,81)$] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu.

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. 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.

Eksperti wskazują także na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych w ramach PPZ, które powinny dotyczyć zagadnień z zakresu: czynników ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, sposobów radzenia sobie po incydencie kardiologicznym oraz z POChP, roli aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcjach narządów ruchu, profilaktyki w chorobach cywilizacyjnych, właściwej diety jako sposobu zapobiegania powstawaniu chorób cywilizacyjnych, profilaktyki upadków dla pacjentów z problemami neurologicznymi lub z osteoporozą, sposobów radzenia sobie ze stresem i/lub instruktażu ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczyk

/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 2024 r., poz. 146 z późn. zm), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.77.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027” realizowany przez: gminę Stopnica; data ukończenia opracowania: listopad 2024 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 189/2024 z dnia 2 grudnia 2024 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027”.