



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 6/2025 z dnia 29 stycznia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Kołczygłowy na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kołczygłowy na lata 2025-2027”.

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.

Projekt został opracowany prawidłowo. Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące uzupełnienia uzasadnienia wartości docelowej w celu głównym oraz celu szczegółowym.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały 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 Kołczygłowy. Program jest skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Kołczygłowy z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazami. Program ma być realizowany w latach 2025-2027, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 189 000 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 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 niepełnosprawności i rehabilitacji. W ramach opisu problemu zdrowotnego wymieniono i opisano problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności oraz przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Powołując się na dane WHO wskazano, że liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2015 roku przekraczała 1,3 miliarda, a głównymi przyczynami tych dolegliwości były zaburzenia w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnienia stawów. Dodatkowo wskazano, że każdego dnia na świecie wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tysięcy osób, co w skali roku przekłada się na 5 milionów zgonów. Urazy te stanowią 9% globalnych przyczyn zgonów.

Odnosząc się do sytuacji w Polsce, w programie powołano się na dane Ministerstwa Zdrowia z 2023 roku, zgodnie z którymi z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało prawie 3,5 miliona osób, z czego 71% pacjentów zgłosiło się z powodu schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, a około 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej wyniósł w 2023 roku w Polsce 9 287/100 tys. mieszkańców. Podkreślono, że w województwie pomorskim wskaźnik ten był wyższy, wynosząc 9 517/100 tys., a w powiecie bytowskim, obejmującym gminę Kołczygłowy, wyniósł 8 525/100 tys., co było poniżej średniej krajowej. Ponadto, „zrealizowano w Polsce ponad 5,6 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 081/100 tys. mieszkańców). W województwie pomorskim było to ponad 375,8 tys. wizyt (15 930/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), a w powiecie bytowskim – ponad 14,4 tys. porad (18 913/100 tys. – wynik lepszy od tego w kraju). W roku 2023 wykonano w Polsce ponad 263,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (699 523/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 17,7 mln (752 942/100 tys.; 14 miejsce w kraju), w powiecie bytowskim – 735,8 tys. (961 832/100 tys. – jest to wynik lepszy niż ten dla kraju i województwa pomorskiego)”.

Powołując się na Mapę Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie pomorskim „liczba świadczeniodawców na 100 tys. ludności wynosi 5,89, przedostatnie miejsce w kraju, 30% poniżej średniej dla Polski” oraz „z rehabilitacji domowej skorzystało 0,5% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) była poniżej średniej dla kraju o 67%, co dało województwu pomorskiemu ostatnie miejsce w Polsce”. Z kolei wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa wskazano m.in. że „należy podjąć systematyczne działania w celu zwiększenia zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych nakierowanych na utrzymanie liczby osób pracujących będących w wieku produkcyjnym” oraz „wskazany jest dalszy rozwój bazy ośrodków rehabilitacji domowej, w szczególności w tych powiatach województwa, w których ten rodzaj świadczeń nie jest jeszcze dostępny”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) 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. Zaproponowana skala VAS to narzędzie

używane do subiektywnej oceny natężenia bólu, przez co umożliwia 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 doprecyzowanie brzemienia celu głównego poprzez dodanie nazwy skali tj. np. że celem jest zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS (...).

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy: „*utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach 2025-2027*”.

Cel szczegółowy 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. Załączony wzór ww. testu nie wzbudza zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. W projekcie zaplanowano pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników (np. o 10 %). W ramach mierników efektywności wskazano także, co oznacza wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi).

W projekcie uzasadniono wskazane wartości docelowe celu głównego i celu szczegółowego podkreślając, że przyjęto je na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano 2 mierniki efektywności:

- (1) „*odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)*” oraz
- (2) „*odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu*”.

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. Podsumowując, mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dorosłych mieszkańców Gminy Kołczygłowy z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazami.

W projekcie programu wskazano, że Gminę Kołczygłowy zamieszkuje ok. 3,27 tys. osób. Informacje te są zbliżone do danych dostępnych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. Populację docelową, obejmującą osoby wymagające interwencji w związku z chorobami układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazami, oszacowano na poziomie około 280 pacjentów rocznie. Wskazano, że szacunków dokonano na podstawie współczynnika chorobowości AOS wynoszącego 8 525 przypadków na 100 tys. mieszkańców w powiecie bytowskim. Zgodnie z treścią

PPZ, z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, budżet programu pozwoli na objęcie interwencją około 50 osób rocznie, co stanowi około 18% szacowanej populacji docelowej.

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

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano wizytę fizjoterapeutyczną, cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

Zaplanowano przeprowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznej w celu kwalifikacji do Programu. Wizyta rozpocznie się od potwierdzenia uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu. Podczas wizyty zostanie zaplanowany indywidualny plan rehabilitacyjny dostosowany do potrzeb uczestnika, obejmujący odpowiednie metody terapii fizjoterapeutycznej. W ramach wizyty fizjoterapeutycznej dokonana zostanie także ocena dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (ang. Visual Analog Scale), umożliwiającej określenie natężenia bólu, co pomoże w dalszym dostosowywaniu planu terapeutycznego.

Indywidualny plan rehabilitacji

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji. Będzie obejmował zabiegi dostosowane do potrzeb uczestnika i dobrany według indywidualnych wskazań dla danego pacjenta. Cały cykl rehabilitacyjny zaplanowano na 10 dni. W projekcie programu odniesiono się do planowanych zabiegów i przeprowadzenia ponownej oceny dolegliwości bólowych skalą VAS po zakończeniu cykli zabiegów rehabilitacji.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne w ramach programu obejmują jedno spotkanie trwające 45 minut, przeprowadzone w grupach maksymalnie 20-osobowych. Spotkania będą prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka. Zgodnie z planem, przed i po prelekcji przeprowadzone zostanie badanie poziomu wiedzy uczestników, przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora programu pre-testu oraz post-testu. Testy będą zawierały minimum 5 pytań zamkniętych. Wzór testów został załączony do projektu programu. Tematyka spotkania obejmować będzie takie zagadnienia jak rola diety oraz suplementacji diety, aktywność fizyczna, ergonomia pracy w kontekście profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu i urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność zdrowego trybu życia oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

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 przez realizatora w sposób ciągły do momentu zakończenia programu na podstawie: „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane w sposób poprawny, dodatkowo należy także ująć liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu będzie prowadzona poprzez analizę: „odsetka 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)” oraz „odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu”.

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 opis planowanych działań i etapów w ramach programu.

W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

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

Kampania informacyjna dotycząca programu będzie przeprowadzona przez realizatora we współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także innymi podmiotami leczniczymi. Ponadto, program będzie wspierany przez organizacje pozarządowe oraz lokalne media, w tym radio, prasę i media społecznościowe.

Odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, koszty akcji informacyjno-promocyjnej. Koszty monitorowania i ewaluacji nie zostały uwzględnione w budżecie programu z uwagi na fakt, iż działania te będą wykonywane w ramach obowiązków zawodowych pracowników Urzędu Gminy Kołczygłowy.

Koszt całkowity programu oszacowano na 189 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Kołczygłowy.

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)".
- 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).

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 nieznana.

- 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 zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Znaczenie działań proponowanych w omawianych PPZ zostało określone przez ekspertów jako: ratujące życie i prowadzące do pełnego wyzdrowienia, zapobiegające przedwczesnemu zgonowi oraz poprawiające jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość. Programy polityki zdrowotnej powinny być poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych danej populacji i według tych analiz kierowane do danej populacji ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku produkcyjnym.

Wskazywane przez ekspertów kryteria kwalifikacji do programów obejmowały: kwalifikację lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej do programu; status mieszkańca danego regionu; status osoby pracującej lub osoby bezrobotnej zarejestrowanej; ograniczona sprawność fizyczna i psychiczna wpływająca na ograniczenie aktywności zawodowej i czynny udział w życiu społecznym; zdiagnozowana choroba potwierdzona aktualną dokumentacją medyczną (nie starsza niż 1 rok kalendarzowy); stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, pisemna zgoda uczestnika, złożenie oświadczenie potwierdzającego niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z rehabilitacji lub fizjoterapii z powodu tej samej dysfunkcji realizowanych z innych środków publicznych, w tym NFZ, ZUS, PFRON.

Eksperti wskazują, że minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. Przy czym, optymalnie zajęcia powinny trwać co najmniej 2 razy w tygodniu, po 60 minut, a każdy z uczestników powinien odbyć łącznie 10 sesji w programie (łączny czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

Eksperti są zgodni co do zasadności korzystania z odpowiednich skali do pomiaru sprawności funkcjonalnej pacjentów w zależności od prowadzonej rehabilitacji. Zdaniem ekspertów klasyfikacja ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) oferuje optymalne podejście do oceny niepełnosprawności, łącząc sferę medyczną i psychospołeczną.

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.431.99.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kołczygłowy na lata 2025-2027” realizowany przez: gminę Kołczygłowy; data ukończenia opracowania: styczeń 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 16/2025 z dnia 27 stycznia 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kołczygłowy na lata 2025-2027”.