



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 7/2025 z dnia 30 stycznia 2025 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej**  
**mieszkańców Gminy Pokój na lata 2025-2030”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Pokój na lata 2025-2030”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu mięśniowego oraz choroby centralnego i obwodowego układu nerwowego. 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.

Należy jednak podkreślić, że opiniowany projekt zawiera kilka niespójności oraz liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. W szczególności część projektu dotycząca celów i mierników efektywności wymaga ponownej weryfikacji i uzupełnienia. Ponadto Prezes Agencji zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące m.in.:

- uzasadnienia liczebności populacji planowanej do udziału w programie,
- doprecyzowania opisu interwencji, które zostały przedstawione w sposób ogólny,
- poprawnego zaplanowania oceny jakości świadczeń oraz efektywności programu,
- doprecyzowania budżetu programu, w szczególności przedstawienia kosztów jednostkowych programu.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W projekcie programu należy zatem opisać działania, które będą podejmowane, aby przeciwdziałać ryzyku podwójnego finansowania.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Pokój. Program jest skierowany do mieszkańców Gminy Pokój w wieku powyżej 60 r.ż., którzy uzyskają skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i zakwalifikują się na określony rodzaj zabiegów w ramach zagwarantowanych środków finansowych. Program ma być realizowany w latach 2025-2030, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 170 000 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 zagadnienia z zakresu chorób wynikających ze zmian demograficznych tj. starzejącego się społeczeństwa. W projekcie podkreślono, że wiek jest głównym czynnikiem ryzyka chorób przewlekłych niezależnie od innych czynników. Wskazano, że występowanie pewnych chorób przewlekłych zwiększa ryzyko pojawienia się kolejnych, co prowadzi do wielochorobowości.

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

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane europejskie oraz ogólnopolskie. Wskazano, że „w Polsce, jak również w całej UE, obserwujemy starzenie się społeczeństwa, które wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności”.

Powołując się dane pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych podkreślono, że „niezmiennie rośnie grupa osób w wieku 65 lat i więcej. W 2022 r. zwiększyła się o 178 000 osób do wielkości 7,3 mln, co stanowi 19.5% ogólnej liczby ludności”. Zaznaczono także, że „w 2022 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym (kobiety 18–59, mężczyźni 18–64) przypadało 70 osób w wieku nieprodukcyjnym (0–17, 60+/65+). W 2060 r. będzie to już 105 osób (według scenariusza głównego)”. Wskazano również m.in., że „reumatoidalne zapalenia stawów jest przewlekłą chorobą zapalną dotyczącą stawów, a jej współczynnik chorobowości w Polsce wynosi około 0,45% dorosłej populacji, co jest zbliżone do średniej dla krajów Unii Europejskiej (0,49%)”. Podkreślono także, że „w Polsce każdego roku odnotowuje się około 60-70 tysięcy przypadków udaru, z czego znaczny odsetek pacjentów doświadcza trwałych następstw neurologicznych, takich jak niedowłady, afazje czy problemy z koordynacją”. W odniesieniu do danych regionalnych, wskazano, że „w 2019 r. gęstość zaludnienia w województwie opolskim wyniosła 104 os./km<sup>2</sup> i był to wynik poniżej średniej dla Polski”. Podkreślono także, że „prognozowana liczba ludności ogółem w 2050 r. dla województwa ma wynieść 744,58 tys. i będzie najniższa względem Polski”.

W projekcie nie odniesiono się jednak do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na analizę istotności problemu zdrowotnego oraz możliwości jego zabezpieczenia w kontekście potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

W programie wskazano na przeprowadzenie badania ankietowego mającego na celu zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych osób w wieku 60+. Nie przedstawiono jednak większej ilości szczegółów dotyczących wyników ankiety, co warto uzupełnić.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców. Poprawa lub podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego / obwodowego układu nerwowego. Zmniejszenie bólu, przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawa operatywności ośrodkowego / obwodowego układu nerwowego”.

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

świadzeniobiorców. Cel główny składa się wielu odrębnych założeń. Założenie pierwsze odnosi się do poprawy stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców. Założenie to zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny, co utrudnia dobór mierników efektywności. Należy także zaznaczyć, że na stan zdrowia uczestnika PPZ wpływ może mieć znacznie więcej czynników niż te, które uwzględnione zostały w programie. Tym samym jego osiągnięcie może nie być uzależnione od realizacji programu. Ponadto nie zdefiniowano jak w projekcie rozumiana będzie „poprawa jakości życia”, która będzie stanowiła wynik poprawy stanu zdrowia. Założenie drugie odnosi się do poprawy lub podtrzymywania ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego / obwodowego układu nerwowego. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie doprecyzowano także jak rozumiana będzie „poprawa ogólnej sprawności” uczestników programu. Założenie trzecie odnosi się do zmniejszenia bólu. Założenie czwarte odnosi się do przywrócenia sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu. Kolejne założenie odnosi się do poprawy sprawności mięśni i stawów, poprawy koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawy operatywności ośrodkowego / obwodowego układu nerwowego. Wskazane powyżej założenia częściowo wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań z zakresu rehabilitacji leczniczej. Nie zastosowano jednak żadnych skal pomiaru oceny bólu. Zasadne uważa się użycie np. skali VAS, która jest narzędziem używanym do subiektywnej oceny natężenia bólu, przez co umożliwi monitorowania i ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co z kolei pozwoli na ocenę efektywności działań podjętych w programie. Ponadto cel główny nie zawiera podanej wartości docelowej do jakiej należy dążyć. Mając na uwadze powyższe, cel główny wymaga ponownego, poprawnego sformułowania.

W projekcie zaproponowano 14 celów szczegółowych:

- (1) „usunięcie procesów chorobowych”,
- (2) „zapobieganie nawrotom i postępowi choroby”,
- (3) „usuwanie dolegliwości”,
- (4) „zwalczanie bólu”,
- (5) „zwalczanie stanów zapalnych”,
- (6) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”,
- (7) „zwiększanie siły mięśniowej”,
- (8) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”,
- (9) „przywracanie prawidłowych wzorców ruchowych”,
- (10) „odtworzenie propriocepcji”,
- (11) „przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym”,
- (12) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur, przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego”,
- (13) „wzrost aktywności fizycznej” oraz
- (14) „wzrost wiedzy na temat zdrowia”.

Cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób zbyt ogólny. Cele 1-12 przypominają bardziej działania niż cele oraz nie zawierają planowanych wartości docelowych, do których należy dążyć. Należy także zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku celu głównego, ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Cele szczegółowe nr 13 i 14 wydają się niemożliwe do realizacji ponieważ w programie nie zaplanowano działań, których skutkiem byłby wzrost aktywności fizycznej uczestników czy wzrost poziomu wiedzy. Należy także, zaznaczyć, że nie wskazano narzędzi pomiarowych oceniających wzrost aktywności fizycznej czy wzrost poziomu wiedzy uczestników. Do projektu nie załączono wzorów ww. testów, w związku z tym nie było możliwe

zweryfikowanie ich treści. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi). Należałoby również zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy/umiejętności uczestników (np. o 30%). Warto także podkreślić, że jednym z rekomendowanych narzędzi służących do pomiaru aktywności fizycznej jest Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). Mając na uwadze powyższe cele szczegółowe zostały określone w sposób nieprawidłowy i wymagają ponownego, poprawnego sformułowania.

W projekcie zaplanowano 4 mierniki efektywności:

- (1) *„liczba osób skierowanych do udziału w Programie w poszczególnych latach”*,
- (2) *„liczba wykonanych zabiegów”*,
- (3) *„liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu” oraz*
- (4) *„liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia”*.

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 nr 1 i 2 nie spełniają funkcji miernika efektywności, mogą natomiast zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 3 i 4 zostały sformułowane nieprawidłowo – mają charakter wyłącznie deklaratywny, co jest działaniem niezasadnym. Mając na uwadze powyższe, mierniki efektywności zostały określone w sposób nieprawidłowy i wymagają ponownego, poprawnego sformułowania.

Z uwagi na zaplanowane interwencje, w projekcie powinien zostać zaplanowany cel główny odnoszący się np. do zmniejszenia dolegliwości bólowych w odpowiednio dobranej skali np.: *„zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej ...% uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne”*. Pozostałe założenia ujęte w zaproponowanym celu głównym sugeruje się uwzględnić w ramach odrębnych celów szczegółowych.

Tym samym w odniesieniu do celów szczegółowych warto zaplanować cele dotyczące uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego czy też poprawy jakości życia wśród uczestników programu, konstruując je analogicznie jak ww. przykładowy cel główny.

Mierniki efektywności powinny być dobrane odpowiednio do zaplanowanych celów. Do powyżej przedstawionych przykładowych celów, miernikami mogą być odpowiednio np.: *„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)”* czy *„odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego za pomocą testu...”* lub *„odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę jakości życia na podstawie wyniku testu...”*. Testy jakie mogą zostać użyte w programie to m.in. testy zgodne z ICF (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne); Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ); pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa, ang. Visual Analog Scale).

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

#### Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Pokój w wieku powyżej 60 r.ż. którzy uzyskają skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i zakwalifikują się na określony rodzaj zabiegów w ramach zagwarantowanych środków finansowych. Zaznaczono, że na dzień 31 grudnia 2023 r. gminę zamieszkuje 4883 osób. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

Podkreślono, że szacuje się udział około 10-15% mieszkańców gminy rocznie (tj. 100-200 osób), przyjmując średnio 15 zabiegów na jednego pacjenta rocznie. Nie wskazano jednak, na jakiej podstawie oszacowano ww. populację, co wymaga uzupełnienia.

Ponadto w dokumencie określono jedynie kryteria włączenia. Nie przedstawiono kryteriów wyłączenia z programu, co również wymaga uzupełnienia.

#### Interwencja

W ramach realizacji programu w części dotyczącej organizacji przedstawiono schemat postępowania z uczestnikami obejmujący: rejestrację uczestnika oraz weryfikację uprawnień do udziału w programie; wizytę wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez podmiot leczniczy realizujący program i wypełnienie formularza wywiadu; ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji; zakwalifikowanie pacjenta do udziału w programie oraz dokonanie przez podmiot realizujący program odpowiedniej adnotacji na skierowaniu; zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (fizjoterapeutycznego), stanowiącego integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem; wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta przed przystąpieniem do programu; wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich lub rehabilitanta; przekazanie pacjentowi zaleceń oraz informacji na temat możliwości dalszej rehabilitacji oraz prowadzenia zdrowego, aktywnego trybu życia; wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacji oraz końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta.

Wskazano, że udział w programie będzie następował po uzyskaniu skierowania od lekarza, który udziela świadczeń finansowanych przez NFZ. Podkreślono, że w programie nie będą honorowane skierowania tzw. „prywatne”. Zaznaczono także, że skierowanie na zabiegi powinno zostać wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wskazano, że świadczeniobiorca (uczestnik programu), który uzyskał skierowanie od lekarza POZ lub specjalisty będzie następnie kwalifikowany do udziału w programie przez podmiot realizujący program.

W części projektu dotyczącej interwencji wymieniono rodzaje zabiegów planowanych do realizacji: fizykoterapię, kinezyterapię oraz masaż. Zaplanowano „*postępowanie rehabilitacyjne (fizjoterapeutyczne), stanowiące integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem*”. Należy zaznaczyć, że nie doprecyzowano w jakim cyklu będą realizowane zabiegi (np. cyklu 10-dniowym, po 5 zabiegów dziennie), co wymaga poprawy.

Warto podkreślić, że w treści projektu przedstawiono jedynie ogólny opis planowanych działań. Schemat postępowania z pacjentem warto rozdzielić na osobne działania w ramach interwencji i np. wprowadzić interwencję pod nazwą wizyta kwalifikacyjna wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika i szczegółowo opisać planowane czynności w tym zakresie. Podobnie należy postąpić w zakresie interwencji dotyczących postępowania rehabilitacyjnego (fizykoterapia, kinezyterapia oraz masaż) i wprowadzić interwencję pod nazwą np. zabiegi rehabilitacyjne.

Odnosząc się do planowanych interwencji należy podkreślić, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań (np. przy wykorzystaniu skali VAS – do pomiaru bólu, czy Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) – do pomiaru aktywności fizycznej).

Pomiary powinny zostać przeprowadzone przed i po zakończeniu planowanych działań rehabilitacyjnych.

W treści projektu zaplanowano jako jeden z celów szczegółowych „wzrost wiedzy na temat zdrowia”. W opisie interwencji nie przedstawiono natomiast żadnych działań związanych z edukacją uczestników programu. W projekcie nie zaplanowano także pomiarów wzrostu wiedzy oraz nie załączono wzoru ankiety przedstawiającego pre- i post-testy wiedzy”. Powyższa kwestia wymaga weryfikacji i określenia celów spójnie z planowanymi działaniami.

#### 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 pacjentów zgłoszonych do udziału w programie”. Podkreślono także, że „podmiot leczniczy realizujący program będzie zobowiązany do informowania Wójta Gminy o liczbie pacjentów objętych programem w terminach określonych w umowie”. Należy zaznaczyć, że w załączonych do projektu załącznikach przedstawiono dodatkowe wskaźniki mające zastosowanie przy monitorowaniu tj. „liczba osób uczestniczących w programie”, „liczba wykonanych zabiegów”, „liczba osób wypełniających ankietę przed zabiegami”, „liczba osób wypełniających ankietę po zabiegach”, „liczba osób które nie wypełniły ankiety”. Należy zaznaczyć, że przedstawione powyżej wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo. Przy ocenie zgłaszalności do programu należy uwzględnić także wskaźniki takie jak „liczba uczestników, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów” oraz „liczba uczestników, która zrezygnowała z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn”.

W zakresie oceny jakości świadczeń, zaplanowano analizę wyników „ankiety ewaluacyjnej” uczestników PPZ, wypełnianej przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który odnosi się jednak do oceny efektów realizacji programu (tj. weryfikują deklaracyjny poziom dolegliwości uczestnika takich jak: ból, ograniczona ruchomość, osłabiona siła mięśni, zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie) oraz obrzęk). Należy zatem zaznaczyć, że nie zaplanowano oceny jakości świadczeń realizowanych w programie oraz nie załączono do projektu programu przykładowego wzoru ankiety satysfakcji, co wymaga uzupełnienia.

Ocena efektywności programu „będzie oceniana co roku na podstawie zgłaszalności osób do udziału w programie, ankiet zebranych od pacjentów, lokalnych danych epidemiologicznych, a także uwag zgłaszanych do Urzędu Gminy w Pokoju na temat Programu”. Należy zaznaczyć, że „ocena zgłaszalności do udziału w programie” oraz „ocena uwag zgłaszanych do Urzędu Gminy” odnoszą się bardziej do monitorowania. Do projektu programu załączono projekt ankiety ewaluacyjnej przeznaczonej do wypełnienia przez uczestników programu. Ankieta ta odnosi się do deklaratywnej oceny uczestnika natężenia dolegliwości przed i po realizacji zabiegów, wg skali od 1 do 6 gdzie 1 oznacza najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiły, a 6 brak dolegliwości. Skala odnosi się do oceny poziomu dolegliwości uczestnika takich jak: ból, ograniczona ruchomość, osłabiona siła mięśni, zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie) oraz obrzęk). Należy zatem podkreślić, że nie zaplanowano obiektywnego sposobu pomiaru efektów zaplanowanych interwencji rehabilitacyjnych przy wykorzystaniu obiektywnych narzędzi pomiarowych takich jak np. skala VAS. Należy również podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności również mają charakter wyłącznie deklaracyjny. Należy także wskazać, że w treści projektu nie przedstawiono prawidłowo zaplanowanych mierników efektywności, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się niemożliwe.

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 ogólny 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. Należy zaznaczyć, że w projekcie istnieje nieścisłość dotycząca wskazanej odległości podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie gminy, w których miałyby być realizowany program, do miejscowości Pokój, co należy doprecyzować.

W projekcie programu dwukrotnie wskazano nazwę gminy jako *Popielów*. Projekt złożony do Agencji został złożony natomiast przez Gminę Pokój. Nieścisłość tą należy skorygować.

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

W ramach programu realizator przeprowadzi akcję informacyjną skierowaną do mieszkańców gminy o możliwościach uczestnictwa w programie. Zaznaczono, że informacja o realizacji programu zostanie zamieszczona na tablicach ogłoszeniowych sołectwa, na stronie internetowej gminy oraz w Ośrodku Zdrowia działającym na terenie gminy.

W budżecie nie przedstawiono kosztów jednostkowych kampanii informacyjnej ani nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

Odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

Koszt całkowity programu oszacowano na 170 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Pokój.

### **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  $\geq 15$  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 innymi 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.431.100.2024 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Pokój na lata 2025-2030” realizowany przez: gminę Pokój; data ukończenia opracowania: styczeń 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 17/2025 z dnia 27 stycznia 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Pokój na lata 2025-2030”.