



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 33/2025 z dnia 18 kwietnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”.

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 projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

Agencja w 2018 roku opiniowała już projekt programu, w zakresie rehabilitacji leczniczej, który otrzymała od gminy Lesznowola. Wówczas projekt został zaopiniowany pozytywnie warunkowo. Do Agencji został przekazany raport końcowy z realizacji PPZ, w którym wskazano, że u wszystkich uczestników, którzy ukończyli pełny cykl rehabilitacji nastąpiła poprawa w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz wzrostu sprawności fizycznej, a sam program cieszył się dużym zainteresowaniem mieszkańców. Obecnie oceniany projekt PPZ został poszerzony w zakresie populacji oraz planowanych interwencji względem poprzedniej edycji.

Należy jednak zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji podkreśla w szczególności następujące kwestie dotyczące:

- prawidłowego zaplanowania celu głównego. Aktualnie zaproponowany cel składa się z dwóch założeń oraz zakłada wartość na poziomie 250 osób rocznie, co wskazuje na osiągnięcie efektu u wszystkich osób objętych PPZ;
- prawidłowego zaplanowania celów szczegółowych; dla celu dotyczącego edukacji załączenia do programu wzoru pre- i post-testów do oceny poziomu wiedzy;
- prawidłowego zaplanowania mierników efektywności dla każdego celu w programie oraz korekty wskaźników zaproponowanych w projekcie, gdyż w obecnym brzmieniu nie umożliwiają kompleksowej oceny efektywności;
- doprecyzowania opisu jak i czasu trwania interwencji, które zostały zaplanowane w sposób ogólny zarówno dla interwencji związanej z cyklem zabiegów rehabilitacyjnych jak i działań edukacyjnych;
- jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, zaplanowanej do włączenia do programu w całym okresie jego trwania;

- doprecyzowania budżetu programu, w szczególności wskazania kosztów całkowitych.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii. Po uwzględnieniu uwag Agencji projekt może zostać przesłany do ponownej oceny.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Lesznów. Populację docelową stanowią pełnoletni mieszkańcy gminy Lesznów, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach programu zaplanowano realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne. Planowane koszty zostały oszacowane na kwotę 274 300 zł rocznie. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Lesznów. Okres realizacji programu wskazano na lata 2025-2029.

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

Projekt programu dotyczy rehabilitacji leczniczej osób z ograniczoną sprawnością. W projekcie określono jednostki chorobowe wymagające postępowania rehabilitacyjnego. Wśród wymienionych grup problemów wskazano na choroby układu ruchu oraz urazy i choroby obwodowego układu nerwowego. W ramach opisu problemu zdrowotnego wskazano na istotną rolę rehabilitacji w postępowaniu terapeutycznym. Odniesiono się do definicji rehabilitacji, a także metod najczęściej stosowanych. Należy jednak zaznaczyć, że nie odniesiono się szczegółowo do poszczególnych schorzeń, a także nie została przedstawiona ich etiologia i charakterystyka.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej przedstawiono światowe, regionalne oraz lokalne dane dot. chorób układu kostno-mięśniowego. W odniesieniu do sytuacji na świecie wskazano, że w roku 2015 liczba osób cierpiących z powodu dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego na świecie przekroczyła 1,2 mld.

W projekcie przedstawiono dane z Map Potrzeb Zdrowotnych dotyczące chorób układu kostno-mięśniowego w województwie mazowieckim, wskazując na niekorzystną sytuację epidemiologiczną. Mazowsze zajmuje trzecie miejsce w kraju pod względem hospitalizacji z tego powodu. W przypadku urazów województwo plasuje się na piątym miejscu, ze współczynnikiem hospitalizacji przekraczającym 6000 na 100 tys. mieszkańców, a w powiecie piaseczyńskim wartość ta wynosi od 6245 do 7478. Współczynnik chorobowości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wynosi 4200 w skali województwa i od 3299 do 4347 w powiecie piaseczyńskim.

W przedstawionych danych epidemiologicznych występują nieścisłości dotyczące źródeł. Powołano się na Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026, ale jednocześnie przytoczono nieaktualne dane pochodzące z poprzednich edycji MZP, w województwie mazowieckim. Brak wskazania roku obowiązywania danych utrudnia ich weryfikację oraz identyfikację konkretnej edycji MPZ, z której pochodzą, co należy doprecyzować.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 jako jedno z wyzwań systemu opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim wskazano niską dostępność ośrodków rehabilitacyjnych. W 2019 r. liczba ośrodków ambulatoryjnych wynosiła 5 na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej krajowej),

a stacjonarnych 1,05. Najwięcej placówek znajduje się w Warszawie, a w 13 powiatach brak jest ośrodków stacjonarnych.

W części dotyczącej uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu odniesiono się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, które zostało uchylone.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 250 mieszkańców Gminy Lesznówola rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2029”*.

Cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń, co jest podejściem nieprawidłowym. Pierwsze z nich odnosi się do zwiększenia jakości życia, w odniesieniu, do którego nie przedstawiono jednak żadnego narzędzia pozwalającego na ocenę tego aspektu (jak np. kwestionariusz oceny jakości życia SF-36). Drugie założenie odnosi się do zmniejszenia dolegliwości bólowych i wydaje się możliwe do realizacji. W projekcie wskazano, że do oceny dolegliwości bólowych wykorzystana zostanie skala VAS. Warto podkreślić, że w celu głównym założono wartość na poziomie co najmniej 250 osób rocznie, co wskazywałoby na osiągnięcie efektu u wszystkich osób objętych PPZ. Powyższe kwestie wymagają weryfikacji.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) *„Wzrost o 250 osób, liczby mieszkańców Gminy Lesznówola, z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczenia rehabilitacyjne w programie w każdym roku trwania programu”;*
- (2) *„Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej u co najmniej 70% uczestników w każdym roku trwania programu”;*
- (3) *„Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w każdym roku trwania programu”.*

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany w sposób nieprawidłowy – zwiększenie liczby osób, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych nie przekłada się bezpośrednio na uzyskanie efektu zdrowotnego.

Cel szczegółowy nr 2 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie wskazano, że do oceny dolegliwości bólowych wykorzystana zostanie skala VAS. Warto podkreślić, że wskazana skala VAS umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego. Bardziej adekwatnym narzędziem służącym do pomiaru oceny sprawności fizycznej byłoby na przykład Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ).

Cel szczegółowy nr 3 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu jednak nie dołączono przykładowego testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. 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%).

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- (1) *„odsetek osób objętych działaniami w ramach programu (różnica pomiędzy liczbą osób, określoną w celu szczegółowym a liczbą osób, które zrealizowały ścieżkę programu, obliczona w oparciu o listy obecności i rejestry)”;*
- (2) *„odsetek osób, deklarujących poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (różnica pomiędzy wartością*

uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie, obliczona w oparciu o wyniki ankiet przeprowadzonych przez rozpoczęciem i po zakończeniu udziału w programie; wartość docelowa- co najmniej 50%). Fizjoterapeuta z wykorzystaniem skali VAS umożliwiającej ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, ocenia poziom bólu w pierwszym i ostatnim dniu zabiegów. (0- zupełny brak bólu, 10-najsilniejszy wyobraźalny ból)”;

- (3) *„odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi, obliczona w oparciu o wyniki ankiet przeprowadzonych przed rozpoczęciem i po zakończeniu udziału w programie, wartość docelowa- wzrost o 60%).*

Miernik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, ale może zostać wykorzystany podczas monitorowania.

Miernik nr 2 pośrednio odnosi się do celu głównego. Należy jednak zaznaczyć, że ma on charakter deklaracyjny i odnosi się do poprawy stanu zdrowia, co nie znajduje odzwierciedlenia w celach programu. Biorąc pod uwagę wykorzystanie narzędzia w postaci skali VAS można przypuszczać, że miernik referuje również do celu szczegółowego nr 2.

Miernik nr 3 odnosi się do celu szczegółowego nr 3 i został zaplanowany prawidłowo.

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. W programie zaplanowano 4 cele oraz jedynie 3 mierniki efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Prawidłowo zaplanowany cel główny odnoszący się do zmniejszenia dolegliwości bólowych w odpowiednio dobranej skali mógłby brzmieć: *„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”*. Dostępne są również inne wiarygodne narzędzia umożliwiające subiektywne określenie nasilenia bólu przez pacjentów, tj. np. skala numeryczna NRS (ang. Numerical Rating Scale).

Dla danego problemu zdrowotnego warto również zaplanować cele szczegółowe 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).

Populacja docelowa

Program rehabilitacji leczniczej będzie skierowany do pełnoletnich mieszkańców gminy Lesznówola, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W projekcie wskazano, że liczba mieszkańców gminy Lesznówola wynosi ok. 32 615 osób, z czego ok. 24,5 tys. stanowią osoby dorosłe. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych GUS. Programem ma zostać objęte 250 osób.

W opisie populacji docelowej wskazano, że program obejmie 250 osób natomiast w celu głównym i budżecie wskazano, że będzie to 250 osób rocznie. Biorąc pod uwagę 5-letni okres realizacji PPZ, liczba ta powinna wynosić 1250 osób w ciągu trwania całego programu. Kwestię tę należy doprecyzować.

W projekcie kryteria włączenia i wyłączenia zostały zaplanowane prawidłowo.

Interwencja

W ramach realizacji PPZ zaplanowano indywidualny plan rehabilitacyjny obejmujący cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne.

Cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

Każdy zakwalifikowany pacjent otrzyma 10-dniowy cykl rehabilitacji, obejmujący do 5 zabiegów (4 fizykoterapeutyczne i 1 kinezyterapeutyczny, chyba że wskazania medyczne będą inne). Zabiegi będą dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, zgodnie z zaleceniami lekarza oraz z uwzględnieniem stanu zdrowia i kompleksowości terapii.

W projekcie przedstawiono katalog zabiegów fizjoterapeutycznych, należy jednak 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) i wprowadzić interwencję pod nazwą np. zabiegi rehabilitacyjne. Warto również wskazać szczegóły dotyczące poszczególnych interwencji tj. czas trwania, osoby, które będą przeprowadzać daną interwencję oraz w gdzie będą one prowadzone.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, co zostało ujęte w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Działania edukacyjne

W projekcie przewidziano działania edukacyjne dotyczące diety, suplementacji, aktywności fizycznej i ergonomii pracy w profilaktyce urazów i chorób układu ruchu. W projekcie zaplanowano ocenę wiedzy uczestników za pomocą testów przed i po edukacji, zawierających co najmniej 10 pytań zamkniętych, jednak nie załączono przykładowego testu, co uniemożliwia jego ocenę. Należy zauważyć, że w projekcie nie podano szczegółów dotyczących realizacji działań ani czasu trwania edukacji, co należy uzupełnić.

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 dokonywana na podstawie analizy m.in. „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na jakimś etapie jego trwania oraz weryfikacja przyczyn tych rezygnacji”. Ww. mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji oraz na podstawie pisemnych uwag uczestników dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ewaluacja programu będzie prowadzona poprzez analizę mierników: „liczby mieszkańców Gminy Lesznówola, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w programie”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawione w PPZ mierniki efektywności nie zostały w pełni zaprojektowane prawidłowo.

Wskaźnik dot. liczby mieszkańców Gminy Lesznówola, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w programie” odnosi się bardziej do monitorowania. Z kolei drugi z mierników dot. odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie, został sformułowany w sposób zbyt ogólny, ponieważ na stan zdrowia może mieć wpływ wiele innych czynników spoza PPZ.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone w projekcie, jednak ze względu na niewielką liczbę prawidłowo sformułowanych mierników efektywności, kompleksowa ocena efektywności podjętych działań może okazać się utrudniona.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów w ramach programu.

W dokumencie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie, 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.

Akcja informacyjna będzie realizowana w ramach różnych lokalnych instytucji, takich jak poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, podmiot realizujący program oraz Urząd Gminy Lesznówola. Informowanie pacjentów będzie odbywać się poprzez personel medyczny, plakaty umieszczane na tablicach ogłoszeń, komunikaty na stronach internetowych oraz publikacje na portalach społecznościowych lub w lokalnej prasie.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, koszty realizacji programu w każdym roku jego realizacji, koszty kampanii informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji.

W treści programu wskazano roczny koszt całkowity, który został oszacowany na kwotę 274 300 zł. Nie odniesiono się jednak do całego okresu trwania programu, kwestię tę należy poprawić.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków Gminy Lesznówola. Zaznaczono jednocześnie, że Gmina Lesznówola dopuszcza możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 nacełowanymi 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 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 niestosujących 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 istnieje 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.

Jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmują: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe. O kwalifikacji pacjenta do danej formy powinien decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.

Eksperci 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 (łącznie 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

Eksperci 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.

Eksperci potwierdzają także zasadność prowadzenie działań edukacyjnych w ramach PPZ.

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.431.14.2025, „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznówola” realizowany przez: gminę Brzeg; data ukończenia opracowania: kwiecień 2025 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 62/2025 z dnia 14 kwietnia 2025 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznówola”