



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 44/2025 z dnia 21 maja 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Malczyce”

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

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest konieczność zapewnienia rehabilitacji leczniczej osobom z przewlekłymi i pourazowymi schorzeniami układu ruchu oraz układu nerwowego. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Zaplanowanie działań edukacyjnych mogłoby stanowić wartość dodaną dla programu.

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 konieczności:

- dopracowania części projektu dotyczącej problemu zdrowotnego oraz epidemiologii;
- prawidłowego zaplanowania celu głównego oraz celów szczegółowych, a także zaprojektowania odpowiadającym celom mierników efektywności;
- zaplanowania w projekcie interwencji edukacyjnej oraz przedstawienia pre- i post-testów wiedzy, weryfikujących wzrost wiedzy uzyskanej w ramach zaplanowanych działań;
- jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, planowanej do objęcia programem;
- doprecyzowania opisu interwencji, które zostały opisane w sposób ogólny;
- zaplanowania kryteriów kwalifikacji oraz wyłączenia z programu;
- zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- przedstawienia wskaźników dla oceny zgłaszalności oraz efektywności w części monitorowanie i ewaluacji;
- zaplanowania i załączenia do programu narzędzi umożliwiających ocenę jakości świadczeń;
- doprecyzowania warunków realizacji programu m.in. wskazania, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert czy opisanie sposobu zakończenia udziału w programie;
- przedstawienia kosztów jednostkowych, kosztów kampanii informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji.

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 zaplanowany do realizacji przez Gminę Malczyce. Populację docelową stanowią mieszkańcy gminy Malczyce, którzy posiadają skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza POZ. Realizację programu zaplanowano na lata 2025-2026. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 290 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Malczyce.

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 istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest konieczność zapewnienia rehabilitacji leczniczej osobom z przewlekłymi i pourazowymi schorzeniami układu ruchu oraz układu nerwowego. W projekcie określono jednostki chorobowe wymagające postępowania rehabilitacyjnego, wskazując m.in. na choroby stawów, kręgosłupa, mięśni, nerwów oraz powikłania po pandemii COVID-19. Należy jednak zauważyć, że przedstawione informacje mają charakter głównie wyliczeniowy i nie zostały uzupełnione o charakterystykę kliniczną schorzeń, ich przebieg, znaczenie funkcjonalne ani wpływ na jakość życia. Nie przedstawiono również etiologii chorób ani nie dokonano klasyfikacji poszczególnych grup pacjentów pod względem potrzeb rehabilitacyjnych. Należy zatem wskazać, że opis problemu zdrowotnego został opisany w sposób zdawkowy.

W projekcie nie przedstawiono bibliografii i nie wskazano źródeł, na podstawie których opracowano opis problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane dotyczące wybranych jednostek chorobowych układu ruchu i nerwowego, które mogą kwalifikować pacjentów do udziału w programie rehabilitacyjnym.

Należy jednak zaznaczyć, że w przedstawionych danych epidemiologicznych występują niespójności i braki. W większości są to dane oparte na częstości występowania w populacji ogólnej, nieoparte źródłami naukowymi ani danymi z rejestrów publicznych. Dane mają charakter fragmentaryczny, niespójny i nie zostały odniesione do populacji mieszkańców Gminy Malczyce, co uniemożliwia ocenę skali potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do lokalnej populacji. Dane zostały podane w formie odsetków ogólnokrajowych lub szacunkowych. W PPZ wskazano, że część danych pochodzi „od lekarzy świadczących pomoc w ramach kontraktów z NFZ na terenie Gminy Malczyce”, jednak nie podano dokładnych źródeł, roku pozyskania danych, ani metodologii ich zbierania. Brakuje również jednoznacznego wskazania, które dane mają charakter lokalny, a które są szacunkowe lub populacyjne. Należy zatem wskazać, że przedstawione dane epidemiologiczne budzą wątpliwości. Dane epidemiologiczne wskazane w programie polityki zdrowotnej powinny być możliwie jak najbardziej aktualne i opierać się przede wszystkim na dostępnych danych (ogólnokrajowych danych epidemiologicznych, danych wojewódzkich, powiatowych lub gminnych, w zależności od działań przewidzianych w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej). Dane epidemiologiczne powinny uzasadniać realizację programu polityki zdrowotnej.

W projekcie nie odniesiono się również do aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w woj. dolnośląskim na terenie, którego znajduje się gmina Malczyce dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń

kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych jest ograniczona. Jako rekomendowane kierunki działań wskazano m.in. wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiających tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego.

W części dotyczącej epidemiologii 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 *„rehabilitacja celem poprawy i podtrzymywania ogólnej sprawności osób z przewlekłymi, pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego, mięśniowego i ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego, układu oddechowego; zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa, poprawa sprawności układu oddechowego u osób, które przebyły Covid 19 dla wytypowanych przez lekarzy uczestników programu będących w wieku aktywności zawodowej, poprzez wdrożenie programu dla mieszkańców Gminy Malczyce”*.

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.

Zaproponowany cel główny składa się z wielu odrębnych założeń. Założenie pierwsze dotyczące poprawy i podtrzymywania ogólnej sprawności, wydaje się możliwe do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi działaniami w projekcie. Jednak cel odnosi się do wielu różnych schorzeń, różniących się zarówno etiologią, wymaganiami terapeutycznymi oraz narzędziami oceny efektów, do których się nie odniesiono. Kolejne założenia dotyczą zahamowania lub ograniczenia skutków procesów chorobowych, a także poprawy sprawności układu oddechowego. Należy zaznaczyć, że w projekcie nie określono narzędzi do oceny tych parametrów (np. skale bólu, testy czynnościowe, skale jakości życia), co uniemożliwia obiektywną weryfikację osiągnięcia celu. Należy również zaznaczyć, że nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć, ani nie przedstawiono uzasadnienia liczby uczestników programu co uniemożliwia ocenę, czy oczekiwany efekt jest realny i współmierny do skali problemu w populacji docelowej. Podsumowując, cel główny wymaga przeformułowania.

Z uwagi na zaplanowane w projekcie interwencje, cel główny mógłby odnosić się np. do zmniejszenia dolegliwości bólowych w odpowiednio dobranej skali: *„zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej ...% uczestników Programu, 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).

W projekcie zaproponowano 12 celów szczegółowych:

- (1) *przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu,*
- (2) *zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby,*
- (3) *usunięcie dolegliwości, poprawa sprawności mięśni i stawów,*
- (4) *zmniejszenie bólu, poprawa operatywności ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego,*
- (5) *wyeliminowanie lub ograniczenie stanów zapalnych,*
- (6) *usprawnienie czynności poszczególnych narządów,*
- (7) *zwiększenie siły mięśniowej, poprawa sprawności mięśni i stawów,*
- (8) *przywrócenie prawidłowego zakresu ruchu, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej,*

- (9) przywrócenie prawidłowych stereotypów ruchowych,*
- (10) stworzenie optymalnych możliwości gojenia się struktur,*
- (11) przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego,*
- (12) uzyskanie optymalnej poprawy funkcji układu oddechowego u osób po przebytych Covid 19.*

Cele szczegółowe nr 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 zostały sformułowane nieprawidłowo, w sposób zbyt ogólny, przypominają bardziej działania niż cele. W wielu przypadkach nie określono konkretnych, mierzalnych efektów zdrowotnych ani sposobu ich oceny – zamiast tego pojawiają się ogólne intencje terapeutyczne lub szerokie założenia medyczne.

Cele szczegółowe 2, 11, 12 zawierają połączenie kilku różnych założeń, co utrudnia przypisanie im konkretnych mierników efektywności.

W projekcie PPZ nie określono narzędzi umożliwiających pomiar ich realizacji, nie przedstawiono standaryzowanych testów sprawności funkcjonalnej, zakresu ruchu, siły mięśniowej, skali bólu lub jakości życia. W żadnym z celów szczegółowych nie wskazano wartości docelowych, do których należy dążyć, ani wartości wyjściowych, które pozwoliłyby na ocenę zmiany stanu zdrowia uczestników. Należy zatem zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono poprawnie sformułowanego celu szczegółowego.

Dla danego problemu zdrowotnego warto zaplanować cele szczegółowe dotyczące uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego czy też poprawy jakości życia wśród uczestników programu, konstruując je analogicznie jak ww. przykładowy cel główny. W programie nie zaplanowano działań edukacyjnych, których skutkiem byłby wzrost poziomu wiedzy. 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%).

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności (określone jako „oczekiwane rezultaty”):

- (1) Zwiększy się liczba osób, które po zrealizowaniu programu zdrowotnego podejmą pracę lub będą ją kontynuowały poprzez kolejne zatrudnienie /rocznie 145 osób/;*
- (2) Zwiększy się liczba osób, które dzięki programowi zgłoszą się na cykliczne badania profilaktyczne /rocznie 55 osób/;*
- (3) Zwiększy się liczba osób, które rozszerzą zakres rehabilitacji i ponownie wrócą na zabiegi rehabilitacyjne celem zmniejszenia dolegliwości bólowych /rocznie 100 osób/.*

Wszystkie przedstawione wskaźniki zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy i nie spełniają funkcji mierników efektywności.

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

Mierniki efektywności powinny być dobrane odpowiednio do zaplanowanych celów. Do powyżej zaproponowanego przykładowego celu, 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 skierowany będzie do zameldowanych, na terenie Gminy Malczyce mieszkańców, którzy uzyskają skierowanie na rehabilitację od lekarza POZ lub specjalisty. W projekcie wskazano, że populacja, która może zostać objęta programem to około 5 513 mieszkańców. Biorąc pod uwagę planowane interwencje oszacowano, że rocznie z programu skorzysta 10-15% populacji, jednak nie wskazano jednoznacznie, ilu mieszkańców zostanie objętych programem w ujęciu rocznym ani w całym okresie realizacji PPZ. Należy również zaznaczyć, że nie jest możliwe oszacowanie populacji docelowej na podstawie przedstawionego w projekcie budżetu.

W projekcie kryteria włączenia i wyłączenia nie zostały zaplanowane prawidłowo. Nie określono szczegółowych warunków udziału, takich jak wymagany wiek, rozpoznania medyczne, przeciwwskazania do udziału czy wcześniejsze korzystanie z rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych. W programie brak również odniesień do dokumentów formalnych, takich jak pisemna zgoda uczestnika, oświadczenie o miejscu zamieszkania lub potwierdzenie statusu mieszkańca. Dodatkowo w projekcie występuje rozbieżność — w jednej części wskazano wymóg zameldowania na terenie gminy, natomiast w innej mowa jest o zamieszkiwaniu.

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

Interwencja

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

Indywidualny plan rehabilitacyjny obejmujący cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

Każdy zakwalifikowany pacjent otrzyma 10-dniowy cykl rehabilitacji, obejmujący do 5 zabiegów dziennie (opcjonalnie zwiększenie liczby zabiegów w zależności od decyzji lekarza bądź fizjoterapeuty). O liczbie cykli terapeutycznych zadecyduje podmiot medyczny realizujący program. Zabiegi będą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii lub licencjata.

W projekcie przedstawiono katalog zabiegów fizjoterapeutycznych, należy jednak podkreślić, że w treści projektu zawarto jedynie ogólny opis planowanych działań.

Warto zaznaczyć, że w projekcie PPZ nie zaplanowano przeprowadzenia działań edukacyjnych. Wskazano jedynie, że równolegle prowadzone będzie wsparcie edukacyjne i mentorskie, jednak w opisie programu nie przedstawiono szczegółowych informacji dot. ww. 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 i wprowadzić interwencję pod nazwą np. zabiegi rehabilitacyjne. W opisie interwencji warto również wskazać szczegóły dotyczące poszczególnych działań tj. czas trwania, osoby, które będą przeprowadzać daną interwencję oraz w gdzie będą one prowadzone.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.). W związku z powyższym w projekcie należałoby umieścić zapis, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, ZUS, KRUS, PFRON (np. w opisie kryteriów kwalifikacji).

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.

W projekcie zaplanowano monitorowanie, jednak nie przedstawiono wskaźników dla oceny zgłaszalności. W zakresie monitorowania, należy wskazać co najmniej liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie; liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Nie zaplanowano narzędzi umożliwiających ocenę jakości świadczeń ani nie załączono wzoru ankiety satysfakcji. W tym celu należy zastosować wystandaryzowany kwestionariusz oceny jakości świadczeń.

W programie zaplanowano przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych. Ankieta ta odnosi się do deklaratywnej oceny uczestnika natężenia dolegliwości przed i po realizacji zabiegów, wg skali od 0 do 10 gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas nastąpiło. Warto wskazać, że jako narzędzie, może ona służyć do zbiorczej analizy wyników na poziomie programu, jednak w programie nie określono, w jaki sposób będą agregowane i interpretowane wyniki ankiet, ani jakie wartości zmiany będą uznane za klinicznie istotne.

Należy zatem podkreślić, że nie zaplanowano obiektywnego sposobu pomiaru efektów zaplanowanych interwencji rehabilitacyjnych przy wykorzystaniu obiektywnych narzędzi pomiarowych takich jak np. skala VAS. Przedstawiona ankieta ma charakter wyłącznie deklaracyjny. Należy także wskazać, że w treści projektu nie przedstawiono prawidłowo zaplanowanych mierników efektywności, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności nie jest możliwe.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów w ramach programu oraz działania informacyjne, które mają być realizowane od momentu podpisania umowy aż do zakończenia programu. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie wskazano jednoznacznie, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest niezgodne z zapisami ustawowymi. Nie opisano również sposobu zakończenia udziału w programie. Kwestie te wymagają uzupełnienia.

W treści programu wskazano roczny koszt całkowity, który został oszacowany na kwotę 290 000 zł. Przedstawiono również koszty realizacji programu w każdym roku jego realizacji. Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków Gminy Malczyce.

W budżecie nie przedstawiono jednak kosztów jednostkowych. Wskazano jedynie wartość punktową poszczególnych rodzajów zabiegów fizjoterapeutycznych, lecz nie wskazano wyceny za jeden punkt.

W programie nie wskazano również kosztów kampanii informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji, co należy uzupełnić. Wskazano, że niezbędne koszty monitorowania, upowszechniania, ewaluacji programu zdrowotnego pokryje zakład, którego oferta zostanie przyjęta oraz podpisana umowa na realizację.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem.

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

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.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradą 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, ANZHF 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

W ramach opinii eksperckich jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Natomiast wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmowały: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe, a o kwalifikacji pacjenta do danej formy rehabilitacji 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 czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

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.431.26.2025, „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Malczyce realizowany przez Gminę Malczyce; data ukończenia opracowania: maj 2025 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 85/2025 z dnia 19 maja 2025 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Malczyce”.