



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 68/2025 z dnia 5 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii
i fizjoterapii dla mieszkańców Gminy Kodrąb na lata 2025-2027”

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

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest konieczność zapewnienia rehabilitacji leczniczej osobom ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, zaleca się uwzględnienie uwag i sugestii przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności:

- przeformułowania celu szczegółowego nr 2, który częściowo stanowi powielenie założenia głównego;
- zaplanowania kryterium kwalifikacji odnoszącego się do wieku uczestników PPZ;
- doszczegółowienia etapów działań zaplanowanych w ramach PPZ;
- prawidłowego zaplanowania poszczególnych wskaźników dla etapu monitorowania i ewaluacji w projekcie.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Kodrąb. Populację docelową stanowią mieszkańcy gminy Kodrąb ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych, posiadający skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. W ramach programu zaplanowano realizację konsultacji fizjoterapeutycznych, cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacji psychodietetycznych oraz działań edukacyjnych. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 600 000 zł. Okres realizacji to lata 2025-2027. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Kodrąb.

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. 2024 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 w zakresie zapewnienia rehabilitacji leczniczej osobom ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych. W projekcie przedstawiono jednostki chorobowe wymagające rehabilitacji oraz problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności, wraz z ich etiologią i czynnikami ryzyka. Wskazano m.in. chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego, artropatie, układowe choroby tkanki łącznej, choroby kręgow szyjnych, inne choroby kręzka międzykręgowego oraz choroby tkanek miękkich, odnosząc się do klasyfikacji ICD-10. Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, ogólnopolskie i regionalne. Powołano się na dane WHO i wskazano, że 2015 roku ponad 1,3 miliarda osób na świecie cierpiało na schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego, przy czym najczęstszą przyczyną dolegliwości bólowych były zmiany zwyrodnieniowe stawów oraz zaburzenia w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. W oparciu o dane z Map Potrzeb Zdrowotnych wskazano, że w 2019 r. wartość wskaźnika YLD w Polsce wyniosła blisko 5 mln, z czego 81% dotyczyło chorób niezakaźnych, a 1/5 stanowiły schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego (głównie ból dolnego odcinka kręgosłupa). Prognozy na 2028 r. przewidują wzrost zachorowalności w tej grupie o 8,25%. Należy jednak zaznaczyć, że nie odniesiono się do danych lokalnych.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Kodrąb w latach 2025- 2027”*.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań i prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został zaplanowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie.

W projekcie zaproponowano 4 cele szczegółowe:

- (1) *„uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 50% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Kodrąb w latach 2025–2027”*,
- (2) *„zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe, rekrutujących się z mieszkańców gminy Kodrąb w latach 2025– 2027”*,
- (3) *„wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Kodrąb w latach 2025–2027, mierzony w ciągu 30 dni od zakończenia cyklu rehabilitacyjnego”*,
- (4) *„wzrost wiedzy o minimum 2 punkty na temat właściwych zachowań zdrowotnych u 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Kodrąb w latach 2025–2027”*.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji

programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 zostały sformułowane prawidłowo. Ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań, co zostało uwzględnione w projekcie. Natomiast cel nr 2 częściowo stanowi powielenie założenia głównego.

Cel szczegółowy nr 3 został sformułowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano wykorzystanie jednego z rekomendowanych narzędzi służących do pomiaru aktywności fizycznej tj. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ).

Cel szczegółowy nr 4 dot. działań edukacyjnych został sformułowany prawidłowo, z wykorzystaniem pre- i post-testu. Do programu załączono wzór ww. testu, który nie budzi zastrzeżeń.

Dla ww. celów wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „*odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie) - celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm)*”,
- (2) „*iloraz liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach*”,
- (3) „*iloraz liczby osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach*”,
- (4) „*odsetek liczby osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach*”,
- (5) „*odsetek liczby osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach*”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności.

Należy jednak zaznaczyć, że miernik nr 2 i 3 odnosi się do ilorazu liczby osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych lub poprawę stanu funkcjonalnego, ale nie wskazuje mianownika tego ilorazu, tj. populacji odniesienia (np. wszystkich objętych interwencją). Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka, jak zaproponowano w miernikach nr 1, 4 i 5. Poprawne brzmienie ww. mierników to: „*odsetek osób objętych interwencją, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych (w latach 2025–2027), wyrażony w procentach*” oraz „*odsetek osób objętych interwencją, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w latach 2025–2027, wyrażony w procentach*”.

Wszystkie przedstawione w projekcie mierniki odpowiadają zaprojektowanym celom i większości zostały zaplanowane prawidłowo. Korekty wymaga miernik efektywności nr 2 i 3.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców gminy Kodrąb ze stwierdzoną niepełnosprawnością lub ograniczoną sprawnością z powodów występujących urazów i wypadków, stanów nagłych, posiadających skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty.

W projekcie wskazano, że spośród ok. 4 234 mieszkańców gminy Kodrąb, populacja docelowa kwalifikująca się do udziału w programie wynosi ok. 1 610 osób. Ze względu na ograniczone środki finansowe, planowane jest objęcie interwencją maksymalnie 150 osób rocznie, czyli łącznie 450 osób

przez 3 lata, co stanowi ok. 28% populacji docelowej. Należy jednak zaznaczyć, że w budżecie PPZ wskazano, że nie wszyscy uczestnicy przejdą cały cykl zabiegów fizjoterapeutycznych. Założono, że pełne cykle zostaną wykonane u około 120 osób rocznie, co ma związek z czasowym pogorszeniem stanu zdrowia, albo zakończeniem rocznego kalendarzowego okresu sprawozdawczego.

W projekcie zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia, które w większości zostały zaplanowane prawidłowo. Należy jednak wskazać, że wśród kryteriów kwalifikacji do programu nie odniesiono się do wieku uczestników PPZ, co należy zaplanować.

Interwencja

W programie przewidziano wizyty fizjoterapeutyczne, cykl zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacje psychodietetyczne oraz działania edukacyjne.

Działania edukacyjne

W ramach projektu zaplanowano działania edukacyjne dotyczące profilaktyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Wykłady mogą odbywać się w różnych miejscach, w tym w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury, szkołach. Dodatkowo informacje mogą być również przykazywane podczas wizyt fizjoterapeutycznych. Edukacja obejmie również umiejętności praktyczne np. unikanie zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia do wykonywania we własnym zakresie. Edukacja ma odbywać się co najmniej dwa razy w roku. Czas trwania spotkania to około 60-90 minut. Interwencja będzie również skierowana do rodzin/opiekunów/partnerów osób kwalifikujących się do programu celem uświadomienia ich kluczowej roli w procesie terapeutycznym. Forma spotkania będzie dostosowana do potrzeb uczestników, możliwe jest uczestnictwo zdalne. Dla interwencji edukacyjnej przewidziano ocenę wiedzy uczestników poprzez pre- i post-testy wiedzy. Wzór testu został załączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń.

Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna

Przed rozpoczęciem interwencji zaplanowano przeprowadzenie kwalifikacji uczestników polegającej na weryfikacji spełnienia wymagań formalnych i kryteriów włączenia i wyłączenia z programu, oraz przedłożenia druku zgody. Rekrutację formalną może przeprowadzić pracownik administracyjny, a kwalifikację medyczną – fizjoterapeuta lub pielęgniarka. Po zakończeniu kwalifikacji, każdy uczestnik otrzyma informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej, którą może przekazać lekarzowi POZ celem dalszej diagnostyki poza PPZ.

Zgodnie z PPZ, uczestnik programu odbędzie wizytę w siedzibie realizatora, podczas której fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad i wypełni formularz dotyczący aktualnego stanu zdrowia i chorób współistniejących uczestnika. Wzór ww. formularza został załączony do projektu i nie budzi zastrzeżeń. Kolejno fizjoterapeuta wykona ocenę stanu funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii. W zależności od potrzeby, zostaną wykonane następujące pomiary, m.in.: badanie diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF 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); pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii; w tym pomiar WHtR (ang. waist-to-height ratio); określenie wskaźnika masy ciała BMI.

Następnie fizjoterapeuta przekaze decyzję o udziale uczestnika w programie oraz zaplanuje postępowanie fizjoterapeutyczne w postaci indywidualnego planu rehabilitacji wraz z wyznaczeniem terminu rozpoczęcia tego cyklu.

Cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

Każdy zakwalifikowany uczestnik otrzyma 10-dniowy cykl zabiegów, składający się maksymalnie z 5 zabiegów fizjoterapeutycznych, dostosowanych do problemu zdrowotnego. Liczbę i rodzaj zabiegów ustala fizjoterapeuta, nie przekraczając wskazanych limitów. Uczestnik może skorzystać z dwóch takich serii rocznie, a w szczególnych przypadkach (np. urazy, udary, endoprotezy, mastektomia) liczba zabiegów będzie ustalana indywidualnie. Uczestnicy będą zachęceni do regularnych ćwiczeń fizycznych, a fizjoterapeuta przekaze im zestawy ćwiczeń do samodzielnego wykonywania oraz instruktaż prawidłowych wzorców ruchowych.

W projekcie przedstawiono przykładowe zabiegi, które będzie obejmować interwencja terapeutyczna, tj.: kinezyterapia – w tym: indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno - bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min, ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut, ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut, nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut, wyciągi; masaż – w tym: masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp; elektrolecznictwo – w tym: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy TRAEBERTA, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; leczenie polem elektromagnetycznym – w tym: impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości; światłolecznictwo i termoterapia – w tym: naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe, laseroterapia – skaner, laseroterapia punktowa.

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

Konsultacje psychodietetyczne

Uczestnik programu odbędzie dwie indywidualne konsultacje psychodietetyczne – z dietetykiem i psychologiem (każda po ok. 60 minut). Tematyka będzie dostosowana do potrzeb uczestników, a przydział do grup warsztatowych ustali realizator. Podczas konsultacji i warsztatów poruszane będą m.in. kwestie diety przy schorzeniach narządu ruchu, wpływu czynników psychospołecznych, stresu i technik radzenia sobie z nim, a także relacji między zdrowiem psychicznym a fizycznym. Program przewiduje też możliwość tworzenia spontanicznych grup wsparcia dla chętnych uczestników.

Końcowa wizyta fizjoterapeutyczna

Po zakończeniu cyklu terapii fizjoterapeuta przeprowadzi końcową ocenę stanu funkcjonalnego uczestnika programu. Ocena ta, oparta na testach, kwestionariuszach i innych narzędziach dostosowanych indywidualnie do pacjenta (m.in. uwzględniających wiek, kondycję czy rodzaj schorzenia), zostanie dołączona do dokumentacji medycznej. W trakcie wizyty końcowej zostaną powtórzone wszystkie pomiary wykonane na początku terapii, co umożliwi ocenę efektów leczenia i sformułowanie dalszych zaleceń.

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.).

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 ma być prowadzona na podstawie analizy raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu z wykorzystaniem wskaźników: „liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację”, „procentowa liczba osób niezakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców, w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu”, „liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie vs liczba osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców”, „liczba osób, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne w ramach programu”, „liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji”, „liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań

medycznych”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym”, „liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji”, „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia”, „czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczba osób oczekująca krócej niż 3 miesiące”, „średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych”, „ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu”. Warto zaznaczyć, że jeden z przedstawionych wskaźników tj. „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia” odnosi się bardziej do ewaluacji. Pozostałe wskaźniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Ocena jakości świadczeń została zaplanowana poprzez przeprowadzenie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności oraz wskaźników: „odsetek osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie”, „liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego”, „liczba urazów wśród uczestników programu”, „liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”, „zmiana poziomu wiedzy nt. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa”, „liczba osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała”, „liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)”. Część z przedstawionych wskaźników odnosi się bardziej do monitorowania, tj. m.in. „liczba urazów wśród uczestników programu”, „liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie zdawkowo przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie, w tym zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej. W projekcie opisano sposób zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Całkowity koszt programu oszacowano na 600 000 zł.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, rozeznanie cen rynkowych, zakresy cenowe poszczególnych zabiegów rehabilitacyjnych i konsultacji oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Wskazano, że ww. koszty są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie realizatora wyłonionego w ramach konkursu.

W PPZ zaznaczono, że maksymalny koszt całkowity na uczestnika programu pozwala na objęcie interwencją do ok. 150 osób rocznie, 450 osób w 3-letnim okresie trwania programu. W budżecie natomiast wskazano, że nie pełny cykl fizjoterapeutyczny zostanie wykonany u ok. 120 osób rocznie, co związane jest z czasowym pogorszeniem stanu zdrowia albo zakończeniem rocznego kalendarzowego okresu sprawozdawczego.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Kodrąb. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 80% kosztów realizacji programu ze środków Łódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO 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”.

Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- 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).

Dowody kliniczne dotyczące roli edukacji w procesie rehabilitacji

- 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. Ekspert wskazuje, 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.

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

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/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. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.58.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii dla mieszkańców Gminy Kodrąb na lata 2025-2027”; data ukończenia: lipiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 133/2025 z dnia 4 sierpnia 2025 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii dla mieszkańców Gminy Kodrąb na lata 2025-2027”