



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 3/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino
na lata 2026-2028”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście choroby przewlekłej jak i pourazowej układu kostno-stawowego, układu ruchu, lub choroby obwodowego układu nerwowego. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Będzino poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, działania edukacyjne mogłyby stanowić wartość dodaną.

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;
- jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, planowanej do objęcia programem;
- przedstawienia kryteriów kwalifikacji oraz wyłączenia z udziału w programie oraz określenia warunków udziału w programie;
- zaprojektowania dokumentów formalnych takich jak zgoda uczestnika na udział w programie, oświadczenie o miejscu zamieszkania lub dokument potwierdzający status mieszkańca gminy;
- zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- doprecyzowania opisu interwencji, które zostały opisane w sposób ogólny;
- zaplanowania w projekcie interwencji edukacyjnej oraz przedstawienia pre- i post-testów wiedzy, weryfikujących wzrost wiedzy uzyskanej w ramach zaplanowanych działań;
- doprecyzowania warunków realizacji programu, w szczególności opisanie sposobu zakończenia udziału w programie;
- przedstawienia wskaźników dla oceny zgłaszalności oraz efektywności w części monitorowanie i ewaluacji;
- przeformułowania ankiety satysfakcji z udzielanych w programie świadczeń;
- przedstawienia kosztów kampanii informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Warto zaznaczyć, że w ramach finansowania, w projekcie przewidziano dopłatę pacjenta. Należy mieć na uwadze, iż wprowadzanie opłat od uczestników programu może negatywnie wpłynąć na zgłaszalność do programu oraz stanowi dodatkowe kryterium kwalifikacji do PPZ, które może mieć ujemny wpływ na wielkość populacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Będzino. W ramach programu zaplanowano realizację cyklu rehabilitacji. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Będzino, którzy są zameldowani na jej terenie oraz uzyskują skierowanie na rehabilitację od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 360 000 zł, w tym 240 000 zł waloryzowane o wskaźnik inflacji w latach 2027-2028. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Będzino i dopłat własnych pacjentów. Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2028.

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. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono listę jednostek chorobowych, które kwalifikują się do postępowania rehabilitacyjnego. Należy 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 przedstawiony w sposób zdawkowy i wymaga doszczegółowienia.

W projekcie przedstawiono zdawkowe referencje bibliograficzne dotyczące danych epidemiologicznych, na podstawie których opracowano projekt programu.

W ramach opisu sytuacji epidemiologicznej przedstawiono dane dotyczące wybranych jednostek chorobowych układu kostno-stawowego, mięśniowego oraz obwodowego układu nerwowego, które mogą kwalifikować pacjentów do udziału w programie rehabilitacyjnym. Wskazano m.in. na dane dot. reumatoidalnego zapalenia stawów (lokalnie około 8%), zesztywniającego zapalenia kręgosłupa (lokalnie około 2,5%), dny moczanowej (lokalnie 13%), choroby zwyrodnieniowej stawów (lokalnie 58%) oraz choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (lokalnie 79%). Przedstawiono również informacje dotyczące osteoporozy (7-50% w zależności od wieku, lokalnie około 72% pacjentów w wieku podeszłym), udarów mózgu (zapadalność 125-177/100 tys., lokalnie około 34%) oraz przypadków pourazowych, w tym wynikających z wypadków komunikacyjnych (ok. 4%) i zdarzeń związanych z pracą w rolnictwie.

Należy jednak zaznaczyć, że w przedstawionych danych epidemiologicznych występują niespójności i braki, w większości są to dane oparte na częstości występowania w populacji ogólnej, niepoparte danymi z rejestrów publicznych. Dane mają charakter fragmentaryczny, niespójny i nie zostały odniesione do populacji mieszkańców Gminy Będzino, co uniemożliwia ocenę skali potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do lokalnej populacji. Dane zostały podane w formie odsetków ogólnokrajowych lub szacunkowych (np. „około 58% pacjentów”). W PPZ wskazano, że część danych pochodzi „od lekarzy świadczących pomoc w ramach kontraktów

z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie Gminy Będzino”, 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 opis sytuacji epidemiologicznej nie został przedstawiony prawidłowo i wymaga uzupełnienia.

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

W MPZ na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej na terenie woj. zachodniopomorskiego wskazano na najniższe w kraju wskaźniki realizacji rehabilitacji ambulatoryjnej, w szczególności w zakresie fizjoterapii, mimo relatywnie dobrej dostępności infrastruktury rehabilitacyjnej (9. miejsce w kraju pod względem liczby ośrodków). Jako rekomendowane kierunki działań dla województwa wskazano na m.in. zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju) oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„poprawa i podtrzymywanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego. Zmniejszenie bólu, przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawa operatywności ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego”*.

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

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z wielu odrębnych założeń. W odniesieniu do założenia pierwszego dotyczącego poprawy lub podtrzymywania ogólnej sprawności osób należy wskazać, że nie doprecyzowano jak rozumiana będzie ww. poprawa. Kolejne założenia odnoszą się do zmniejszenia bólu, przywrócenia sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawy sprawności mięśni i stawów, poprawy koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawy operatywności ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego. Wskazane powyżej założenia częściowo wydają się możliwe do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie działań rehabilitacyjnych, jednak w programie nie zaplanowano obiektywnych pomiarów efektów tych działań. Ocena poprawy m.in. stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań (np. przy wykorzystaniu skali VAS). Ponadto cel główny nie zawiera podanej wartości docelowej do jakiej należy dążyć, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 13 celów szczegółowych:

- 1) „powstrzymywanie postępu procesów chorobowych”;
- 2) „zapobieganie nawrotom choroby”;
- 3) „usuwanie dolegliwości”;
- 4) „zwalczanie bólu”;
- 5) „zwalczanie stanów zapalnych”;
- 6) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”;
- 7) „zwiększanie siły mięśniowej”;
- 8) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”;

- 9) „przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych”;
- 10) „odtworzenie propriocepcji”;
- 11) „przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym”;
- 12) „stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur”;
- 13) „przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego”.

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 zostały sformułowane nieprawidłowo, w sposób zbyt ogólny, przypominający bardziej założenia niż cele. Ponadto część z przedstawionych celów (nr 1, 3, 4, 5, 6, 12) stanowi działania. W wielu przypadkach brakuje wskazania, jaki konkretnie efekt zdrowotny ma zostać osiągnięty u uczestników oraz w jaki sposób będzie on oceniany. Należy również zaznaczyć, że 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 programu nie przedstawiono poprawnie sformułowanego celu głównego oraz celów szczegółowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

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

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

Wskaźniki nr 1 i 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Wskaźniki nr 3 i 4 zostały sformułowane nieprawidłowo, ponieważ opierają się jedynie na subiektywnej, a nie obiektywnej ocenie. Podsumowując należy zatem wskazać, że zaplanowane w projekcie mierniki efektywności są sformułowane nieprawidłowo.

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).

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. Prawdopodobnie 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%). Przykładowy cel szczegółowy mógłby brzmieć: „*utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 85% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach realizacji programu*”.

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)- 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 skierowany jest do mieszkańców Gminy Będzino, którzy są zameldowani na jej terenie oraz uzyskują skierowanie na rehabilitację od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. W projekcie zaznaczono, że do udziału w programie uprawniony jest każdy spośród 8274 mieszkańców gminy, który uzyska ww. skierowanie. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie wskazano jednoznacznie ilu mieszkańców obejmie program w ujęciu rocznym oraz w całym okresie realizacji, co należy przedstawić. Należy również wskazać, że na podstawie przedstawionego w programie budżetu również nie jest możliwe oszacowanie populacji. Podsumowując, opis populacji docelowej został przedstawiony w sposób bardzo ogólny i wymaga doprecyzowania oraz przedstawienia szacunków i wyliczeń związanych z populacją docelową.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono kryteriów włączenia i wyłączenia z programu. Dodatkowo nie określono szczegółowych warunków udziału, takich jak wymagany wiek uczestników, konkretne rozpoznania medyczne kwalifikujące do udziału w programie, przeciwwskazania do udziału czy zasady dotyczące wcześniejszego lub równoległego korzystania z rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych. W programie brak jest również odniesień do dokumentów formalnych, takich jak pisemna zgoda uczestnika na udział w programie, oświadczenie o miejscu zamieszkania lub dokument potwierdzający status mieszkańca gminy.

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 zaplanowane w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Interwencja

W programie zaplanowano cykl zabiegów fizjoterapeutycznych. Wśród planowanych interwencji fizjoterapeutycznych wymieniono elektroterapię (jonoforeza, galwanizacja, diadynamik, TENS, elektrostymulacja, prądy Träberta), magnetoterapię (magnetronic), laseroterapię (laser biostymulujący), światłolecznictwo (sollux), ultrasonoterapię (ultradźwięki, ultrafonoforeza), diatermię krótkofalową i Terapuls. Wśród planowanych interwencji kinezyterapii wymieniono ćwiczenia w obciążeniu stawów kończyn i kręgosłupa, ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa, ćwiczenia czynno-bierne i bierne, ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające, izometryczne, naukę czynności lokomocyjnych oraz ćwiczenia indywidualne z wykorzystaniem metod specjalistycznych takich jak: PNF, metoda McKenziego, kinesiotaping. Wskazano, że każdy z zakwalifikowanych pacjentów otrzyma średnio 35-40 zabiegów. Podkreślono, również że o liczbie cykli terapeutycznych zadecyduje podmiot medyczny realizujący program. Zabiegi będą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii.

Przedstawiony opis interwencji został opisany zbyt ogólnie. Należy zaznaczyć, że przedstawiony opis interwencji nie zawiera informacji o ścieżce postępowania z uczestnikiem projektu, nie zakłada przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej ani planu terapeutycznego dobranego do indywidualnych potrzeb uczestników. 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. Zaleca się również uzupełnić zaproponowane w programie interwencje o działania edukacyjne.

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 została zaplanowana na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. Należy jednak wskazać, że w opisie monitorowania nie przedstawiono wskaźników mających zastosowanie w procesie oceny zgłaszalności.

Należy zaznaczyć, że w punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca wskazał wskaźniki mogące mieć zastosowanie przy ocenie zgłaszalności tj. „liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach”, „liczba wykonanych zabiegów”.

Dla danego problemu zdrowotnego, w przypadku uzupełnienia programu o zaplanowane w akapicie „Interwencje” działania, przykładowe wskaźniki dla oceny zgłaszalności brzmią: „liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę fizjoterapeutyczną”, „liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji”, „liczba wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów”, „liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym”, „liczba świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie (z uwzględnieniem przyczyn rezygnacji)”, „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety. Warto jednak zaznaczyć, że załączona ankieta nie zawiera pytań związanych z satysfakcją pacjenta ze zrealizowanych w programie świadczeń, a jedynie pytania o natężenie dolegliwości. Należy zatem podkreślić, że nie zaplanowano w sposób prawidłowy oceny jakości świadczeń w programie tj. anonimowej ankiety satysfakcji przeznaczonej dla każdej grupy odbiorców programu.

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem ankiet zebranych od pacjentów, raportów miesięcznych oraz lokalnych danych epidemiologicznych. Wskazano na następujące wskaźniki: „liczba uczestniczących w programie”, „liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów”, „liczba osób z wykrytymi schorzeniami kwalifikującymi się do zabiegów objętych programem”, „liczba osób ze wskazaniem do dalszego leczenia”, „liczba uczniów ze wskazaniem dalszej rehabilitacji po zakończeniu programu”. Należy jednak zaznaczyć, że większość z wymienionych wskaźników nie ma zastosowania w procesie ewaluacji mogą natomiast zostać wykorzystane podczas monitorowania. Jedynie wskaźnik „liczba osób skierowanych do dalszego postępowania medycznego” może zostać wykorzystany w procesie ewaluacji. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie. W związku z niewieloma prawidłowo zaplanowanymi miernikami, przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności programu może być w istocie utrudnione.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Należy jednak wskazać, że sposób zakończenia udziału w programie został opisany bardzo ogólnie i wymaga doprecyzowania. W projekcie wskazano jedynie, że o zakończeniu udziału w programie decyduje podmiot medyczny realizujący program, po rozważeniu wskazań i ewentualnych przeciwwskazań do udziału pacjenta w programie. Nie odniesiono się do ukończenia programu ze względu na zrealizowanie wszystkich zaplanowanych w programie interwencji czy możliwości rezygnacji z udziału w programie na dowolnym jego etapie przez uczestnika PPZ.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Należy wskazać, że w kosztach jednostkowych uwzględniono jedynie koszty związane z realizacją zabiegów fizjoterapeutycznych, nie odniesiono się do kosztów ewaluacji, monitorowania, do kosztów związanych z akcją informacyjno-promocyjną.

Należy wskazać, że program przewiduje dopłatę pacjenta w wysokości 30%, jednocześnie nie wskazano, jaka jest wysokość kosztu ponoszonego przez pojedynczego pacjenta. Należy mieć na uwadze, iż wprowadzanie opłat od uczestników może negatywnie wpłynąć na zgłaszalność do programu. Ponadto wprowadzenie takiej opłaty powinno stanowić dodatkowe kryterium kwalifikacji do udziału PPZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 360 000 zł, w tym 240 000 zł waloryzowane o wskaźnik inflacji w latach 2027-2028.

Program zostanie sfinansowany ze środków pochodzących z budżetu Gminy Będzino oraz z dopłat pacjentów.

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 zarabkowania 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, całościowo 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

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021). Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami naceLOWANYMI na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).

- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawrzeć 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.

PREZES

Daniel Rutkowski

/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. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.32.2025 „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”; data ukończenia: styczeń 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 3/2026 z dnia 12 stycznia 2026 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”.