



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 21/2021 z dnia 15 kwietnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Myszyniec na lata 2021-2023”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2021-2023” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (art. 9a i 9b ust. ustawy o świadczeniach).

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cele oraz mierniki efektywności należy przeformułować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zastosowanie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Opis programu wymaga uzupełnienia w tym zakresie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej (PPZ) zaplanowany na lata 2021-2023 z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowany na terenie gminy Myszyniec. Program skierowany jest do osób w wieku ≥ 60 lat z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Wielkość populacji docelowej oszacowano na ok. 100 osób rocznie. Planowane koszty całkowite realizacji programu oszacowano na 94 500 zł.

Projekt dotyczy sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465).



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 (2020 poz. 1398 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 odnosi się do bardzo ogólnie zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są wymagające rehabilitacji choroby przewlekłe i zapalne ukł. kostno-stawowego i mięśniowego, urazy i choroby obwodowego układu nerwowego. Wpisuje się on w priorytet zdrowotny: „rehabilitacja”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie PPZ odniesiono się do światowych, regionalnych i lokalnych danych epidemiologicznych. Wskazano, że zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych w roku 2016 woj. współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu chorób układu kostno-mięśniowego wynosił 801-1154/100 tys. stanowiąc jeden z niższych w woj. mazowieckim, współczynnik chorobowości AOS wynosił 4203-6503/100 tys. Współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu urazów w powiecie ostrołęckim wynosił 2857-5183/100 tys., natomiast współczynnik chorobowości AOS wynosił 3299-4347/100 tys. W roku 2016 na terenie woj. mazowieckiego odnotowano 9,43 tys. (19,67% wszystkich hospitalizacji z powodu ogółu chorób ukł. nerwowego innych niż charakterystyczne dla osób w wieku podeszłym) hospitalizacji z powodu mononeuropatii, zespołu cieśni oraz radikulopatii.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej co najmniej 100 mieszkańcom gminy Myszyniec rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez dofinansowanie kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie gminy w latach 2021-2023”*. 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 określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowane założenie główne programu sformułowane zbyt ogólnikowo i mało precyzyjne – zatem utrudniony jest prawidłowy dobór mierników efektywności. Warto również zauważyć, że ze względu na ograniczoną liczbę zabiegów realizacja celu może okazać się utrudniona.

W treści projektu programu przedstawiono także 4 cele szczegółowe:

- (1) *„wzrost liczby mieszkańców gminy Myszyniec z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2021-2023”;*
- (2) *„ograniczenie ryzyka nawrotu urazu poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2021-2023”;*
- (3) *„ograniczenie ryzyka progresji choroby układu ruchu lub choroby obwodowego układu nerwowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2021-2023”;*
- (4) *„zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2021-2023”.*

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 polityki zdrowotnej. W przypadku celu 1 nie przytoczono wartości wyjściowej dotyczącej liczby osób z rozpoznaniem ww. schorzeń. Cele 2 i 3 są trudno mierzalne. Ponadto, biorąc pod uwagę zaplanowane interwencje, ich liczbę, a także czas trwania wszystkie powyższe cele mogą okazać się trudne do zrealizowania.

W treści projektu programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

- (1) „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej (wd. co najmniej 75%)”;
- (2) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post testów przeprowadzanych po przekazaniu materiałów edukacyjnych w porównaniu z pre-testami przed ich przekazaniem; wd. wzrost o 30%)”;
- (3) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wynik skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymania świadczeń w programie; wd. co najmniej 10%)”.

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. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Należy zwrócić uwagę, że wskaźnik 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, natomiast może być natomiast wykorzystany w ramach monitorowania. Wskaźnik 2 pozwoli na pomiar efektywności działań edukacyjnych w programie, tym samym ocenę realizacji celu szczegółowego nr 4. Skala VAS wymieniona we wskaźniku 4 umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co częściowo może wpłynąć na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych. Natomiast w projekcie nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Ponadto nie przytoczono mierników bezpośrednio odnoszących się do większości celów programu, w tym do założenia głównego.

Podsumowując, element projektu PPZ dotyczący celów i mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Myszyniec w wieku 60 lat i więcej z rozpoznaną chorobą przewlekłą lub zapalną układu ruchu oraz urazem lub chorobą obwodowego układu nerwowego. Zgodnie z treścią projektu, populacja osób w wieku ≥ 60 lat zamieszkujących gminę liczy ok. 2000 osób, co koresponduje z danymi GUS. Na podstawie danych dotyczących chorobowości oszacowano, że populacja kwalifikująca się do programu wyniesie ok. 200 osób rocznie. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi obejmie ok. 100 mieszkańców rocznie (ok. 50% populacji docelowej).

Wnioskodawca przedstawił kryteria włączenia/wyłączenia do/z programu, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Indywidualny plan rehabilitacji

Indywidualny plan rehabilitacji zostanie opracowany na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza POZ, lekarza specjalisty) lub fizjoterapeuty. Zaplanowano realizację zabiegów fizjoterapeutycznych (m.in. elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traeberta, prądy Kotza, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; leczenie prądem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapia; hydroterapię)

i kinezyterapeutycznych (indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, pionizacja, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, inne formy usprawniania, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające) oraz masażu.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane 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). Tym samym należy podkreślić, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania”. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010).

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią projektu edukacja będzie polegała na przekazaniu uczestnikowi programu materiałów edukacyjnych. Będą one miały formę nagranych wykładów (60 min.) w formie elektronicznej lub dla osób, które nie mają możliwości odtworzenia wykładu on-line w formie papierowej. Autorzy zaplanowali badanie poziomu wiedzy przed przekazaniem materiałów oraz po ich przekazaniu. Proponowana tematyka edukacji zdrowotnej dotyczy roli diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobiegania wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego trybu życia, sposobów radzenia sobie ze stresem. Działania edukacyjne zaplanowano w sposób poprawny.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

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 ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności. Proponowane zapisy są poprawne.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu, co jest rozwiązaniem prawidłowym.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano coroczną oraz końcową analizę: „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej”, „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie”. Wskaźnik dotyczący „odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej” odnosi się bardziej do monitorowania. 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

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano indywidualne plany rehabilitacji, a następnie analizę kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności. Kolejnymi wskazanymi etapami są ewaluacja oraz

przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu. Przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Realizator programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W treści programu zaplanowano akcję informacyjną (plakaty, ulotki), jednak nie przedstawiono jej szczegółów, co wymaga uzupełnienia.

Całkowity budżet programu oszacowano na 94 500 zł (31 500 zł rocznie).

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe: koszt uczestnictwa w programie – 300 zł (50% kosztu indywidualnego planu rehabilitacyjnego (290 zł) oraz 50% kosztu materiałów edukacyjnych (10 zł)). Uzasadniono to ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy oraz chęcią objęcia programem jak największej liczby mieszkańców. Koszt akcji informacyjnej oszacowano na 500 zł, natomiast koszt monitorowania i ewaluacji na 1 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Myszyniec (50% kosztów) oraz z środków własnych uczestników programu (50% kosztów). Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

Problem zdrowotny

Niepełnosprawność (wg WHO) to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Ocena technologii medycznej

Ze względu na fakt, że PPZ skierowane do osób niepełnosprawnych nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, ograniczono się do przedstawienia wybranych najnowszych, wiarygodnych opracowań, zaleceń oraz przeglądów systematycznych

dotyczących rehabilitacji medycznej obejmującej: rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, neurologiczną, pourazową, w schorzeniach kostno-stawowych, rehabilitację po udarze mózgu, rehabilitację wzroku, słuchu, fizjoterapię, kinezyterapię.

Odnalezione wytyczne kliniczne dotyczące rehabilitacji wskazują, że:

- Współczesne standardy dowodów i metody stanowią wiele wyzwań dla dziedziny niepełnosprawności i rehabilitacji (NCDDR 2009 – *National Centre for the Dissemination and Disability Research*). Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD = 0,46; 95%CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *intelligence quotient* IQ); SMD = 0,46; 95%CI: 0,33; 0,59). Efekt ten nie utrzymał się w wieku szkolnym.

- Pollock 2014C – W przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Oosterhuis 2014 – Celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacji programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.13.2021 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2021-2023” realizowany przez: gminę Myszyniec, Warszawa, kwiecień 2021; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 55/2021 z dnia 6 kwietnia 2021 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2021-2023”.