



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 17/2023 z dnia 12 maja 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej Miasta Skarżysko-Kamienna na lata
2023-2025 w zakresie rehabilitacji medycznej”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej Miasta Skarżysko-Kamienna na lata 2023-2025 w zakresie rehabilitacji medycznej”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi, co wzięto pod uwagę przy wydaniu pozytywnej opinii.

Oceniany projekt programu zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dlatego należy mieć na uwadze, aby zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powielaty świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga doprecyzowania, wskazania wartości docelowej i jej uzasadnienia.
- Część celów szczegółowych wymaga przeformułowania, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części opinii. Cel szczegółowy nr 2 wymaga wskazania uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.
- Opis mierników efektywności należy uzupełnić tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- Punkt dotyczący działań edukacyjnych wymaga doprecyzowania. Należy określić szczegółowo formę i ilość spotkań w ramach działań edukacyjnych oraz kwalifikacje osób przeprowadzających edukację.
- Dodatkowe wskaźniki ewaluacyjne bazujące na danych epidemiologicznych mają ograniczone zastosowanie w ewaluacji zaplanowanych działań rehabilitacyjnych. Zatem ten element programu wymaga korekty.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej. Całkowity koszt programu oszacowano na 750 000 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2023-2025.

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. 2022

poz. 2561, 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

Oceniany projekt odnosi się do problemów zdrowotnych, które prowadzą do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniają lub uniemożliwiają normalne funkcjonowanie. Przedstawiono opis najpowszechniejszych chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów.

Projekt programu zawiera opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, ogólnopolskiej, regionalnej i lokalnej.

Dane EHIS (European Health Interview Survey), wskazują, że w 2014 roku, 59% dorosłych Polaków deklaroowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe, z czego najczęściej wymienianą dolegliwością były bóle dolnych partii pleców.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie świętokrzyskim liczba pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. mieszkańców plasuje województwo na 7 miejscu w kraju. Pod względem liczby porad lekarskich na 100 tys. mieszkańców województwo plasuje się na 11 pozycji ze wszystkich województw, a wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności - na 3 miejscu w kraju. Główna przyczyna zgłaszania się chorych na rehabilitację to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (72%).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna poprzez objęcie świadczeniami fizjoterapeutycznymi do 300 osób rocznie, w latach 2023-2025”*. Cel główny został sformułowany ogólnie. Nie wskazano uzasadnienia dla podanej wartości docelowej, co należy uzupełnić. Do projektu programu załączono formularz oceny stanu zdrowia uczestnika oraz przykładowe testy funkcjonalne możliwe do zastosowania w ocenie efektywności programu. Należy określić, które testy zostaną wykorzystane w programie oraz jaki wynik świadczyłby o zahamowaniu lub ograniczeniu skutków procesów chorobowych.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) *„uzyskanie racjonalnego cyklu świadczeń fizjoterapeutycznych zgodnych z indywidualnym planem rehabilitacji wśród minimum 300 osób rocznie, z populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025”*,
- 2) *„zmniejszenie o 50 przypadków liczby hospitalizacji z powodu schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego wśród populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025”*,
- 3) *„zwiększenie dostępności uczestnikom programu – z populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025 – do świadczeń fizjoterapii, poprzez skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia fizjoterapeutyczne”*,
- 4) *„uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej (w tym kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków behawioralnych) u co najmniej 50% osób z populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025, uczestniczących w części edukacyjnej programu”*.

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.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany nieprawidłowo i nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego wynikającego z realizacji działań, a do samego faktu ich podjęcia. Cel szczegółowy nr 2 nie zawiera uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. Cel szczegółowy nr 3 nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego - zwiększenie dostępu do świadczeń fizjoterapeutycznych nie musi przełożyć się na liczbę osób, u których nastąpi poprawa stanu zdrowia. Cel szczegółowy nr 4 odnoszący się do wzrostu wiedzy jest możliwy do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne, a jego pomiar - z zaplanowanymi pre- i post-testami. Tym samym cele szczegółowe programu wymagają korekty.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) *„odsetek osób biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu, wśród populacji mieszkańców Skarżysko-Kamiennej, w latach 2023-2025, ustalony na podstawie zgód przekazanych przez realizatora”*,
- 2) *„liczba osób u których uzyskano obiektywną postawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ograniczeń w ruchomości, na podstawie badania końcowego, wśród populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez Realizatora programu”*,
- 3) *„liczba osób z populacji mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025 oczekujących na uzyskanie świadczenia fizjoterapeutycznego poniżej 3 miesięcy od wystawienia skierowania przez lekarza kierującego”*,
- 4) *„średni czas oczekiwania na rozpoczęcie cyklu świadczeń fizjoterapeutycznych od wystawienia skierowania przez lekarza kierującego, przez mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna w latach 2023-2025”*,
- 5) *„odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy (w tym wiedzy na temat zachowań i nawyków behawioralnych) wśród uczestników części edukacyjnej programu rekrutujących się z populacji wśród mieszkańców Miasta Skarżysko-Kamienna, w latach 2023-2025, (weryfikacja na podstawie post-testu, wartość docelowa mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej”*,
- 6) *„odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”*.

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, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Mierniki nr 1, 3 i 4 nie spełniają funkcji mierników efektywności, mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, gdyż powinien zakładać dwukrotny pomiar stanu funkcjonalnego pacjenta – przed rozpoczęciem interwencji oraz po jej zakończeniu. Mierniki nr 5 i 6 odnoszą się do celu szczegółowego nr 4 dotyczącego wzrostu wiedzy u uczestników programu. Nie przedstawiono więc poprawnie sformułowanych mierników efektywności odnoszących się do wszystkich celów programu.

Reasumując, cel główny wymaga doprecyzowania a cele szczegółowe wymagają przeformułowania zgodnie z powyższymi uwagami. Punkt dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy miasta Skarżysko-Kamienna.

W związku z ograniczeniami finansowymi planowane jest objęcie programem ok. 300 osób rocznie a w całym okresie realizacji – ok. 900 osób (co stanowi ok. 10% populacji docelowej).

Kryteria włączenia do programu obejmują: skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty o specjalizacji mającej zastosowanie w terapii układu narządu ruchu ze wskazaniem liczby oraz rodzaju zabiegów (od daty wystawiania skierowania do rejestracji w placówce realizującej program nie może minąć więcej niż 30 dni kalendarzowych); pisemną zgodę na udział w programie; zamieszkiwanie na terenie miasta Skarżysko-Kamienna; brak stałych lub czasowych przeciwwskazań uniemożliwiających wykonanie świadczeń w ramach programu; oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatniego roku nie uczestniczył w działaniach obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie. W przypadku czasowych przeciwwskazań możliwe jest ustalenie nowego terminu rozpoczęcia uczestnictwa w programie.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: brak skierowania od lekarza POZ; skierowanie wystawione przez lekarza o specjalizacji nie mającej zastosowania w leczeniu chorób układu ruchu; skierowanie z datą powyżej 30 dni od momentu zgłoszenia się do placówki realizującej program; brak pisemnej zgody na udział w programie, brak potwierdzenia zamieszkania w mieście Skarżysko-Kamienna; mniej niż 6 miesięcy od ostatnio wykonanego cyklu rehabilitacji; cykl interwencji objętych programem zaplanowany w terminie krótszym niż 2 miesiące; korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) w terminie krótszym niż 3 miesiące od zgłoszenia do placówki. Z programu zostaną wyłączone osoby, które w czasie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ, a także osoby, które nie ukończyły cyklu terapeutycznego w programie z powodu dobrowolnej rezygnacji. Kryterium wyłączenia będzie również pojawienie się innych przeciwwskazań medycznych zaistniałych podczas trwania programu, zagrażających bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, program obejmuje działania rehabilitacyjne oraz edukacyjne.

Działania edukacyjne

Edukacja zdrowotna będzie obejmować temat ryzyka i korzyści wynikających m.in. ze zmiany nawyków żywieniowych i behawioralnych. Wskazano, że mają zostać przekazane informacje na temat niefarmakologicznego leczenia schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego tj. redukcji czynników ryzyka, odpowiedniego odżywiania, zapewnienia optymalnego stężenia witaminy D, zapobiegania upadkom, ćwiczeń fizycznych, rehabilitacji po złamaniach, zaopatrzenia ortopedycznego oraz walki z bólem. Szczególny nacisk zostanie położony na kształtowanie umiejętności praktycznych, takich jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz wykonywania prostych ćwiczeń fizycznych.

W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu oraz post-testu. Do projektu programu nie załączono wzoru testów, więc ich weryfikacja nie była możliwa.

Forma działań edukacyjnych została ogólnie przedstawiona. Wskazano wiele różnych sposobów, jak te działania mogłyby zostać zrealizowane i że jest to zależne od możliwości realizatora. Nie jest znana ostateczna forma realizacji planowanych działań (klasyczne wykłady czy przy pomocy m.in. e-learningu, telekonferencji), czy obejmą one poradę dietetyka i psychologa, jakie są kryteria kwalifikujące do tego typu konsultacji.

Działania rehabilitacyjne

Dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny, określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty.

Działanie to zostanie poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym wraz ze wstępną oceną stanu zdrowia, przeprowadzonym przez fizjoterapeutę.

Plan obejmuje zabiegi fizjoterapeutyczne: kinezyterapię, masaże oraz fizykoterapię (elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym oraz światłolecznictwo i termoterapię). Zabiegi wykonywane będą w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, średnio po 5 zabiegów dziennie.

Zaplanowano także przeprowadzenie instruktażu dla opiekunów osób unieruchomionych/niemających możliwości dojazdu do gabinetu. Instruktaż będzie trwał 5 godzin, a jego zakres będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi. W uzasadnionych przypadkach, po uzyskaniu odpowiedniego skierowania, powyższy instruktaż przeprowadzony zostanie w warunkach wizyty domowej, bezpośrednio dla osoby chorej lub osoby opiekującej się chorym.

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 2020).

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. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.). Tym samym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń, co może wymagać podjęcia działań umożliwiających współpracę z NFZ w celu wykrycia ewentualnych nieprawidłowości.

Podsumowując, działania zaplanowane w programie są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Należy określić szczegółowo formę i ilość spotkań w ramach działań edukacyjnych oraz kwalifikacje osób przeprowadzających edukację, np. lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, dietetyk, specjalista ds. zdrowia publicznego.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że 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 natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie analizy liczby zgód na udział w programie: „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 przesiewowe w ramach programu”, „liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji”, „liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich”, „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”, „ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu”.

Planowane jest bieżące uzupełnianie informacji o każdym z uczestników programu w formie elektronicznej bazy danych: „data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt”, „numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ”, „informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik”, „data zakończenia udziału w PPZ z podaniem przyczyny”. Analizie zostanie poddana również populacja,

która nie weźmie udziału w programie pomimo wyrażenia zgody lub zrezygnuje w trakcie jego trwania, w celu przeanalizowania oraz monitorowania przyczyn rezygnacji z udziału w programie.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie obejmuje przeprowadzenie ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Uczestnicy programu będą mieli możliwość zgłaszania pisemnych uwag do realizatora programu dotyczących realizacji PPZ.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie wybranych wskaźników: „liczba osób z dolegliwościami bólowymi”, „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”, „czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczba osób oczekujących krócej niż 3 miesiące”, „średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych”, „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 wskaźników, np. dotyczących czasu oczekiwania/średniego czasu oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne, nie ocenia wprost efektywności działań realizowanych w programie. Wskaźniki te mogą być wykorzystane podczas monitorowania. Jednakże średni czas oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne przeprowadzone w programie mógłby pomóc określić efektywność organizacyjną tego programu.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej, co zostało uwzględnione w projekcie.

Dodatkowo jeśli będą dostępne dane epidemiologiczne, planowane jest przedstawienie: „porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia” oraz „porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia”. Jednakże samo zrealizowanie działań rehabilitacyjnych nie prowadzi do zmniejszenia zapadalności na wybrane schorzenia we wskazanej populacji. Ponadto wskazany cel główny został sformułowany ogólnie i odnosi się do zahamowania lub ograniczenia skutków procesów chorobowych. Przedstawione wskaźniki mają więc ograniczone zastosowanie w ewaluacji zaplanowanych w programie działań rehabilitacyjnych.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

Zakończenie udziału w programie nastąpi z chwilą zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu terapeutycznego lub zakończenia programu. Uczestnikom zostaną przekazane zalecenia dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania rehabilitacji na rynku komercyjnym.

Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki, fizjoterapeuta będzie zobowiązany do przekazania uczestnikom wytycznych, rekomendacji na późniejszy okres oraz wskazań do samoobserwacji objawów.

Przerwanie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie po złożeniu pisemnego potwierdzenia rezygnacji. W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia może nastąpić obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu po pisemnym potwierdzeniu takich zdarzeń.

W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości uczestnicy zostaną poinformowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, poza programem, które w ramach kontraktu z NFZ zajmują się diagnostyką i leczeniem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej poprzez lokalne media, lokalne podmioty lecznicze i inne instytucje wsparcia społecznego oraz kościoły i placówki opieki duszpasterskiej.

Całkowity budżet programu oszacowano na 750 000 zł. W kosztach jednostkowych uwzględniono: koszt badania fizjoterapeutycznego kwalifikacyjnego wraz ze wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika, koszt cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych w siedzibie realizatora, koszt instruktora w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych, koszt instruktora dla opiekunów osób unieruchomionych w ramach wizyty domowej, koszt podsumowania zabiegów fizjoterapeutycznych i oceny końcowej stanu zdrowia uczestnika, koszt ewaluacji i monitorowania, koszt działań informacyjno-promocyjnych, koszty zarządzania/rezerwa finansowa.

Program będzie finansowany z budżetu miasta Skarżysko-Kamienna. Zaznaczono, że miasto może ubiegać się o dofinansowanie ze środków NFZ.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) termin niepełnosprawność definiuje jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

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 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 ścięgniasto-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.

Jednakże należy zaznaczyć, że 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

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod 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 stwierdzenie 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 z odnalezionych dowodów naukowych

- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że fizyczna rehabilitacja jest bardziej efektywna niż podstawowa opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu. Podstawowa opieka obejmowała funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe.

- Celem przeglądu Oosterhuis 2014 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).
- Celem przeglądu Mehrholz 2014 była ocena treningu na bieżni i systemu wsparcia ciężaru 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 zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym. Niepełnosprawność ma wpływ na rozwój jednostki i jakość jej życia, 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.

Realizacja 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.9.2023 „Program polityki zdrowotnej Miasta Skarżysko-Kamienna na lata 2023-2025 w zakresie rehabilitacji medycznej”, data ukończenia maj 2023, oraz aneksu: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 74/2023 z dnia 8 maja 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej Miasta Skarżysko-Kamienna na lata 2023-2025 w zakresie rehabilitacji medycznej”.