



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 78/2023 z dnia 1 grudnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Ożarów”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia wynika z faktu, że przedłożony do oceny projekt zawiera liczne uchybienia, dlatego też nie powinien być realizowany, gdyż niepewne jest uzyskanie efektu terapeutycznego. W związku z tym w pracach nad kolejną wersją programu należy uwzględnić uwagi, które zostały wskazane w dalszej części niniejszej opinii, w tym:

- należy poprawnie sformułować cele, mierniki efektywności i wskaźniki wykorzystywane podczas ewaluacji;
- w sposób jasny i nie budzący wątpliwości należy oszacować populację kwalifikującą się do udziału w programie;
- analizy i skorygowania wymagają zapisy dotyczące planowanego terminu realizacji programu;
- należy określić liczbę oraz czas trwania zajęć edukacyjnych;
- szczegółowego opisu wymaga problem zdrowotny oraz część epidemiologiczna w tym należy odnieść się do regionalnej MPZ;
- w przypadku podtrzymania decyzji o zakupie sprzętu w programie należy szczegółowo doprecyzować zapisy dotyczące praw własności zakupionego sprzętu w szczególności po zakończeniu realizacji programu, a także dotyczące wykorzystania sprzętu w przyszłości po zakończeniu realizacji programu;
- w warunkach włączenia do programu należy odnieść się do kryterium wieku, które wynika z opisu populacji docelowej;
- istotne jest, aby w programie znalazły się zapisy dotyczące warunków lokalowych oraz wyposażenia
- należy uzupełnić ankietę satysfakcji o pytania odnoszące się do jakości działań edukacyjnych.

Należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu

uniknięcia ww. ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane.

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom mógłby stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Niepełnosprawność jest narastającym problemem klinicznym i społecznym, a Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazuje na wzrost chorobowości związanej z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego o ponad 8% do 2028 r.

W związku z powyższym niezbędne jest skorygowanie zapisów projektu i ponowne przekazanie dokumentu do oceny.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowany przez gminę Ożarów. Program jest skierowany do dorosłych pacjentów z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, choroby obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Całkowity koszt realizacji 252 305,50 zł., zaś okres realizacji to lata 2023-2025. Warto zauważyć, że ze względu na zbliżający się koniec roku założenie realizacji programu w 2023 r. jest mało prawdopodobne. Ponadto w dokumencie istnieje nieścisłość gdyż w jednym miejscu w dokumencie pojawia się okres realizacji w latach 2023-2024. Powyższe kwestie wymagają zatem przeanalizowania i skorygowania.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., 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

W opiniowanym dokumencie zdawkowo przedstawiono opis problemu zdrowotnego. Wskazano, że fizjoterapia stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego, w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności pacjentów. Ponadto opisano dwie jednostki chorobowe tj. chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa oraz udar mózgu.

Projekt programu nie zawiera referencji bibliograficznych ani wykazu piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego, co wymaga uzupełnienia.

W treści projektu programu pobieżnie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w kraju, a z przytoczonych danych nie wynika np. jakiej populacji, czy jakiego okresu one dotyczą. Ponadto w przypadku liczby osób cierpiących na dolegliwości układu kostno-stawowego i mięśniowego nie podano źródła z którego zaczerpnięto informację. W dokumencie nie przedstawiono lokalnych danych epidemiologicznych i nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Z danych MPZ wynika, że województwo świętokrzyskie miało najwyższe wskaźniki wśród województw w zakresie liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach rehabilitacji stacjonarnej (1 010/100 tys. osób) oraz liczby osobodni w rehabilitacji stacjonarnej (23 626,27/100 tys. osób). Wysokie wartości wskaźników odnotowano także np. w zakresie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji w warunkach domowych (269/100 tys. osób), liczby zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach rehabilitacji domowej (50 985/100 tys. osób). W MPZ wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa świętokrzyskiego wskazano m.in. na „zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych

w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez podejmowanie działań w celu uruchomienia rehabilitacji w obszarach bez zabezpieczenia”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poszerzenie wiedzy o profilaktyce wtórnej i zachęcenie mieszkańców gminy Ożarów do stosowania tych zaleceń w praktyce. Ograniczenie niepełnosprawności i dolegliwości bólowych u co najmniej 240 uczestników programu”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowany cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń co jest działaniem nieprawidłowym. W pierwszym założeniu część dotycząca poziomu wiedzy jest możliwa do osiągnięcia. Zapewniają to planowane działania edukacyjne (w tym pomiar zmian poziomu wiedzy za pomocą pre- i post-testów, zdawalność testu założono na poziomie min. 75%). Natomiast część dotycząca zachęcenia mieszkańców gminy do stosowania zaleceń stanowi działanie i w istocie jest niemierzalna. Drugie założenie dotyczące ograniczenia niepełnosprawności i dolegliwości bólowych jest możliwe do osiągnięcia z uwagi na zaplanowane w programie działania rehabilitacyjne. Warto jednak zaznaczyć, że ograniczenie niepełnosprawności i dolegliwości bólowych zaplanowano u wszystkich osób uczestniczących w programie, czego nie uzasadniono w projekcie. Należy również podkreślić, że nie uzasadniono przyjętych wartości docelowych, co wymaga uzupełnienia.

Przykład poprawnego brzmienia celu głównego: „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej ...% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Ożarów w latach 2023-2025”. Ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) „zapewnienie świadczeń fizjoterapeutycznych oraz poprawa świadomości dotyczącej czynników ryzyka, takich jak np. niski poziom aktywności fizycznej w populacji docelowej dotkniętej problemem chorób układu ruchu lub chorób obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, objętej interwencjami w programie w latach 2023-2025”;
- (2) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2023-2025”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, a ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym jego osiągnięcie. 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. Zaproponowane cele zostały sformułowane nieprawidłowo. Cel nr 1 składa się z dwóch założeń, z których pierwsze nie dotyczy efektu zdrowotnego, a drugie jest niemierzalne, natomiast cel nr 2 stanowi częściowe powielenie celu głównego.

Przykłady poprawnego brzmienia celu szczegółowego „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu wśród ...% populacji docelowej programu”; „zmniejszenie dolegliwości bólowych (na podstawie skali VAS) u ...% uczestników programu, u których w ramach programu wdrożono interwencje rehabilitacyjne”.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „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 na końcowej wizycie fizjoterapeutycznej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami: wynik dobry: wzrost o 30%”;

- (2) „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: wynik dobry: co najmniej 10%”;
- (3) „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu w stosunku do ogółu uczestników (%)”;
- (4) „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby obwodowego układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników”.

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. Większość zaplanowanych wskaźników sformułowano nieprawidłowo (za wyjątkiem miernika nr 1). Wskaźniki 2, 3 i 4 nie spełniają funkcji mierników jednak pierwszy z nich można wykorzystać podczas ewaluacji, a dwa pozostałe podczas monitorowania.

Przykłady poprawnie zapisanych mierników: „liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”; „odsetek osób, u których w post-testcie odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”; „odsetek osób, u których w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami rehabilitacji leczniczej doszło do zmniejszenia natężenia odczuwanego bólu (wyniki skali VAS) – porównanie pomiędzy wynikami uzyskanymi na wizycie kwalifikacyjnej (pre-test) a wynikami uzyskanymi po zrealizowaniu interwencji rehabilitacyjnych (post-test)”.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dorosłych mieszkańców gminy Ożarów z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, choroby obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Populację docelową oszacowano na 690 osób, jednak program obejmie ok. 240 osób (48 osób w 2023 r., 96 osób kolejno w 2024 i 2025 r.). W dokumencie wskazano, że szacunki dotyczące populacji przeprowadzono na podstawie danych statystycznych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii. Należy zaznaczyć, że w opisie danych epidemiologicznych ujętych w projekcie odniesiono się jedynie do ogólnopolskich wskaźników zachorowalności i śmiertelności z powodu udarów mózgu, dlatego niejasne jest, w jaki sposób wykorzystano te informacje do obliczenia liczby osób leczonych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w gminie. Kwestie te wymagają wyjaśnienia i opisanie w projekcie.

W dokumencie określono kryteria włączenia, w których nie ujęto wieku uczestników, natomiast w opisie populacji docelowej wskazano, że program będzie skierowany do osób dorosłych. W związku z tym, zapisy projektu w tym zakresie powinny zostać uzupełnione. Zaproponowane kryteria wyłączenia nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W programie planowane jest wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Działania rehabilitacyjne

Dla każdego uczestnika programu zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę na wizycie kwalifikacyjnej. Cykl terapeutyczny trwać będzie 10 dni (średnio po 4 zabiegi dziennie dla jednego pacjenta). Plan obejmie następujące zabiegi fizjoterapeutyczne:

- kinezyterapię, w tym: indywidualną pracę z pacjentem – minimum 30 minut (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacyjne i manipulacyjne), ćwiczenia wspomagające – minimum 15 minut, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – minimum 15 minut, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut, ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut, wyciągi, inne formy usprawniania (kinezyterapia) – minimum 15 minut, ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę);
- masaż, w tym: masaż suchy (częściowy) – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym minimum 15 minut czynnego masażu oraz masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące itp.);
- elektrolecznictwo, w tym: galwanizację, jonoferezę, elektrostymulację, tonolizę, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy TRAEBERTA, prądy KOTZA, ultradźwięki miejscowe oraz ultrafonoferezę;
- światłolecznictwo i termoterapię, w tym: naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym, i/lub ultradźwiękowym – miejscowe oraz laseroterapię punktową.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/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 (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Podkreślenia wymaga, że wszystkie zaplanowane w programie zabiegi fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Działania edukacyjne

Zajęcia edukacyjne prowadzone będą przez cały cykl terapeutyczny przez fizjoterapeutę. Tematyka ma zostać dostosowana do potrzeb uczestnika i obejmować zagadnienia dotyczące wtórnej profilaktyki chorób układu ruchu, chorób obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego, aktywności fizycznej i ergonomii ruchu. W projekcie przewidziano badanie poziomu wiedzy uczestników za pomocą opracowanego przez realizatora pre-testu przed terapią oraz post-testu po realizacji interwencji rehabilitacyjnych, co jest działaniem zasadnym. W programie nie odniesiono się do szczegółowych informacji z zakresu realizacji interwencji, tj. liczby oraz czasu trwania zajęć edukacyjnych.

W dokumencie podkreślono, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta. Uczestnicy kończący cykl zabiegów, podlegać będą ocenie fizjoterapeutycznej i razie potrzeby mogą zostać zakwalifikowani na kolejny cykl (maksymalnie 3 cykle w ciągu roku).

Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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 będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu przy wykorzystaniu wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Załączony wzór wymaga jednak uzupełnienia o pytania dotyczące jakości działań edukacyjnych.

Ocena efektywności programu będzie przeprowadzana poprzez analizę wskaźników, jednak część z nich odnosi się bardziej do oceny monitorowania i tam też powinna być ujęta, tj. „*odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej*”, „*liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby narządu ruchu w stosunku do ogółu uczestników*” oraz „*liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników*”.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w ocenianym programie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. W dokumencie zdawkowo odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, ponadto nie wskazano wymagań lokalowych i sprzętowych jakie powinien spełniać realizator programu. Podkreślenia wymaga, że w ramach programu planuje się zakup sprzętu do rehabilitacji leczniczej, której wartość zgodnie z założeniami części budżetowej będzie stanowić 14,4% kosztów całkowitych programu. Należy podkreślić, że w dokumencie nie doprecyzowano zapisów w zakresie praw własności zakupionego sprzętu w szczególności po zakończeniu realizacji programu, a także dotyczących wykorzystania sprzętu w przyszłości po zakończeniu realizacji programu. Powyższe kwestie należy szczegółowo opisać w projekcie.

Możliwym wydaje się przeznaczenie części środków na ew. doposażenie realizatora, ale trzeba mieć na względzie kilka kwestii: realizator przed rozpoczęciem realizacji programu powinien spełniać odpowiednie wymogi prawa w zakresie pomieszczeń i wyposażenia niezbędnych do określonych świadczeń zdrowotnych, a także sprzęt powinien być jedynie uzupełnieniem, a nie celem realizacji.

Akcja informacyjna będzie prowadzona w podmiocie realizującym program oraz w Urzędzie Miejskim w Ożarowie z wykorzystaniem m.in.: plakatów, ulotek, strony internetowej. Należy podkreślić, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym zaleca się ponowne przeanalizowanie tego elementu programu, tak aby uwzględnić możliwie wszystkie ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, dotyczące m.in. indywidualnego planu rehabilitacyjnego, wizyty fizjoterapeutycznej.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 252 305,50 zł (80 273,50 zł w 2023 r. oraz po 86 016,00 zł w 2024 i 2025 r).

Program będzie finansowany z budżetu: gminy Ożarów.

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 obejmuje m.in. 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, skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. 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.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawiane 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.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza prowadzona jest także 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. 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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Standardy jakościowe dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla rehabilitacji (NCDDR 2009). Wszystkie wytyczne wskazują, że istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, jest brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań stwierdzony na podstawie przeglądów systematycznych.
- 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 znacznie się różnią, 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, SIGN 2002).
- 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, VHA-DoD 2010).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008, RACGP 2009).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, dlatego też grupy nie powinny być liczniejsze niż 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej, 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.
- Przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju lub depresji powinny być skierowane do 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

- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe);
- 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 poprawy 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 standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (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 leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników);

- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez odciążenia masy ciała ze wsparciem systemu upręży na poprawę wytrzymałości chodu po udarze, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu w tej populacji mogą ulec poprawie.

Podsumowanie opinii ekspertów

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 potrzeba rehabilitacji dotyczy 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, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

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, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

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

ZASTĘPCA PREZESA

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. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr nr: OT.431.76.2023; „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów”; data ukończenia raportu listopad 2023; oraz Aneksu do raportów szczegółowych „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 192/2023 z dnia 27 listopada 2023 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów” realizowany przez Gminę Ożarów.