

**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 84/2019 z dnia 26 czerwca 2019 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki  
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej – krioterapii  
mieszkańców Gminy Dębowa Łąka przynależących do  
samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Dębowej  
Łące w 2019 roku”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej – krioterapii mieszkańców Gminy Dębowa Łąka przynależących do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Dębowej Łące w 2019 roku”.

**Uzasadnienie**

Oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy. Jednakże zaplanowana interwencja w postaci krioterapii miejscowej CO<sub>2</sub> stanowi jedynie wsparcie w procesie rehabilitacyjnym, co stanowi podstawę negatywnej opinii Prezesa Agencji. Wytyczne jak i eksperci kliniczni podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje jej kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, a także intensywność zajęć terapeutycznych. Dodatkowo w odnalezionych publikacjach wskazywano na konieczność wykonywania programu ćwiczeń kinezyterapeutycznych po zabiegach krioterapii. Natomiast w ocenianym programie nie odniesiono się do prowadzenia innych form terapii rehabilitacyjnej. Można zatem stwierdzić, że istnieje ryzyko, że zaplanowane środki zostaną wydatkowane w sposób nieefektywny i nie przynoszący żadnych efektów zdrowotnych, co w konsekwencji nie pozwoli na osiągnięcie założonego celu programu.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu poniżej przedstawiono uwagi:

- cele programowe nie zostały sformułowane zgodnie z zasadą SMART, a przedstawione mierniki efektywności nie umożliwiają oceny skutków realizacji programu;
- nie oszacowano populacji docelowej oraz nie określono kryteriów wykluczenia z programu;
- monitorowanie i ewaluacja w obecnej formie nie pozwolą na pełną ocenę zgłaszalności, jakości świadczeń i efektywności programu.
- w budżecie nie uwzględniono kosztów kwalifikacji, kosztów akcji informacyjnej oraz kosztów przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet programu oszacowano na 4 872 zł, zaś realizację zaplanowaną na okres maj-grudzień 2019 r.

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 2018 r., poz. 1510 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 programu odnosi się do szerokiego problemu zdrowotnego. W opisie przedstawiono ogólne informacje dotyczące niepełnosprawności i rehabilitacji.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się 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 treści projektu nie przedstawiono krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie. Przedstawiono natomiast zdawkowe informacje dotyczące danych jednostek chorobowych, np. reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej stawów, osteoporozy czy udaru mózgu.

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. kujawsko-pomorskim w 2015 r. wynosił 11,4%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Dębowa Łąka, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 372 mieszkańców ww. gminy.

### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie dostępności mieszkańców Gminy Dębowa Łąka przynależącym do SPZOZ w Dębowej Łące do zabiegów rehabilitacyjnych – krioterapii oraz poprawa jakości życia mieszkańców poprzez przywrócenie im sprawności ruchowej”. Sformułowany cel składa się z kilku odrębnych celów. Ponadto należy wskazać, iż zaplanowana interwencja w postaci krioterapii miejscowej CO<sub>2</sub> stanowi jedynie wsparcie w procesie rehabilitacyjnym, w związku z czym nie jest możliwe przywrócenie pacjentom trwałej sprawności ruchowej. Ponadto osiągnięcie widocznej poprawy jakości życia jest uzależnione od wielu innych czynników, które wykraczają poza obszar objęty przedmiotowym programem.

W treści projektu wskazano także cele szczegółowe, które stanowią działania, a nie efekty jakie zamierza się osiągnąć w ramach programu: „zminimalizowanie procesów chorobowych, zwalczanie bólu, zapobieganie nawrotom i postępowi choroby, zwalczanie stanów zapalnych, usuwanie dolegliwości, usprawnianie czynności poszczególnych narządów, zwiększanie siły mięśniowej, przywracanie prawidłowego zakresu ruchu i wzorców ruchowych, poprawa samopoczucia, wzrost wiedzy na temat zdrowia”. Ze względu na brak kompleksowości w podejściu do procesu rehabilitacyjnego w ramach programu, osiągnięcie powyższych celów jest mało prawdopodobne.

Powyższe cele programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, konkretnie wytyczone w czasie.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności. Wskaźniki w postaci „liczba osób skierowanych do udziału w programie” oraz „liczba wykonanych zabiegów”, mogą być pomocne w ocenie frekwencji, a nie w ocenie poprawy ogólnej sprawności osób uczestniczących w programie. Natomiast mierniki w postaci „liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, sprawności, zmniejszenie odczuwanego bólu po leczeniu” oraz „liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia” są przedstawione w zbyt ogólny sposób i nie odnoszą się bezpośrednio do sformułowań zawartych w celach programu, takich jak siły mięśniowej, zwalczania stanów zapalnych. Nie przytoczono miernika oraz interwencji odnoszących się do celu szczegółowego związanego ze wzrostem wiedzy oraz poprawy jakości życia.

Zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W ramach programu warto uwzględnić np. pre- i post-testy w zakresie wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy gminy Dębowa Łąka, którzy przynależą do SPZOZ w Dębowej Łące oraz otrzymali skierowanie od lekarza poz lub specjalisty.

Zgodnie z treścią projektu gminę zamieszkuje 3 265 osób, co jest zbliżone do danych GUS. W projekcie nie oszacowano liczebność populacji docelowej. Jednak biorąc pod uwagę liczbę zabiegów przewidzianych dla jednej osoby oraz koszt programu, można wnioskować, że działania w ramach programu zostały zaplanowane dla ok. 40 osób.

W treści programu odniesiono się do kryteriów włączenia. Do programu będą kwalifikowani pacjenci: z bólem, do 2 lat po udarach mózgowych, do 2 lat po zabiegach ortopedycznych i chirurgicznych wymagających krioterapii, po urazach narządu ruchu (do 6 miesięcy od zaistniałego zdarzenia, pacjenci z bólem uniemożliwiającym aktywność zawodową). Kryteria włączenia częściowo pokrywają się z odnalezionymi w literaturze wskazaniami do krioterapii, które obejmują reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, dna moczanowa, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgia, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, choroby układu nerwowego - zespoły korzeniowe, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, niedowłady spastyczne, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (Mika 2015; Kwołek 2015).

Nie określono kryteriów wykluczenia, do których (zgodnie z danymi literaturowymi) należą: zaburzenia czucia, nietolerancja zimna, krioglobulinemia, choroba Raynauda, zmiany zakrzepowozatorowe, niedokrwistość, choroba nowotworowa, dusznica bolesna, zaburzenia rytmu serca, ciąża, zmiany miażdżycowe tętnic uniemożliwiające reakcję naczyniową, otwarte rany i owrzodzenia (Mika 2015; Kwołek 2015).

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano stosowanie krioterapii miejscowej CO<sub>2</sub>, których cykl będzie poprzedzony wizytą kwalifikującą przeprowadzoną przez fizjoterapeutę.

Krioterapia miejscowa CO<sub>2</sub> jest metodą, podczas której dochodzi do słabszego zmrzania danego miejsca niż ma to miejsce w przypadku krioterapii miejscowej z wykorzystaniem azotu. Miejscowe skutki działania krioterapii to: zniesienie bólu, zmniejszenie obrzęku, obniżenie aktywności procesu zapalnego, wzrost siły mięśni, zwiększenie zakresu ruchu, zmiana czasu refrakcji przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, szybsze gojenie się urazów, relaksacja i poprawa nastroju (Mika 2015; Kwołek 2015).

W projekcie wskazano, że o liczbie zabiegów będzie decydował podmiot medyczny realizujący program. Jednocześnie w projekcie oszacowano, że na jednego pacjenta przypadnie minimum 10 zabiegów, które będą trwać 3-8 minut. Powyższe nie odnajduje odzwierciedlenia w odnalezionej literaturze, która wskazuje, że czas zabiegów wykonywanych miejscowo wynosi od 1 do 3 min,

mogących być powtarzanych w ciągu dnia 2-3-krotnie, a liczba zabiegów nie powinna być ograniczona.

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 (*National Stroke Foundation*) oraz VHA-DoD 2010 (*Veterans Health Administration-Department of Defense*) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.

W odnalezionych publikacjach Kwotek 2015, Mika 2015 oraz Podbielska 2012 zwraca się szczególną uwagę na konieczność prowadzenia kompleksowej terapii czyli wykonywania programu ćwiczeń kinezyterapeutycznych po zabiegach krioterapii. W ocenianym programie nie odniesiono się do prowadzenia innych form terapii rehabilitacyjnej (np. kinezyterapii). Zarówno wytyczne (PTK 2013, NICE 2013, NICE 2015, SIGN 2013) jak i eksperci kliniczni podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość bez względu na rodzaj schorzenia. Warto podkreślić, że ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z np. chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RACGP 2018, NICE 2014).

Zgodnie z rekomendacjami ACCP 2007 (*American College of Chest Physicians*) programy rehabilitacji powinny obejmować: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne.

Należy podkreślić, że zaplanowana interwencja - krioterapia miejscowa prowadzona przy użyciu CO<sub>2</sub> nie jest świadczeniem gwarantowanym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522 z późn. zm.) dostępna jest krioterapia miejscowa z użyciem azotu.

Ponadto należy wskazać, iż nie odnaleziono rekomendacji i dowodów naukowych dotyczących skuteczności klinicznej krioterapii miejscowej prowadzonej przy użyciu CO<sub>2</sub>.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Zgodnie z odnalezionymi informacjami, w gminie Dębowa Łąka funkcjonuje jeden świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

#### 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 natomiast jest analizą danych z programu polityki zdrowotnej, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu analizowana będzie na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do programu. W ramach monitorowania zgłaszalności nie uwzględniono liczby pacjentów zakwalifikowanych do programu, liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie wraz z analizą przyczyn tych decyzji, a także liczby wykonanych zabiegów.

W projekcie programu nie zaplanowano oceny jakości świadczeń, która powinna opierać się na ocenie wyników ankiet satysfakcji pacjenta oraz na podstawie ewentualnych uwag zgłaszanych do organizatora przez uczestników programu.

Nie wskazano konkretnych mierników wykorzystanych w ewaluacji. Można jednak przypuszczać, że na podstawie ankiety ewaluacyjnej będzie oceniane natężenie dolegliwości w przypadku: bólu,

ograniczenia ruchomości, osłabienia siły mięśni, zaburzeń czucia, obrzęku, zmian skórnych oraz niepełnosprawności fizycznej, ocenianych przed i po wprowadzeniu programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Wskazano realizatora programu, co nie pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa wskazuje, iż realizator programu powinien zostać wybrany w drodze konkursu ofert.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej nt. programu z wykorzystaniem strony internetowej gminy Dębowa Łąka oraz tablic ogłoszeniowych Urzędu Gminy, sołectw oraz realizatora programu.

W projekcie zdawkowo odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie. Zaznaczono jedynie, że pacjenci będą mogli skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych oferowanych w ramach finansowania przez NFZ poza programem. Nie wskazano natomiast czy w ramach programu pacjent będzie informowany o dalszym koniecznym schemacie terapeutycznym. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 4 872 zł. Określono także koszt jednostkowy zabiegu krioterapii miejscowej CO<sub>2</sub> – 12 zł.

Natomiast w projekcie nie wskazano kwalifikacji pacjentów oraz akcji informacyjnej, a także kosztów przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Dębowa Łąka. Ponadto projekt zakłada współfinansowanie z NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.). Zgodnie ze wskazanym artykułem NFZ może dofinansować program polityki zdrowotnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych. Biorąc powyższe pod uwagę oraz fakt, że zaplanowana interwencja nie znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych, NFZ nie może dofinansować przedmiotowego programu.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### 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

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

### 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 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 uwzględnić 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 (developmental quotient) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)= 0,46 SD (95% CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji [Intelligence quotient IQ]; SMD=0,46 SD (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, a także 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 podst. 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.60.2019 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej – krioterapii mieszkańców Gminy Dębowa Łąka przynależących do

samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Dębowej Łące w 2019 roku” realizowany przez: Gminę Dębowa Łąka, data ukończenia: czerwiec 2019 r., Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży”, sierpień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 186/2019 z dnia 24 czerwca 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej – krioterapii mieszkańców Gminy Dębowa Łąka przynależących do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Dębowej Łące w 2019 roku”.