



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 131/2019 z dnia 4 września 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Dobrzany na lata 2020-2025”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2020-2025” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Podobny projekt programu polityki zdrowotnej był już przedmiotem oceny Agencji w 2018 r. i uzyskał wówczas negatywną opinię Prezesa Agencji. W aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono większość uwag przedstawionych w poprzedniej opinii, odnoszących się w głównej mierze do planowanego zakresu interwencji fizjoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych oraz włączenia do programu działań o charakterze edukacyjnym. Oceniany projekt zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia osób niepełnosprawnych. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi zapisami ustawowymi, jednostki samorządu terytorialnego, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Nie wskazuje się jednak, że działania te powinny być finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi.

- Cel główny oraz cele szczegółowe warto przekonstruować w taki sposób, aby były mierzalne i osiągalne. Mierniki efektywności należy sformułować tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu.
- Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi. Należy jednak mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.
- Monitorowanie zaplanowano poprawnie, natomiast ewaluacja wymaga uzupełnienia w zakresie oceny efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 360 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2025.

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. z 2019 r., poz. 1373), 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 problemu przedstawiono charakterystykę chorób narządu ruchu, urazów i schorzeń obwodowego układu nerwowego. Przytoczono również informacje dotyczące czynników ryzyka zachorowania oraz metod leczenia 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 odniesiono się do światowych, krajowych i regionalnych danych epidemiologicznych w przedmiotowym zakresie.

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%), na którego terenie znajduje się Gmina Dobrzany. Biorąc pod uwagę liczebność dorosłych mieszkańców gminy Dobrzany, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 240 mieszkańców ww. gminy.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej co najmniej 140 mieszkańcom gminy Dobrzany rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2020-2025”. Cel główny został przeformułowany, jednakże jest on zdefiniowany mało precyzyjnie, co powoduje, że utrudniony jest prawidłowy dobór mierników efektywności do powyższego celu. Warto również zauważyć, że ze względu na ograniczoną liczbę zabiegów realizacja celu może okazać się utrudniona.

W treści aktualnie ocenianego projektu wskazano także 4 cele szczegółowe:

- (1) „wzrost liczby mieszkańców gminy Dobrzany z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2020-2025”,
- (2) „ograniczenie ryzyka nawrotu urazu poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2020-2025”,
- (3) „ograniczenie ryzyka progresji choroby układu ruchu lub choroby obwodowego układu nerwowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2020-2025”,
- (4) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2020-2025”.

Należy zaznaczyć, iż w przypadku celu 1 nie przytoczono wartości wyjściowej dotyczącej liczby osób z rozpoznaniem ww. schorzeń. Cele 2 i 3 składają się w istocie z dwóch odrębnych założeń, które są

trudno mierzalne. Biorąc pod uwagę zaplanowane interwencje, ich liczbę, a także czas trwania wszystkie powyższe cele wydają się być trudne do zrealizowania.

Warto zaznaczyć, że cele programowe powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne, i konkretnie wytyczone w czasie, a zatem zgodne z zasadą SMART.

W projekcie przedstawiono 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie (wd. 140/rok)”,
- (2) „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej (wd. co najmniej 80%)”,
- (3) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami; wd. wzrost o 30%)”,
- (4) „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; wd. co najmniej 10%)”

Warto zwrócić uwagę, że wskaźniki 1 i 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą być wykorzystane w ramach monitorowania programu. Wskaźnik 3 pozwoli na pomiar efektywności działań edukacyjnych w programie, a tym samym ocenę realizacji celu szczegółowego nr 4. Skala VAS wymieniona we wskaźniku 4 umożliwi ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Nie przytoczono mierników bezpośrednio odnoszących się do 3 celu szczegółowego.

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.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności został częściowo poprawiony zgodnie z uprzednimi uwagami Prezesa Agencji. Niemniej jednak nadal wymaga doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dorośli mieszkańcy gminy Dobrzany. Zgodnie z treścią projektu, populacja dorosłych osób zamieszkujących gminę liczy ok. 4 tys. osób, co jest zbliżone do danych GUS. Na podstawie współczynnika chorobowości ambulatoryjnej oszacowano, że populacja docelowa wynosi 650 mieszkańców. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie rocznie ok. 140 mieszkańców (ok. 22% populacji docelowej).

Kryteria włączenia do programu obejmują oprócz wieku i zamieszkania na terenie gminy także rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego oraz skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych. Warto zaznaczyć, że świadczenia zdrowotne powinny być udzielane po uzyskaniu pisemnej zgody uczestnika. Kryterium wyłączenia będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu. Należy także doprecyzować kto będzie odpowiedzialny za kwalifikację do programu.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano szereg zabiegów fizykoterapeutycznych (m.in. elektroterapia: jonoforeza, galwanizacja, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, prądy Traberta, prądy Kotza; magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, termoterapia, ultrasonoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia) i kinezyterapeutycznych (indywidualna

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

W projekcie, w części dotyczącej interwencji, nie wskazano dokładnej czy też maksymalnej liczby i rodzajów zabiegów przewidzianych dla jednego pacjenta. Natomiast w kosztorysie programu, w ramach oszacowania kosztów jednostkowych przyjęto, iż średnio cykl zabiegów będzie obejmował 10-dniowy cykl po 4 zabiegi dziennie.

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. Ćwiczenia fizyczne powinny być również 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 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji. Powyższa kwestia została uwzględniona w zapisach projektu - wskazano, że „indywidualny plan rehabilitacji określony zostanie na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty”.

Należy podkreślić, że zaplanowane interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

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 uprzednimi uwagami Prezesa Agencji w aktualnie ocenianym projekcie zaplanowano również wdrożenie działań edukacyjnych. Interwencje prowadzone będą w formie 45-minutowego spotkania w grupach maksymalnie 20-osobowych przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Wskazano także zakres tematyczny edukacji. Powyższe działanie koresponduje z wytycznymi w przedmiotowym zakresie.

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

Reasumując, w aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji dotyczące planowanych zabiegów fizjoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych, jak również uzupełniono projekt w zakresie działań o charakterze edukacyjnym.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak wymagają one doprecyzowania w zakresie oceny efektywności programu.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy: „liczby osób, uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na

poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Powyższe podejście jest prawidłowe.

W ramach oceny jakości świadczeń zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników programu, co należy uznać za zasadne.

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

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

W niniejszej opinii przedstawiono uwagi dotyczące mierników efektywności, tym samym ocena efektywności programu również wymaga doprecyzowania.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów oraz działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot, wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu, jednakże warto ją bardziej szczegółowo opisać. Odniesiono się również do sposobu zakończenia udziału w programie. 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 360 000 zł (60 000 zł rocznie). Koszt jednostkowy wyceniono na 415 zł i obejmuje on koszt rehabilitacji (w 10-dniowym cyklu, średnio po 4 zabiegi dziennie) – 400 zł oraz działania edukacyjne – 15 zł. W ramach kosztorysu zaplanowano kwotę 1 500 zł rocznie na pokrycie kosztów akcji informacyjnej i 400 zł rocznie na pokrycie kosztów monitorowania i ewaluacji.

Reasumując, uprzednie uwagi Prezesa Agencji, odnoszące się do kosztorysu programu zostały w większości uwzględnione w aktualnie ocenianym projekcie.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy. Projekt zakłada także możliwość pozyskania dofinansowania ze środków NFZ.

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 uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (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 2019 r., poz. 1373), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.106.2019 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2020-2025” realizowany przez: Gminę Dobrzany, Warszawa, sierpień 2019, Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 279/2019 z dnia 2 września 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2020-2025”.