



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 16/2020 z dnia 18 marca 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Chociwel na lata 2020-2024”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Chociwel na lata 2020-2024”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia 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 (art. 9a i 9b ust. o świadczeniach).

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- W treści projektu istnieją rozbieżności w zakresie liczebności populacji docelowej. Za wartość prawidłową przyjęto liczbę osób uwzględnioną m.in. w budżecie projektu, czyli 25 osób rocznie. Należy skorygować wszystkie zapisy w projekcie, aby były spójne oraz zgodne z tą wartością.
- Cel główny zakłada wzrost jakości życia. Należy uzupełnić projekt o opis narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji.
- Cele szczegółowe oraz mierniki należy przeformułować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zastosowanie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Należy uzupełnić treść programu w tym zakresie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Chociwel w zakresie rehabilitacji leczniczej, zakładający przeprowadzenie cyklu rehabilitacyjnego oraz edukacji dla dorosłych mieszkańców gminy. Wielkość populacji docelowej oszacowano na około 25 osób rocznie. Planowany



koszt całkowity realizacji oszacowano na ok. 67 500 zł. Program ma być realizowany w latach 2020-2024.

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 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt dotyczy bardzo rozległego 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.

Warto zaznaczyć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i precyzyjnie określonej populacji. Niepełnosprawność to długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Pojęcie to odnosi się do populacji zróżnicowanych pod kątem rodzaju (kategorii) niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła, przyczyny czy stopnia niepełnosprawności, a tym samym populacji o różnych wymaganiach terapeutycznych, jak również edukacyjnych, czy społecznych.

Oceniany projekt realizuje priorytet: „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przesłany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowano jego treść. Zamieszczone informacje nie budzą zastrzeżeń.

Autorzy projektu programu przedstawili światowe, krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne. Wskazano, że w 2015 r. liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego przekraczała 1,3 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów. Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych w roku 2016 w Polsce odnotowano 394,55 tys. hospitalizacji z powodu analizowanych rozpoznań (choroby układu szkieletowego i mięśniowego) zaś w województwie zachodniopomorskim 19,37 tys. hospitalizacji (w tym 9,91% hospitalizacji spoza województwa), z czego 0,48 tys. w trybie jednodniowym. Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniosła 1,13 tys. Z kolei liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 1,25 tys., a w przeliczeniu na 100 tys. dzieci 0,57 tys. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w województwie wynosi ok. 9 000/100 tys. ludności, natomiast w powiecie stargardzkim, w którym znajduje się gmina Chociwel znajduje się w przedziale 8 549-11 347/100 tys. ludności.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 125 mieszkańców gminy Chociwel rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2020-2024”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu polityki zdrowotnej. Sposób sformułowania celu głównego nie budzi zastrzeżeń, jednak należy zaznaczyć, że podana w celu głównym populacja programu (125 osób rocznie, w sumie 625 osób przez 5 lat) jest różna od populacji uwzględnionej w budżecie (25 osób rocznie, w sumie 125 osób przez 5 lat). Należy skorygować zaistniałą niespójność.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o co najmniej 125 osób liczby mieszkańców gminy Chociwel z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2020-2024”
- (2) „zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej dotkniętej problemem urazów, objętej interwencjami w programie w latach 2020-2024”
- (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 dotkniętej problemem chorób układu ruchu lub chorób obwodowego układu nerwowego, objętej interwencjami w programie w latach 2020-2024”
- (4) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2020-2024”

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. Cele szczegółowe 1 oraz 4 zostały sformułowane poprawnie. Cele szczegółowe 2 i 3 zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy, tj. w postaci działań, a zatem należy je przeformułować w sposób zgodny z opisem powyżej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „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%)”
- (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; wd. co najmniej 10%)”
- (3) „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników (%)”
- (4) „liczba osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub 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. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po jego realizacji. Miernik 1 został sformułowany poprawnie. Wskaźniki 3 i 4 nie spełniają funkcji mierników efektywności, lecz mogą zostać wykorzystane w celu monitorowania realizacji programu.

Miernik 2 nie umożliwia oceny realizacji żadnego z celów, gdyż żaden z celów nie odnosi się bezpośrednio do zagadnienia zmniejszenia dolegliwości bólowych. Dolegliwości bólowe stanowią jedną ze składowych jakości życia, jednak nie wyczerpują tego zagadnienia. Nie zaproponowano poprawnego miernika, który odnosi się do zagadnienia poprawy jakości życia poruszanego w celu głównym. W projekcie nie przedstawiono jakie konkretnie parametry jakości życia będą oceniane, tj. jakie zostaną wykorzystane skale lub wykonane testy.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dorośli mieszkańcy gminy Chociwel. Zgodnie z treścią projektu, populacja osób w ww. wieku zamieszkujących gminę liczy ok. 5,9 tys. osób. Przedstawione dane są zbliżone do informacji zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Na podstawie współczynnika chorobowości ambulatoryjnej oszacowano populację docelową na 960 mieszkańców. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi obejmie ok. 125 mieszkańców (ok. 7,68% populacji docelowej). Należy zaznaczyć, że w projekcie znajdują się wymagające skorygowania rozbieżności w zakresie liczebności populacji docelowej – w kilku miejscach podano, że działaniami będzie objętych 125 osób rocznie, a nie 125 osób przez cały czas trwania programu. Błąd ten należy skorygować.

Kryteria włączenia i wykluczenia nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano realizację interwencji z zakresu fizjoterapii w formie indywidualnego planu rehabilitacji zgodnego z warunkami przedstawionymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522).

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 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 (RACGP 2018, NICE 2014). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010). W projekcie 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” oraz oszacowano, że jedna osoba otrzyma 10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie.

Zaplanowano wdrożenie działań edukacyjnych, które prowadzone będą w formie 45-minutowego spotkania w grupach maksymalnie 20-osobowych przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Proponowaną tematyką będzie: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów; zapobieganie wypadkom i zranieniom; istotność prowadzenia zdrowego trybu życia; sposoby radzenia sobie ze stresem. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, 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.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Konieczne jest szczegółowe opisanie w treści projektu rozwiązań, które po wdrożeniu pozwolą uniknąć sytuacji podwójnego finansowania świadczeń.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie jest procesem zbierania bieżących danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie trwa do momentu zakończenia realizacji PPZ. Po zakończeniu PPZ przeprowadzana jest ewaluacja, które jest analizą danych z PPZ, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. W ramach ewaluacji porównywany jest stan sprzed wprowadzenia działań

w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. W projekcie uwzględniono zarówno prowadzenie monitorowania jako i wykonanie ewaluacji 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”. Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu. Zapisy te są poprawne.

Dodatkowo do monitorowania można zgodnie z uwagami w opinii wykorzystać wskaźniki, które zostały zaproponowane w projekcie jako mierniki efektywności.

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, co zostało uwzględnione w projekcie. Należy zaznaczyć, że po wprowadzeniu opisanych powyżej zmian w zakresie celów i mierników konieczne jest dostosowanie zapisów dotyczących ewaluacji programu, aby odnosiły się do zmodyfikowanych treści.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej, edukacyjnej oraz rehabilitacji. Po zakończeniu realizowania interwencji przewidziane jest wykonanie ewaluacji programu. Organizacja programu jest poprawna.

W projekcie programu koszt jednostkowy oszacowano na 500 zł/os. (rehabilitacja w 10-dniowym cyklu, średnio po 4 zabiegi dziennie – 480 zł oraz działania edukacyjne – 20 zł). Wnioskodawca wyliczył koszt na podstawie wartości punktów określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ. Koszty prowadzenia akcji informacyjnej oszacowano na 800 zł/rok, zaś koszty monitorowania i ewaluacji na 200 zł/rok. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Całkowity koszt programu wyniesie 67 500 zł (13 500 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Chociwel. Zaznaczono, że gmina będzie ubiegała się o dofinansowanie przez NFZ części działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy.

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 stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych, brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań;
- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – *New Zealand Guidelines Group*, SIGN 2002 – *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – *National Stroke Foundation*, VHA-DoD 2010 – *Veterans Health Administration, Department of Defense*).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – *Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence*, RACGP 2009 – *The Royal Australian College of General Practitioners*).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.

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

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Spittle 2007 (metaanaliza) – Prowadzenie wczesnej interwencji rozwojowych poprawiało wyniki poznawcze w wieku niemowlęcym (iloraz rozwoju (ang. *developmental quotient*) [DQ]: standaryzowana średnia różnica (SMD)=0,46 SD (95%CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *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 oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).
- Mehrholz 2014 – Celem przeglądu była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

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

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

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.6.2020 pn. „Program polityki

zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Chociwel na lata 2020-2024” realizowany przez: gminę Chociwel, Warszawa, luty 2020; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży” z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 62/2020 z dnia 16 marca 2020 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Chociwel na lata 2020-2024”.