



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji
lecniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie
chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila
objawy siedzący charakter pracy”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji lecniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców województwa łódzkiego. Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, 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 ustawy o świadczeniach).

Jednocześnie należy wskazać, że projekt zawiera liczne uchybienia, których korekta w istotny sposób wpłynie na charakter programu. Warunkiem rozpoczęcia wdrożenia, realizacji i finansowania programu jest wprowadzenie w treści projektu zmian zgodnych ze wszystkimi uwagami zawartymi w niniejszej opinii. Najpoważniejsze z zastrzeżeń dotyczą:

- Cel główny jest sformułowany błędnie i wymaga całkowitego przededefiniowania. Cel główny powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu. Oczekiwany efekt interwencji w postaci rehabilitacji będzie poprawa sprawności funkcjonalnej świadczeniobiorców.
- Celem głównym programu powinno być uzyskanie dla określonego odsetka uczestników programu poprawy nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności zawodowej.
- Projekt wymaga uzupełnienia o cele szczegółowe sformułowane w sposób zgodny z zawartymi w niniejszej opinii uwagami.



- Nie wskazano narzędzi, które mają zostać wykorzystane w pomiarach początkowych i końcowych m.in. poziomu aktywności fizycznej. Opieranie oceny efektywności interwencji o deklaracje pacjenta jest podejściem niepoprawnym i wymaga korekty.
- Zgodnie z dokumentem „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” dolna granica wieku aktywności zawodowej to 15 lat. Tym samym w przypadku osób w wieku 15-17 lat niezbędne jest uzyskanie zgody rodziców lub opiekuna prawnego na udział osoby małoletniej w programie.
- W ramach pierwszej konsultacji w projekcie wskazano, że zostanie przeprowadzony wywiad oraz zapoznanie się z dokumentacją dostarczoną przez uczestnika. Niezbędne jest uzupełnienie zapisów projektu o opis badania przedmiotowego, w tym wskazanie testów i pomiarów, jakie zostaną wykonane u każdego z uczestników.
- Treść projektu nie wskazuje jednoznacznie kto odpowiada za planowanie i ocenę wyników postępowania fizjoterapeutycznego.
- W ramach postępowania fizjoterapeutycznego przedstawiono przykładowe świadczenia, które zgodnie z zapisami programu można stosować dowolnie. Projekt wymaga dopracowania tak, aby katalog świadczeń był zgodny z profilem populacji docelowej.
- Nie przewidziano mierników efektywności interwencji psychoedukacyjnej, przez co skuteczność działań pozostanie niejasna.
- Monitorowanie i ewaluacja wymagają aktualizacji o elementy projektu, które zostały zmodyfikowane zgodnie z treścią niniejszej opinii.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zaplanowanie i wdrożenie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Należy uzupełnić treść programu w tym zakresie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez województwo łódzkie. Działania skierowane są do mieszkańców województwa w wieku aktywności zawodowej, którzy posiadają diagnozę należącą do jednej z kategorii wymienionych w programie, a ich stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. Zakłada przeprowadzenie 10 lub 15-dniowego cyklu rehabilitacyjnego oraz indywidualne konsultacje z psychologiem (1 godz.) oraz dietetykiem (1 godz.). Szacunkowa liczba beneficjentów wyniesie 3 000 osób z 136 000 spełniających kryteria kwalifikacji (ok. 2,2%). Program ma być realizowany w latach 2021-2023. Całkowity koszt realizacji ma wynieść 5 969 400 zł. Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (5 073 990 zł), budżetu państwa (358 164 zł) i środków własnych realizatorów projektu (537 246 zł).

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. 2020 poz. 1398 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 problemów zdrowotnych, których wystąpienie powiązane jest z siedzącym charakterem pracy. W projekcie zamieszczono spis kodów ICD-10, których ma dotyczyć interwencja. Przedstawiono opis jednostek chorobowych: spondyloza, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stenoza, dyskopatia, guzki Schmorla, bóle grzbietu, rwa ramienna, rwa kulszowa, bóle okolicy lędźwiowej, bóle kręgosłupa piersiowego oraz innych zespołów bólowych.

Projekt programu wpisuje się w priorytet „rehabilitacja”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych i Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego przedstawiono krajowe oraz regionalne dane epidemiologiczne. Wskazano, że współczynnik umieralności z powodu chorób układu kostno-mięśniowego w województwie łódzkim w latach 2013-2015 wynosił 1,7/100 tys. Wartość ta była wyższa od wskaźnika ogólnopolskiego. Umieralność mężczyzn zbliżona była do wartości ogólnopolskiej, a w przypadku kobiet wyższa o 23,8%. W 2018 r. z grupy wszystkich hospitalizacji w województwie łódzkim 4,8% stanowiły hospitalizacje spowodowane chorobami układu kostno-stawowego.

Przesłany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowano jego treść.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, 3000 pacjentów z województwa łódzkiego z chorobami grzbietu i kręgosłupa uczestniczących w programie w latach 2021-2023 tak, aby mogli podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową*”. 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 określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Program ma być skierowany do minimum 3000 osób w wieku aktywności zawodowej. Tym samym zaproponowane brzmienie celu głównego opiera się na założeniu, że interwencje będą miały skuteczność na poziomie bliskim 100%, zaś uczestnictwo w interwencjach będzie tożsame z przywróceniem możliwości podjęcia pracy lub wydłużenia aktywności zawodowej. Zarazem w treści projektu nie przewidziano wstępnej i końcowej oceny poziomu sprawności świadczeniobiorców, nie zdefiniowano kryteriów przełożenia wyników oceny poziomu sprawności na ograniczenie możliwości podjęcia pracy lub ograniczenia aktywności zawodowej. Tym samym cel główny jest sformułowany błędnie i wymaga całkowitego przedefiniowania.

Cel główny powinien być sformułowany tak, aby był to oczekiwany i docelowy stan po realizacji programu. Oczekiwany efekt interwencji w postaci rehabilitacji będzie poprawa stanu funkcjonalnego świadczeniobiorców. Początkowy i końcowy stan funkcjonalny świadczeniobiorcy powinien zostać opisany zgodnie z Wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Wytyczne KRF), w tym korzystać z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz uwzględniać zasady Diagnostyki Funkcjonalnej. Badanie uwzględniające diagnostykę funkcjonalną powinno zostać przeprowadzone dwukrotnie – przed rozpoczęciem interwencji oraz po jej zakończeniu. Zgodnie z założeniami opiniowanego programu, szczególną uwagę należy poświęcić ocenie funkcjonalnej, która będzie miała wpływ na obszar aktywności zawodowej. Celem głównym programu powinno być uzyskanie u określonego w projekcie odsetka uczestników programu poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne ujemnie wpływające na obszar aktywności zawodowej. Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. *minimal clinically important difference*) dla danego testu.

Cele szczegółowe dla interwencji fizjoterapeutycznych powinny odnosić się do uzyskania MCID u określonego odsetka subpopulacji uczestników programu, u której w diagnostyce funkcjonalnej zidentyfikowano dane ograniczenie funkcji, a tym samym ustalono wspólny cel terapii, np. zidentyfikowano ograniczonego zakresu ruchomości i jako cel terapii przyjęto zwiększenie zakresu ruchomości o nie mniej niż MCID. Należy podkreślić, że podgrupy pacjentów nie powinny być tworzone w oparciu o kody klasyfikacji ICD-10, gdyż w rozumieniu Wytycznych KRF rozpoznanie ICD-10 nie może być celem terapii.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „wzrost liczby osób w województwie łódzkim z chorobami grzbietu i kręgosłupa, w tym w wieku 50+, które dzięki realizacji świadczeń rehabilitacyjnych podejmą lub będą kontynuować zatrudnienie”;
- (2) „zwiększenie liczby osób w województwie łódzkim z chorobami grzbietu i kręgosłupa, w tym w wieku 50+, którym udzielone zostaną świadczenia rehabilitacyjne”;
- (3) „zmiana nawyków będących istotnymi czynnikami ryzyka chorób z chorobami grzbietu i kręgosłupa pacjentów uczestniczących w Programie (tj. wskaźnik masy ciała BMI, aktywność fizyczna)”;
- (4) „wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaracyjnym)”;
- (5) „zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu. W treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości, w którym m.in. zostanie opisany spodziewany wpływ na stan zdrowia populacji, który odzwierciedlony zostanie w danych epidemiologicznych. Zaproponowane cele szczegółowe zostały sformułowane błędnie. Projekt wymaga uzupełnienia o poprawnie sformułowane cele szczegółowe w miejsce obecnie zaproponowanych zapisów.

Cele szczegółowy nr 1 i 2 nie odnoszą się do skutków zastosowania interwencji, czyli efektów uzyskanych w wyniku udzielonych świadczeń. Wskazane w celu szczegółowym nr 1 podjęcie oraz kontynuacja zatrudnienia są zdarzeniami, na które wpływ mają liczne czynniki istotnie wykraczające poza zakres programu. Z kolei fakt udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych wskazany w celu szczegółowym nr 2 nie może być interpretowany jako zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców. Podejściem poprawnym byłoby odniesienie się do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych oraz ich zaspokojenia dzięki przeprowadzonej interwencji. Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do „zmiany nawyków”, jednak w programie nie sprecyzowano o jakich nawykach mowa. Pomiar „zmiany nawyków” jest trudny lub niemożliwy do obiektywnego pomiaru. Wymienione w treści celu szczegółowego „wskaźnik masy ciała BMI” oraz „aktywność fizyczna” nie odnoszą się do nawyków. W przypadku świadczeniobiorców z nadwagą lub otyłością prawidłowym sformułowanym celem szczegółowym byłoby uzyskanie wartości BMI mieszczącej się w przedziale dla prawidłowej masy u przyjętego odsetka uczestników programu z nadwagą lub otyłością lub obniżenie masy ciała o wartość istotną klinicznie (np. $\geq 10\%$ wyjściowej masy ciała). Wyższa efektywność interwencji pozwoli przyjąć wyższe wartości docelowe dla odpowiadającego jej celu szczegółowego. Należy jednak podkreślić, że pomiar efektu interwencji powinien zostać uzyskany w czasie trwania PPZ i opierać się o wyniki faktycznych pomiarów antropometrycznych, a nie oszacowań, prognoz czy deklaracji uczestników. Cel szczegółowy nr 4 odnosi się do „wzrostu poziomu motywacji”, którego obiektywny pomiar jest trudny lub niemożliwy do wykonania. Należy także podkreślić, że dla interwencji trwającej maksymalnie trzy tygodnie trudno jest mówić o wytworzeniu „nawyków” czy „postaw”. Cel szczegółowy nr 5 odnosi się do natężenia dolegliwości bólowych. W jego treści nie wskazano wartości docelowej, czyli odsetka osób, u których efekt ma zostać osiągnięty. Brak także informacji o minimalnym natężeniu bólu, które będzie interpretowane jako mające wpływ na aktywność zawodową świadczeniobiorcy.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób objętych działaniami w ramach programu (co najmniej 3000 osób)”;
- (2) „liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (co najmniej 10% uczestników – 300 osób)”;
- (3) „liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (wzrost o min. 10%)”;

- (4) „liczba osób u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej (co najmniej 10% uczestników – 300 osób)”;
- (5) „średni poziom codziennej aktywności fizycznej uczestników programu (wzrost o min 10%)”;
- (6) „liczba osób u których zmniejszy się natężenie dolegliwości bólowych (co najmniej 10% uczestników – 300 osób)”;
- (7) „liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych (co najmniej 25% uczestników programu – 750 osób)”.

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 zakończeniu realizacji. Miernik efektywności nr 1 nie odnosi się do rezultatów interwencji, lecz do podejmowanych działań i tym samym stanowią element monitorowania realizacji programu. Zapis należy przenieść do właściwej części projektu. Miernik efektywności nr 2 nie dotyczy zdarzeń lub faktów, które występują w programie. Na podjęcie pracy czy kontynuację zatrudnienia mają wpływ liczne czynniki, których program nie obejmuje. Miernik efektywności nr 3 odnosi się do odsetka osób z prawidłowym BMI. W treści zapisu nie podano, czy odnosi się on do wszystkich osób włączonych do programu czy jedynie do grupy z nadwagą lub otyłością, co należy uzupełnić. Doprecyzowania wymaga zastosowana terminologia – nie jest jasnym czy przez „prawidłowy wskaźnik masy ciała” należy rozumieć BMI mieszczące się w przedziale od 18 do 25 kg/m². Cele szczegółowe nr 4 i 5 odnoszą się do poziomu aktywności fizycznej. W programie nie przewidziano początkowej i końcowej oceny aktywności fizycznej z wykorzystaniem odpowiedniego narzędzia, np. z wykorzystaniem kwestionariusza IPAQ (Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej). Brak ten należy uzupełnić. Deklarowany przez świadczeniobiorcę w ankiecie poziom „codziennej aktywności fizycznej” nie może być wykorzystany do miarodajnej oceny stanu faktycznego. Jednocześnie wymaga podkreślenia, że realizowana w ramach programu kinezyterapia nie powinna być uwzględniana w ocenie aktywności, gdyż wraz z zakończeniem udziału w PPZ nie będzie ona kontynuowana. Ograniczenie należy uwzględnić w treści projektu. Cel szczegółowy nr 6 odnosi się do „należenia dolegliwości bólowych”. Nie wskazano jaki jest minimalny próg natężenia bólu, który interpretowany będzie jako czynnik mający wpływ na aktywność zawodową. Brak także określenia poziomu spadku natężenia bólu, które interpretowane będzie jako istotne klinicznie zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych. Powyższe uchybienia należy skorygować. Treść projektu należy uzupełnić o wskazanie narzędzia, które zostanie wykorzystane do oceny poziomu natężenia bólu przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu. Należy podkreślić, że końcowy pomiar natężenia bólu nie powinien odbywać się w dniu, w którym wykonywane były zabiegi lub podawane leki przeciwzapalne czy przeciwbólowe, co również należy uwzględnić w programie. Miernik efektywności nr 7 oparty jest o deklaracje uczestników, a tym samym nie stanowi obiektywnego i precyzyjnego stopnia realizacji celu. Nie dotyczy też faktów lub zdarzeń występujących w programie. Tym samym jest sformułowany całkowicie błędnie. Zapis należy usunąć z projektu lub przenieść do części poświęconej ocenie jakości świadczeń i badaniu poziomu satysfakcji świadczeniobiorców oraz wykorzystać w ewaluacji.

Ponadto w treści projektu wymieniono 5 stwierdzeń, które nie pełnią funkcji mierników efektywności interwencji, lecz stanowią mierniki w rozumieniu założeń RPO oraz Wytycznych, tj.: „liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”, „liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie”, „liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”, „liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie” oraz „liczba osób wykonujących pracę siedzącą objętych wsparciem w programie”. Stwierdzenia te mogą pełnić funkcję w monitorowaniu realizacji programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej, u których w toku diagnostyki realizowanej przed przystąpieniem do programu rozpoznano jeden z wymienionych stanów: M47 – spondyloza, M48 – inne choroby kręgosłupa, M49 –

spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, M50 – choroby krążków międzykręgowych szyjnych, M51 – inne choroby krążka międzykręgowego, M53 – inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej, M54 – bóle grzbietu. Wymagane będzie przedstawienie nie starszej niż rok dokumentacji potwierdzającej diagnozę.

Wiek aktywności zawodowej został określony na podstawie definicji zawartej w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, zgodnie z którą osoba w wieku aktywności zawodowej jest to osoba w wieku 15 lat i więcej, a o przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym). Należy wskazać, że w przypadku osób w wieku 15-17 lat do udziału w programie niezbędna będzie zgoda rodziców lub opiekuna prawnego – nie zostało to uwzględnione w projekcie i wymaga uzupełnienia.

W projekcie wskazano, że kryteria do udziału w programie na terenie województwa łódzkiego spełnia 136 000 osób. Do programu ma zostać włączone ok. 3 000 osób (ok. 2,2%). Jako przyczynę włączenia tak niskiego odsetka wskazano na ograniczenia budżetowe. Objęcie działaniami tak niskiego odsetka populacji spełniającej kryteria do udziału wskazuje, że zostały one zdefiniowane na zbyt wysokim poziomie ogólności. Treść projektu należy uzupełnić o analizę danych epidemiologicznych pod kątem identyfikacji grup z największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, zaś kryteria włączenia należy rozszerzyć tak, aby działania kierować do osób, które w największym stopniu odniosą z nich korzyść zdrowotną.

Rola zapisów dotyczących stosowania „preferencji w pierwszeństwie dostępu do programu” oraz ich wpływ na populację docelową jest niejasna. Zapisy w obecnej formie należy usunąć, zaś kryteria powinny zostać uwzględnione w kryteriach włączenia i wykluczenia, np. w formie zdefiniowania kilku osobnych grup docelowych w miejsce obecnie zaproponowanej, jednej grupy.

Kryterium wyłączenia będzie „korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych”.

Interwencja

W ramach projektu programu zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- lekarskie porady rehabilitacyjne,
- rehabilitacja z elementami edukacji,
- warsztaty psychoedukacyjne.

Lekarska porada rehabilitacyjna

W ramach lekarskiej porady rehabilitacyjnej dokonuje kwalifikacji świadczeniobiorcy do interwencji na podstawie dostarczonej przez niego dokumentacji medycznej oraz wywiadu. W projekcie nie wskazano na wykonanie badania przedmiotowego oraz testów klinicznych, co wymaga szczegółowego uzupełnienia. Należy wskazać narzędzia, które zostaną wykorzystane do: oceny poziomu aktywności fizycznej, oceny poziomu odczuwanego bólu, identyfikacji zaburzeń funkcjonalnych. Ocena powinna zostać przeprowadzona zgodnie z wspomnianymi we wcześniejszej części opinii Wytycznymi KRF. W ramach badania należy także dokonać pomiarów antropometrycznych, w tym co najmniej: wzrost, masa ciała, obwód talii, obwód bioder. Należy wyliczyć współczynniki BMI oraz WHR (stosunek talia-biodra) oraz odnieść uzyskane wyniki do zakresów referencyjnych. Wszystkie wyniki należy odnotować w indywidualnej dokumentacji świadczeniobiorcy, niezależnie od decyzji o zakwalifikowaniu go do dalszych interwencji.

Porady ma udzielać zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz fizjoterapeuty specjalisty fizjoterapii lub magistra

fizjoterapii. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265), porada lekarska rehabilitacyjna to świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. W świetle obowiązujących przepisów lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie posiada uprawnień do realizacji porady rehabilitacyjnej, w tym planowania fizjoterapii, a tym samym nie powinien wchodzić w skład zespołu, co należy uwzględnić w projekcie.

Treść projektu zawiera niejasne zapisy w zakresie podziału kompetencji w ramach zespołu. Z jednej strony pojawia się stwierdzenie „o rodzaju zleczanych zabiegów fizykoterapeutycznych [sic] u poszczególnych pacjentów każdorazowo decyduje lekarz”, jednak zarazem o kluczowych elementach mających wpływ na efekt zdrowotny decyzję podejmuje fizjoterapeuta: „częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta”. W efekcie nie jest jasnym kto jest odpowiedzialny za efektywność całej terapii, co jest podejściem niepoprawnym. Treść projektu należy także uzupełnić o jasny podział zakresów kompetencji tak, aby jednoznacznie wskazać kto planuje i ocenia postępowania fizjoterapeutyczne. Dodatkowo, jeśli czynności te mają być wykonywane przez fizjoterapeutę z odpowiednimi uprawnieniami, zaś rolą lekarza jest potwierdzenie rozpoznania, i identyfikacja ewentualnych przeciwwskazań do fizjoterapii, to wymóg posiadania przez lekarza specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej nie znajduje uzasadnienia i powinien zostać zniesiony.

Podkreślenia wymaga, że każda osoba uczestnicząca w realizowanej w ramach ocenianego programu lekarskiej porady rehabilitacyjnej jest zarazem pełnoprawnym uczestnikiem tegoż programu. Należy skorygować zapisy projektu tak, aby nie sugerowały, że świadczeniobiorca rozpoczyna udział w programie po etapie opisanej powyżej porady rehabilitacyjnej. Zgodnie z treścią projektu, w ramach przedstawionego etapu świadczeniobiorcy kwalifikowani są do interwencji w postaci rehabilitacji z elementami edukacji („krok 2”). W przypadku braku kwalifikacji do kolejnego etapu świadczeniobiorca kończy udział w programie.

Treść projektu należy skorygować tak, aby terminy „fizykoterapia” był stosowany zgodnie z jego definicją. W szczególności do zabiegów fizykoterapeutycznych nie są zaliczane kinezyterapia i masaż.

Rehabilitacja z elementami edukacji

Podczas etapu rehabilitacji uczestników zakłada się przeprowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych. Wskazano przykładowe działania, jednak stanowią one katalog otwarty świadczeń.

Wskazano, że przeważać powinny działania z dziedziny kinezyterapii. Treść projektu nie zawiera dalszych informacji, które pozwoliłyby doprecyzować to stwierdzenie o wymierne wartości, np. liczba godzin kontaktowych, zajęcia indywidualne czy grupowe, rodzaje czy intensywność aktywności. Podkreślenia wymaga, że w zamieszczonej w projekcie liście zabiegów znajduje się m.in. pionizacja, co trudno uznać za uzasadnione. Tym samym projekt wymaga doprecyzowania w powyższym zakresie, aby katalog działań był zgodny z profilem populacji docelowej.

Warsztaty psychoedukacyjne

Dla uczestników programu zaplanowano udział w dwóch spotkaniach – jedno z dietetykiem oraz jedno z psychologiem. Czas trwania każdego ze spotkań to 1 godzina.

Projekt zakłada dużą swobodę doboru tematów, które będą omawiane na spotkaniach. Niezbędne jest uzupełnienie go o treści podstawowe, które muszą zostać opanowane przez każdego z uczestników.

Nie jest jasnym czy w warsztatach będzie mógł wziąć udział każdy świadczeniobiorca, który dołączył do programu i uczestniczył w etapie „lekarska porada rehabilitacyjna”, czy też wyłącznie te osoby, które zostały zakwalifikowane do etapu „rehabilitacja z elementami edukacji”. Zapisy programu należy doprecyzować w tym zakresie.

Dla oceny efektywności interwencji niezbędne jest zdefiniowanie prawidłowych mierników efektywności oraz wyznaczenie zawierających wartości docelowe celów szczegółowych. Ocena powinna opierać się o porównanie stanu końcowego (tj. po interwencji) względem stanu

początkowego (tj. przed interwencją). Wartością docelową może być np. określony odsetek uczestników z wynikiem poniżej progu punktowego w teście wstępnym, którzy w teście końcowym przekroczyli przyjęty próg punktowy.

Ponowna lekarska porada rehabilitacyjna

Po zakończeniu wszystkich zaplanowanych działań ma zostać przeprowadzona konsultacja podsumowująca, w czasie której zostanie dokonany pomiar wyników uzyskanych dzięki przeprowadzonym interwencjom. Zostaną także przekazane dalsze zalecenia, w tym ewentualne skierowanie do kontynuacji leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych.

W czasie konsultacji podsumowujących powinny zostać przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie wizyty kwalifikującej. Konsultacja powinna być prowadzona przez osobę, która odpowiada za planowanie i ocenę postępowania fizjoterapeutycznego. Projekt należy dostosować w tym zakresie uwzględniając uwagi wskazane w części „Lekarska porada rehabilitacyjna”.

Interwencje z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych

W sytuacji epidemii przewidziano możliwość realizowania świadczeń w formie zdalnej. Podkreślono, że warunkiem jest uzyskanie takiej samej lub zbliżonej skuteczności w porównaniu do świadczenia realizowanego stacjonarnie. Zapis nie budzi zastrzeżeń.

Należy jednak mieć na uwadze, że zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych może wiązać się z koniecznością przeprowadzenia działań uzupełniających, takich jak przeszkolenie personelu medycznego i uczestników programu w zakresie obsługi narzędzi teleinformatycznych czy zapewnienia dostępu do odpowiednich urządzeń. Działania wymagają dwukierunkowego przesyłu odpowiedniej jakości dźwięku i obrazu w czasie rzeczywistym, co może stanowić barierę i ograniczyć dostępność.

Jednocześnie należy podkreślić, że wymieniona w przykładach porada lekarska, która w projekcie nazywana jest także „lekarską poradą rehabilitacyjną”, z uwagi na konieczność dokonania pomiarów antropometrycznych oraz przeprowadzenia badania przedmiotowego, nie może być realizowana zdalnie. Projekt należy skorygować w tym zakresie.

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.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności oraz następstw interwencji. Jest to podejście poprawne. Po uwzględnieniu zawartych w niniejszej opinii uwag dotyczących celów i mierników należy nanieść wynikające z nich zmiany w części poświęconej monitorowaniu.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji, co jest rozwiązaniem prawidłowym.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Konieczne jest uwzględnienie celów i mierników efektywności w brzmieniu po uwzględnieniu zawartych w niniejszej opinii uwag.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie akcja informacyjna. Następnie zaplanowano nabór i kwalifikację uczestników do programu. Kolejny etap to realizacja programu. Program zakończy się jego ewaluacją.

Przedstawiono informacje na temat warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zastrzeżenia dotyczące personelu opisano powyżej. Opis wyposażenia i warunków jest poprawny.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy. Dodatkowo wykorzystane zostaną ulotki, plakaty, broszury, emisje audycji radiowych/telewizyjnych i promocja w serwisach internetowych. Działania będą skierowane do lekarzy POZ, aby mogli informować pacjentów, a także do pracodawców z branż zagrożonych ryzykiem choroby zawodowej związanej z wykonywaniem pracy siedzącej.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe, planowane koszty całkowite oraz źródła finansowania. Z uwagi na charakter programu oraz grupę docelową wątpliwości budzi uwzględnienie opłacenia dojazdu na świadczenia, zapewnienie opieki osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Koszt całkowity wyniesie około 5,97 mln zł. Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (5 073 990 zł), budżetu państwa (358 164 zł) i środków własnych realizatorów projektu (537 246 zł).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

Problem zdrowotny

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

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Metodami rehabilitacyjnymi są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgniasto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu

funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarnym – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizjoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Ocena technologii medycznej

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; 95%CI: 0,36; 0,57) oraz w wieku przedszkolnym (iloraz inteligencji (ang. *intelligence quotient* IQ); SMD 0,46; 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. 2020 poz. 1398 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.155.2020 pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” realizowany przez: województwo łódzkie, Warszawa, luty 2021; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; Raportem w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów: „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa” z lipca 2020 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 34/2021 z dnia 15 lutego 2021 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”.