



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 22/2021 z dnia 15 kwietnia 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy
Miejskiej Kraków”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia i poprawę zdrowia. 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. ustawy o świadczeniach).

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cele oraz mierniki efektywności należy doprecyzować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii.
- Należy uszczegółowić zapisy dotyczące populacji docelowej w ramach zaproponowanych wariantów planowanych działań.
- Projekt przewiduje finansowanie świadczeń gwarantowanych, a zatem konieczne jest zastosowanie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Opis programu wymaga uzupełnienia w tym zakresie.
- Projekt należy uzupełnić w zakresie zapisów dotyczących wyboru realizatora programu i warunków realizacji dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej (PPZ) zaplanowany na lata 2021-2024 z zakresu profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu, realizowany na terenie miasta Krakowa. Program jest skierowany do osób dorosłych z rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu. Wielkość populacji docelowej programu oszacowano na ok. 1 416 osób. Planowane koszty całkowite realizacji



programu oszacowano na 3 954 000 zł – 5 808 520 zł w zależności od wybranego wariantu realizacji działań.

Projekt dotyczy sfinansowania 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 (Dz.U. 2018 poz. 465).

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 (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 odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są choroby narządu ruchu, urazowe uszkodzenia lub zaburzenia statyczne narządu ruchu. 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 projekcie PPZ, w części dotyczącej epidemiologii, powołano się na dane GUS z raportu „stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku”. Wskazano, że działania w ramach programu są zgodne z mapą potrzeb zdrowotnych (MPZ) oraz priorytetowymi działaniami dla regionalnej polityki zdrowotnej woj. małopolskiego, niemniej nie przedstawiono szczegółowych danych z MPZ. Według danych zawartych w MPZ w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa małopolskiego zapadalność rejestrowana z grupy choroby kręgosłupa wyniosła w 2016 r. 17,9 tys. (dla Polski 542,2 tys.), a współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosił 1 429,3 (dla Polski 1 410,9).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zwiększenie sprawności funkcjonalnej i obniżenie dolegliwości bólowych u 50% uczestników”*. 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. Zaproponowany cel główny składa się z dwóch odrębnych założeń, z których oba są możliwe do zrealizowania mając na uwadze zaplanowane interwencje. Do pomiaru sprawności funkcjonalnej przed i po zakończeniu programu zaplanowano test „wstań i idź” (TUG, Timed Up and Go), natomiast w przypadku dolegliwości bólowych do pomiaru przed i po zakończeniu programu zaplanowano skalę NRS (Numerical Rating Scale), co należy uznać za zasadne.

W treści projektu programu przedstawiono także 6 celów szczegółowych:

- (1) *„w okresie 4 lat zwiększenie wiedzy u co najmniej 50% uczestników w programie na temat profilaktyki dysfunkcji narządu ruchu”;*
- (2) *„w okresie 4 lat zwiększenie poziomu wiedzy u co najmniej 50% uczestników programu z nadwagą i otyłością na temat prawidłowego żywienia”;*
- (3) *„w okresie 4 lat zwiększenie sprawności funkcjonalnej u co najmniej 50% uczestników programu”;*
- (4) *„w okresie 4 lat zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 50% uczestników programu związanych z dysfunkcjami narządu ruchu”;*
- (5) *„w okresie 4 lat zwiększenie siły mięśni kończyn dolnych u co najmniej 50% uczestników programu”;*
- (6) *„w okresie 4 lat zwiększenie siły uścisku ręki u co najmniej 50% uczestników programu”.*

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. Wszystkie cele szczegółowe są mierzalne i możliwe do zrealizowania w trakcie trwania PPZ z uwagi na zaplanowane interwencje. Należy jednak zaznaczyć, że nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co wymaga uzupełnienia. Cele szczegółowe nr 1 i 2 dot. zwiększenia wiedzy są możliwe do zrealizowania z uwagi na zaplanowany przez wnioskodawcę pre-test i post-test. Przy czym do projektu programu nie załączono formularza ww. testów, zatem jego ocena nie była możliwa. Cel szczegółowy nr 3 dotyczący zwiększenia sprawności funkcjonalnej oraz cel szczegółowy nr 4 odnoszący się do zmniejszenia dolegliwości bólowych powielają cel główny. Cel szczegółowy nr 5 dotyczący zwiększenia siły mięśni kończyn dolnych jest możliwy do pomiaru z uwagi na zaplanowany przez wnioskodawcę test FTSST (Five Timed Sit to Stand). Cel szczegółowy nr 6 dotyczący zmierzenia siły uścisku ręki jest możliwy do zrealizowania z uwagi na zaplanowane w programie pomiary siły ścisku ręki za pomocą dynamometru.

W treści projektu programu zaproponowano 6 mierników efektywności:

- (1) „liczba uczestników programu, u których nastąpiło zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki dysfunkcji narządu ruchu (test)”;
- (2) „liczba uczestników programu z nadwagą i otyłością, u których nastąpiło zwiększenie poziomu wiedzy na temat prawidłowego żywienia”;
- (3) „liczba uczestników programu u których nastąpiło zwiększenie sprawności funkcjonalnej (testy TUG)”
- (4) „liczba uczestników programu u których nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych (skala NRS)”;
- (5) „liczba uczestników programu u których nastąpiło zwiększenie siły mięśni kończyn dolnych (test FTSST)”;
- (6) „liczba uczestników programu u których nastąpiło zwiększenie siły ścisku ręki (dynamometr)”.

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. Zaproponowany miernik nr 1 odnosi się do 1 celu szczegółowego. Miernik nr 2 dotyczy celu szczegółowego nr 2. Miernik nr 3-6 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 3-6 oraz do założenia głównego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią stanowić osoby dorosłe (pow. 18 r.ż.) z rozpoznaną dysfunkcją narządu ruchu: choroby przeciążeniowe narządu ruchu, zmiany zwyrodnieniowe stawów, w tym po leczeniu operacyjnym (M00-M25, M60-M63, M72, M75, M76, M81, M84, M87, M89), zespoły bólowe kręgosłupa, w tym po leczeniu operacyjnym (G55, M45-M54), amputacje (S12, S22-S23, S32, S42, S52, S72, S82, S83, T90-T94). Zgodnie z treścią projektu, 10% (64 070) dorosłych mieszkańców Krakowa stanowią osoby z niepełnosprawnością. Dane dotyczące liczby mieszkańców Krakowa są zbliżone do danych GUS. Na podstawie szacunków autorów projektu wskazano, że populacja docelowa programu wyniesie w ciągu całego czasu jego trwania minimum 1 416 osób (30% populacji kwalifikującej się do udziału w programie). W wariantcie A (oddział dziennej rehabilitacji) zaplanowano udział ok. 1 070 osób, w wariantcie B (oddział rehabilitacji stacjonarnej) – ok. 346 osób, w wariantcie C (oddział dziennej rehabilitacji lub rehabilitacji stacjonarnej) – ok. 1 416 osób. Powyższe oszacowania oparto na danych dotyczących liczby pacjentów oczekujących na rehabilitację w oddziale dziennym lub stacjonarnym. W projekcie wskazano, że dopuszcza się możliwość zwiększenia populacji objętej wsparciem w ramach programu.

Zgodnie z treścią projektu program może być realizowany w jednym z trzech wariantów, w zależności od aktualnych możliwości finansowych: wariant A – oddział dziennej rehabilitacji, wariant B – oddział rehabilitacji stacjonarnej, wariant C – oddział dziennej rehabilitacji oraz rehabilitacji stacjonarnej. Ponadto wskazano, że dopuszcza się możliwość kwalifikacji pacjenta po pobycie w oddziale rehabilitacji stacjonarnej od razu do pobytu w ramach oddziału dziennego. Powyższe zapisy nie są w pełni spójne i nie wynika z nich czy program realizowany będzie we wszystkich wariantach czy w jednym wybranym. Tym samym istnieje niepewność co do ostatecznej liczby osób, która może zostać poddana działaniom rehabilitacyjnym. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia/wyłączenia do/z programu. Jednak nie jest jasne na jakiej zasadzie odbędzie się kwalifikacja uczestników do wariantu C – oddział dziennej rehabilitacji oraz rehabilitacji stacjonarnej, co należy uszczegółowić.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano: poradę lekarską (wstępną, końcową w uzasadnionych przypadkach kontrolną), poradę fizjoterapeutyczną (wstępną, końcową w uzasadnionych przypadkach kontrolną), fizjoterapię pod nadzorem zespołu rehabilitacyjnego (w tym rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach oddziału dziennego i rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach oddziału stacjonarnego dedykowaną pacjentom ze znacznie ograniczoną sprawnością funkcjonalną mających wskazania do całodobowego nadzoru medycznego) oraz edukację zdrowotną.

W ramach programu zaplanowano świadczenia w zakresie rehabilitacji w oddziale dziennym lub stacjonarnym. Świadczenia realizowane będą według indywidualnego programu postępowania rehabilitacyjnego. Fizjoterapia indywidualna oraz grupowa (5-7 procedur dziennie, nie mniej niż 4 z zakresu kinezyterapii) prowadzona będzie w przypadku rehabilitacji w oddziale dziennym przez 4 dni w okresie 4 tyg. (z możliwością przedłużenia do 8 tygodni). Natomiast w przypadku rehabilitacji w oddziale stacjonarnym przez 5 dni w okresie 2 tyg. (z możliwością przedłużenia do 6 tyg. pobytu pacjenta). Osoby zakwalifikowane odbędą szereg zabiegów fizykoterapeutycznych (m.in. elektrolecnicstwo, leczenie prądem elektromagnetycznym, światłolecnicstwo, termoterapia, hydroterapia, krioterapia miejscowa, 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.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265). Tym samym należy podkreślić, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

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 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).

Zgodnie z treścią projektu edukacja będzie uwzględniać minimum 2 spotkania grupowe, każde po co najmniej 60 minut, w formie prelekcji z instruktą prowadzonej przez fizjoterapeutę. Proponowana tematyka edukacji zdrowotnej obejmuje zagadnienia z zakresu zachowań prozdrowotnych (zwalczanie nałogów, zasady zdrowego stylu życia, profilaktyka chorób narządu ruchu, ergonomia, sposoby radzenia sobie ze stresem, zasady zdrowego odżywiania). Ponadto każdy uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w formie pisemnej oraz zalecenia dot. aktywności fizycznej/ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych. Dla osób z nadwagą lub otyłością dedykowany będzie rozszerzony program edukacyjny, uwzględniający dodatkowo jedno spotkanie indywidualne (min. 60 minut) z dietetykiem

i/lub psychologiem oraz rozszerzony instruktaż w zakresie zachowań prozdrowotnych, aktywnego trybu życia oraz prawidłowego odżywiania.

Działania edukacyjne zaplanowano w sposób poprawny i zgodnie z odnalezionymi wytycznymi.

W projekcie odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

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. Proponowane zapisy są poprawne, przy czym należy także monitorować liczbę osób rezygnujących z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn.

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

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano coroczną oraz końcową analizę: poziomu wiedzy przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu z zakresu profilaktyki schorzeń narządu ruchu na podstawie testu jednokrotnego wyboru; poziomu wiedzy przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu u osób z nadwagą i otyłością z zakresu prawidłowego żywienia na podstawie testu jednokrotnego wyboru; poziomu sprawności funkcjonalnej przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu za pomocą testu „wstań i idź” (TUG), poziomu dolegliwości bólowych przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu za pomocą skali NRS; siły mięśni kończyn dolnych przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu za pomocą testu FTSST, siły ścisku ręki przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu za pomocą dynamometru. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie kierowanie i kwalifikacja osób do programu prowadzona przez zespół złożony z lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeuty. Następnie zaplanowano rehabilitację i działania prozdrowotne w postaci realizacji indywidualnego programu postępowania usprawniającego w ramach wariantów dostępnych w programie. Ostatnim etapem jest zakończenie programu z jego całościową analizą. Przedstawiono zdawkowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie nie wskazano sposobu wyboru realizatora, który zgodnie z zapisami ustawowymi powinien być wyłoniony w drodze konkursu ofert.

W treści programu zaplanowano akcję informacyjną, jednak nie przedstawiono jej szczegółów, co wymaga uzupełnienia.

Całkowity budżet programu oszacowano na 3 954 000 zł (988 500 zł rocznie) – w przypadku realizowania wariantu A, 1 854 520 zł (463 630 zł rocznie) – w przypadku realizowania wariantu B oraz 5 808 520 zł (1 452 130 zł rocznie) – w przypadku realizowania wariantu C.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, w tym: koszt rejestru i sprawozdań z realizacji programu (prowadzenie rejestracji pacjentów, opracowanie harmonogramu) koszt promocji programu (materiały informacyjne, ew. kampania medialna), koszt monitorowania i ewaluacji – 50 920 zł/rok w przypadku rehabilitacji w oddziale dziennym lub 25 230 zł/rok w przypadku rehabilitacji w oddziale stacjonarnym. Koszt programu edukacyjnego z zakresu działań prozdrowotnych i profilaktycznych wynosi 300 zł, koszt porady lekarskiej oraz fizjoterapeutycznej – 100 zł. Koszt świadczeń udzielanych

w zakresie rehabilitacji w oddziale dziennym – 150 zł oraz koszt pobytu pacjenta w oddziale rehabilitacji stacjonarnej – 120 zł. Koszt rozszerzonego programu edukacyjnego oszacowano na 150 zł.

Program ma zostać sfinansowany budżetu miasta Kraków. Zaznaczono, że miasto będzie ubiegać się o dofinansowanie ze środków NFZ.

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

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

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 termoterapie; balneoterapie.

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.

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 fizykoterapeutyczne 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

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 (NCCDDR 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 (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.431.15.2021 pn. „Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków” realizowany przez: miasto Kraków, Warszawa, kwiecień 2021; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; Raportu 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 56/2021 z dnia 6 kwietnia 2021 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków”.