



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 40/2021 z dnia 30 lipca 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców
gminy Mirzec na lata 2021-2023”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Mirzec na lata 2021-2023”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy Mirzec, co może przełożyć się na podniesienie jakości życia oraz poprawę stanu funkcjonalnego objętych nim świadczeniobiorców. Negatywna opinia wynika przede wszystkim ze zbyt ogólnego i nieprecyzyjnego przygotowania projektu programu. Nie wskazano populacji, w której zgodnie z wynikami analizy danych statystycznych dotyczących zdrowia występuje największa niezaspokojona potrzeba zdrowotna. W kryteriach kwalifikacji wskazano jedynie warunki formalne – zamieszkiwanie na terenie gminy oraz uzyskanie skierowania lekarskiego. Tym samym nie jest jasne do kogo skierowane będą zaplanowane w ramach programu działania.

Interwencją w programie jest indywidualny plan rehabilitacji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami planowanie postępowania fizjoterapeutycznego wykonywane jest w ramach wizyty fizjoterapeutycznej lub w oparciu o skierowanie od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej. W projekcie wskazano jedynie na wymóg uzyskania skierowania od lekarza, co nie jest wystarczające do zaplanowania rehabilitacji.

W ramach postępowania fizjoterapeutycznego przedstawiono przykładowe świadczenia, które zgodnie z zapisami programu można stosować dowolnie. Projekt wymaga dopracowania tak, aby katalog świadczeń był zgodny ze zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi populacji docelowej. Należy również wskazać obiektywne metody pomiaru początkowego i końcowego kluczowych dla problemu zdrowotnego parametrów, których wyniki zostaną wykorzystane w pomiarze efektywności interwencji.

Zaproponowany w projekcie cel główny, cele szczegółowe oraz mierniki efektywności wymagają całkowitego przebudowania. W obecnym brzmieniu nie spełniają kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru



programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Mirzec. Działania skierowane są do wszystkich mieszkańców gminy – nie wskazano grupy docelowej. Projekt zakłada przeprowadzenie indywidualnego planu rehabilitacji. Program ma być realizowany w latach 2021-2023. Roczny koszt realizacji oszacowano na 50 tys. zł, co daje całkowity koszt programu na poziomie około 150 tys. 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. z 2021 r. poz. 1285, 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

W sposób zdawkowy przedstawiono problem zdrowotny niepełnosprawności. Wskazano, że rehabilitacja stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie człowieka. Zaznaczono, że rehabilitacja lecznicza składa się z działań: fizykoterapia, kinezyterapia i masaże.

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

W projekcie nie przedstawiono danych dotyczących zdrowia populacji, które uzasadniałyby realizację programu, w tym nie spełniono ustawowego wymogu odniesienia się do Map Potrzeb Zdrowotnych.

Projekt nie zawiera referencji bibliograficznych, na podstawie których przygotowano jego treść.

Cele i efekty programu

W projekcie nie przedstawiono jednego celu głównego programu. Jako cel główny zaproponowano sześć zapisów, sformułowanych następująco: (1) „poprawa zdrowia i związanej z nią jakości życia mieszkańców”, (2) „poprawa i podtrzymanie ogólnej sprawności osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narząd ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego”, (3) „zmniejszenie bólu”, (4) „przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa i narządów ruchu”, (5) „poprawa sprawności mięśni, stawów” oraz (6) „poprawa koordynacji ruchowej”. Jako cel główny należy wskazać jeden najważniejszy cel, który ma zostać osiągnięty w trakcie trwania programu. 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. Przedstawione zapisy stanowią ogólnikowe stwierdzenia, które nie spełniają roli celu głównego. W szczególności nie odnoszą się do wyników obiektywnych pomiarów efektów uzyskiwanych w programie.

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.

Celem głównym programu powinno być uzyskanie u określonego odsetka uczestników programu poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne. 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.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*zminimalizowanie procesów chorobowych*”;
- (2) „*wzrost aktywności ruchowej*”;
- (3) „*zapobieganie nawrotom i postępowi choroby*”;
- (4) „*zwalczanie stanów zapalnych, usuwanie dolegliwości*”;
- (5) „*usprawnianie czynności poszczególnych narządów*”;
- (6) „*zwiększanie siły mięśniowej*”;
- (7) „*przywracanie prawidłowego zakresu ruchu i wzorców ruchowych*”;
- (8) „*przywracanie odpowiedniej elastyczności i długości tkankom okołostawowym*”;
- (9) „*poprawa samopoczucia*”;
- (10) „*wzrost wiedzy na temat zdrowia*”;
- (11) „*przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmian chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego*”.

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. Każdy cel powinien odnosić się do odpowiadającego mu miernika efektywności.

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 mierniki efektywności:

- (1) „*liczba osób uczestniczących w rehabilitacji leczniczej*”;
- (2) „*liczba osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami*”;
- (3) „*ogólna ocena stanu zdrowia pacjenta*”;
- (4) „*liczba wykonanych zabiegów*”;
- (5) „*zwiększenie dostępności zabiegów rehabilitacyjnych oraz skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie*”;
- (6) „*liczba osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat działania rehabilitacji leczniczej*”.

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. Mierniki efektywności nr 1 i 4 nie odnoszą się do rezultatów interwencji, lecz do podejmowanych działań i tym samym stanowią element monitorowania realizacji programu. Zapisy należy przenieść do właściwej części projektu. Mierniki efektywności nr 2 i 6 odnoszą się bezpośrednio do celów programu, co jest podejściem prawidłowym. Jednocześnie liczbę osób należy zastąpić odsetkiem, gdzie mianownikiem będzie liczba osób objętych ocenianym działaniem, zaś licznikiem liczba osób z odnotowaną poprawą przekraczającą przyjęty próg minimalny. Mierniki efektywności nr 3 i 5 sposobem sformułowania przypominają cele, a tym samym niezbędne jest ich przeformułowanie.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą mieszkańcy gminy Mirzec. W projekcie nie wskazano liczby osób, które zostaną objęte działaniami w ramach programu.

Przedstawione kryteria włączenia to status mieszkańca gminy oraz uzyskanie skierowania lekarskiego. Nie wskazano grupy osób, w której zidentyfikowano niezaspokojoną potrzebę zdrowotną. Projekt nie zawiera kryteriów wykluczenia, np. osób realizujących rehabilitację w ramach świadczeń gwarantowanych.

Przedstawione zapisy są niewystarczające dla stwierdzenia do jakich grup świadczeniobiorców zostaną skierowane zaplanowane w projekcie działania.

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano przeprowadzenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

Sposób kwalifikacji uczestników programu do interwencji nie został opisany. W projekcie wskazano jedynie na wymóg uzyskania skierowania od lekarza, co zgodnie z obowiązującymi przepisami nie jest wystarczające do zaplanowania rehabilitacji. Planowanie postępowania fizjoterapeutycznego wykonywane jest w ramach wizyty fizjoterapeutycznej lub w oparciu o skierowanie od lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Przedstawiono listę zabiegów fizjoterapeutycznych, które mogą zostać wykorzystane w rehabilitacji. Zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych. Czas jednego spotkania rehabilitacyjnego zależeć będzie od rodzaju schodzenia i rodzaju zabiegów.

W ramach indywidualnego planu rehabilitacji zostaną przekazane treści dotyczące dalszego postępowania oraz zalecenia w zakresie prowadzenia zdrowego i aktywnego trybu życia. Przekazanie wskazanych treści zostało w projekcie nazwane działaniami edukacyjnymi.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje 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. z 2021 r. poz. 265). 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.

Zgodnie z odnalezionymi informacjami w gminie Mirzec nie funkcjonuje żaden świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie

wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności, w ramach której zbierane będą dane dotyczące m.in. liczby osób zakwalifikowanych do programu oraz liczby udzielonych świadczeń wraz z podziałem na ich rodzaj. Nie przewidziano monitorowania efektów przeprowadzonych interwencji.

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. Jednocześnie ze względu na błędnie sformułowane cele i mierniki efektywności przeprowadzenie ewaluacji może być utrudnione.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym wskazanym etapem są działania informacyjne, następnie rekrutacja uczestników, indywidualna terapia rehabilitacyjna oraz działania edukacyjne. Natomiast ostatnim etapem będzie końcowa ocena i opis stanu fizykalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonanego przez terapeutę.

Przedstawiono informacje na temat warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Błędnie wskazano, że świadczenia z zakresu fizjoterapii może wykonywać „fizjoterapeuta legitymujący się dyplomem magistra i posiadający doświadczenie pracy w zawodzie” – zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553) warunkiem niezbędnym jest posiadanie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

W projekcie wskazano, że realizatorem zostanie podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy. Zarazem jednak podano Ośrodek Rehabilitacji Ambulatoryjnej w gminie Mirzec jako miejsce wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych. Nieścisłość wymaga skorygowania.

W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych, co jest podejściem niepoprawnym.

Roczny koszt realizacji programu oszacowano na 50 000 zł, lecz jednocześnie wskazano, że kwota ta może ulec zmianom. Całkowity koszt realizacji programu w latach 2021-2023 można oszacować na około 150 000 zł.

Program ma być w całości finansowany z budżetu gminy Mirzec.

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 ścięgno-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 stacjonarny – 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

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. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.45.2021 pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Mirzec na lata 2021-2023” realizowany przez: gminę Mirzec, Warszawa, lipiec 2021; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 102/2021 z dnia 26 lipca 2021 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Mirzec na lata 2021-2023”.