



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 55/2024 z dnia 14 sierpnia 2024 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji**  
**dla mieszkańców Gminy Gozdnica”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnica” pod warunkiem uwzględnienia przedstawionych poniżej uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy kwestii mających kluczowe znaczenie dla jakości życia populacji docelowej. Dobrze zaplanowana, skuteczna i adekwatna do potrzeb zdrowotnych rehabilitacja medyczna wzmacnia m.in. działania na rzecz pozytywnej polityki senioralnej, gwarantując poprawę funkcjonowania osób w wieku podeszłym jak również przyczynia się do zmniejszenia zjawiska czasowej lub przetrwałej niezdolności do pracy grupy aktywnej zawodowo.

Opiniowany program zawiera działania, które są dostępne jako świadczenia gwarantowane, jednak istnieją organizacyjne ograniczenia do ich dostępności. Należy podejmować działania, mające na celu eliminację sytuacji, w której zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu powielająby świadczenia finansowane ze środków publicznych.

Niemniej, Prezes Agencji wnosi następujące uwagi do przedstawionego programu:

- w odniesieniu do populacji programu należy zweryfikować oszacowania w zakresie liczby osób kwalifikujących się do wzięcia udziału oraz planowanej liczebności populacji docelowej, ponadto należy doprecyzować definicję populacji poprzez wskazanie w kryteriach kwalifikacji jednostek chorobowych jako kryterium warunkujące, określenie zakresu wieku beneficjentów oraz ewentualnie aktywności zawodowej;
- w odniesieniu do planowanych interwencji projekt należy uzupełnić o narzędzia i sposoby przeprowadzania oceny funkcjonalnej uczestników;
- w odniesieniu do efektów nie wskazano uzasadnień dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić, ponadto nie określono czy osoba z grupy docelowej po zakończeniu swojego udziału w programie może do niego przystąpić ponownie;
- mając na uwadze uprzednio wydawane opinie o podobnych programach oraz uwzględniając wiedzę systemową z zakresu rozliczania kosztów rehabilitacji leczniczej na pacjenta wydaje się, że budżet przeznaczony na zabiegi jest zbyt niski.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Gozdnica, u których występują wskazania do rehabilitacji, a stan zdrowia pozwala na podjęcie rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. Zakładany okres realizacji programu to ok. 3 lata, koszt ma wynieść niespełna 480 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 2024 r.,

poz. 146), 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 projekcie programu przedstawiono problem zdrowotny osób z niepełnosprawnością, spowodowaną m.in. przewlekłymi chorobami układu ruchu, chorobami zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami układu kostno-stawowego oraz chorobami obwodowego układu nerwowego.

We właściwy sposób odniesiono się do danych epidemiologicznych. Przedstawiono regionalne dane odnoszące się do sytuacji społecznej i ekonomicznej na podstawie danych GUS.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 zwrócono uwagę, że rehabilitacja przyczynia się bezpośrednio do maksymalizacji dobrostanu osób w każdym wieku. Proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W ramach rekomendowanych kierunków działań dla woj. lubuskiego wskazuje się na zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Wymienia się również znaczenie edukacji pacjentów kierowanej na wzmocnienie działań samoopieki pacjentów.

### Cele i efekty programu

Jako cel główny wskazano *uzyskanie u co najmniej 15% uczestników programu poprawy stanu zdrowia w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie miasta Gozdnica w latach realizacji programu wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją*. W opiniowanym PPZ nie wskazano sposobu, w jaki zostanie przeprowadzona ocena stanu funkcjonalnego.

W treści projektu wskazano następujące cele szczegółowe:

1. *zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15% pacjentów, u których był to cel rehabilitacji;*
2. *zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u co najmniej 60% uczestników programu.*

Cel szczegółowy 1. został sformułowany w sposób prawidłowy, w opisie doprecyzowano, że poziom dolegliwości bólowych będzie określony z wykorzystaniem narzędzia oceny wizualnej VAS. Niemniej, samo zmniejszenie wartości nie zawsze wiąże się z rzeczywistym efektem klinicznej różnicy odczuwanej przez pacjenta. Zasadnym byłoby wskazanie, że celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm<sup>1</sup>). Cel 2. jest prawidłowo sformułowany, jednak nie załączono do weryfikacji wzorów testów przeprowadzanych przed przystąpieniem uczestnika do działań edukacyjnych oraz po odbyciu tej interwencji. Zasadnym jest również wskazanie poziomu o jaki wiedza uczestników programu ma wzrosnąć.

W projekcie programu zaproponowano trzy mierniki efektywności, rozumiane jako odsetek osób:

1. *u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne;*
2. *u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie);*
3. *u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy, rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post testu).*

Miernik 1. odnosi się do celu głównego. Miernik 2. odnosi się do celu szczegółowego 1., miernik 3. odnosi się do celu szczegółowego 2. Przy czym nie wskazano przyjętych wartości docelowych wraz z uzasadnieniem, co należy uzupełnić.

<sup>1</sup> na podstawie Tashjian RZ, Deloach J, Porucznik CA, Powell AP. Minimal clinically important differences (MCID) and patient acceptable symptomatic state (PASS) for visual analog scales (VAS) measuring pain in patients treated for rotator cuff disease. J Shoulder Elbow Surg 2009; 18: 927–32.; minimalna klinicznie istotna różnica wynosząca 1,37 cm została określona dla 10-centymetrowej skali bólu VAS u pacjentów z chorobą stożka rotatorów ocenianej po 6 tygodniach leczenia nieoperacyjnego

### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią będą mieszkańcy miasta Gozdnicza, u których występują wskazania do rehabilitacji, a stan zdrowia pozwala na podjęcie rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. Nie jest jednak jasne, czy wymienione w kryteriach kwalifikacji jednostki chorobowe są kryterium dodatkowym, czy obligatoryjnym. Wskazuje się, że wskazania do rehabilitacji leczniczej wykraczają poza schorzenia układu ruchu i układu nerwowego.

Zgodnie z danymi Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gozdnicy liczba mieszkańców Gozdnicy wynosiła 2 732 osoby (na dzień 30.04.2024 r.). Odsetek osób z niepełnosprawnościami w województwie lubuskim, kształtował się na poziomie 20%, w związku z czym liczebność populacji docelowej oszacowano na poziomie 546 osób. Mając na względzie ograniczenia finansowe gminy, przyjęto, że program obejmie rocznie ok. 280 osób.

Przedstawiono kryteria włączenia oraz wyłączenia z programu. Nie wskazano czy oraz w jaki sposób, będzie dokonywana weryfikacja oświadczenia uczestnika w zakresie kryterium wyłączenia polegającego na korzystaniu ze świadczeń finansowanych przez NFZ w okresie 6 miesięcy przed przystąpieniem do programu.

### Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie następujących interwencji:

- działania edukacyjne;  
jedno, 30-minutowe spotkanie, przeprowadzane w maksymalnie 20-osobowych grupach; treści edukacyjne dotyczące suplementacji diety, aktywności fizycznej i ergonomii w miejscu pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobiegania wypadkom i zranieniom, istotności prowadzenia zdrowego stylu życia oraz sposobów radzenia sobie ze stresem;
- wizyty fizjoterapeutyczne;  
uczestnicy w ramach programu skorzystają z dwóch wizyt fizjoterapeutycznych – wstępnej i końcowej; fizjoterapeuta oceni stan zdrowia pacjenta i na wizycie ma prawo zmienić lub ustalić, jeśli nie jest wcześniej określony, plan leczenia;
- zabiegi rehabilitacyjne;  
liczba zabiegów przypadających na pacjenta, jest uzależniona od planu leczenia opracowanego przez fizjoterapeutę; projekt zakłada do 10 dni zabiegowych w cyklu terapeutycznym, jako możliwe do przeprowadzenia interwencji wskazano kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem magnetycznym, światłolecznictwo, krioterapię i hydroterapię.

Przy ocenie zaplanowanych interwencji należy wskazać, że zaplanowane interwencje oraz działania są zgodne z wytycznymi.

### Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności zostanie przeprowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w półrocznych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu. Parametrami poddanymi analizie będą: liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie, uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej, w zajęciach edukacji zdrowotnej oraz liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie liczby osób, u których: doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych w ramach edukacji zdrowotnej.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opis planowanych działań i etapów. W dokumencie wskazano, że warunki realizacji PPZ będą zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu.

Akcja informacyjna jest szeroko zaplanowana w ramach I etapu interwencji.

W projekcie przedstawiono w przejrzysty sposób koszty jednostkowe, koszt całkowity oraz źródła finansowania. Budżet zawiera informację o zerowym koszcie z tytułu monitorowania i ewaluacji, a zgodnie z powszechną praktyką koszt ten powinien stanowić ok. 10% budżetu całkowitego. Nie przedstawiono szczegółowego oszacowania kosztów akcji informacyjnej oraz promocyjnej, co należy doprecyzować.

Koszty jednostkowe:

- 500 zł/osobę – koszt rehabilitacji (zabiegów i dwóch wizyt fizjoterapeutycznych);
- 50 zł/osobę – koszt działań edukacyjnych;
- 3 000 zł/rok – koszt akcji informacyjnej (m.in. opracowanie i druk materiałów informacyjnych);
- 3 000 zł/rok – koszt akcji promocyjnej;
- 0 zł – koszt monitorowania i ewaluacji.

Planowane koszty całkowite: 480 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Gozdnicza.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### 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 ogólnoświatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną niepełnosprawnością, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

##### Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Porada rehabilitacyjna (realizowana zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i domowych) udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in.: badanie ogólnolekarskie, określenie zakresu ruchów, testy czynnościowe, ocenę czucia powierzchownego i głębokiego, ocenę chodu i lokomocji, badania przesiewowe, badanie fizykalne, interpretację badań, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego) oraz końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna (w warunkach ambulatoryjnych lub domowych), w zależności od etapu postępowania fizjoterapeutycznego obejmuje co najmniej jedną z następujących czynności: zaplanowanie postępowania; ocenę i opis stanu funkcjonalnego; badanie czynnościowe; końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego; udzielenie zaleceń co do dalszego postępowania. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, a jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Interwencja ma na celu przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności. Im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program 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 odzyskanie zdolności do pracy. Podstawą skierowania jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

### Ocena technologii medycznej

#### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

##### Rehabilitacja osób w podeszłym wieku

Zgodnie z wytycznymi rehabilitacja osób w wieku podeszłym powinna skupiać się na: czynnościach poznawczych, wzmacnianiu nastroju, budowaniu zaangażowania społecznego, czynnościach w kierunku utrzymywania mobilności i profilaktyce upadków, aspektach funkcjonalnych, promowaniu zasad racjonalnego sposobu żywienia i właściwym nawadnianiu, łagodzeniu dolegliwości bólowych, zwalczaniu zjawiska polipragmazji. Leczenie psychospołeczne powinno być częścią leczenia depresji. Starsze osoby i ich opiekunowie powinni mieć dostęp do odpowiednich usług opieki psychospołecznej w celu radzenia sobie z takimi problemami z diagnozą chorób i skutkami ubocznymi leczenia. Opiekunowie powinni brać udział w interwencjach. (ICFSR 2021, RCA/PGLO 2021, PTK 2017).

##### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dorosłych

Wytyczne praktyki klinicznej wskazują na zapewnienie właściwego poziomu edukacji i poradnictwa, poprzedzonych identyfikacją możliwych czynników patologicznych. Klinicyści mogą rozważyć ustrukturyzowaną edukację pacjentów w połączeniu z ćwiczeniami z zakresu ruchu, opieką multimodalną (ćwiczenia ruchowe z manipulacją lub mobilizacją) lub zastosowanie substancji zwiotczających mięśnie. (APTA 2017)

##### Profilaktyka przewlekłego bólu kręgosłupa

W większości zaleceń zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).

Jednym ze skutecznych sposobów przeciwdziałania mechanicznym przeciążeniom kręgosłupa, w ramach tzw. profilaktyki pierwotnej i wtórnej jest zastosowanie odpowiednio dobranych ortez, tj. gorsetów i kołnierzy. Terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi i jest skuteczniejsza od samych ćwiczeń fizycznych w leczeniu bólu krzyża w ciągu 12 miesięcy. Pozwala ona też na szybszy powrót do pracy (PTF/PTMR/KLR 2017).

#### *Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych*

##### Rehabilitacja osób w podeszłym wieku

Złożone strategie rehabilitacyjne zastosowane w populacji seniorów wywierają korzystny wpływ na ich wydolność krążeniowo-oddechową, wyniki metaboliczne, parametry funkcjonalne, sprawność poznawczą oraz jakość życia w porównaniu do rutynowej aktywności fizycznej. Wykazano, że mogą wspomagać w uzyskaniu kontroli nad parametrami metabolicznymi oraz pozwolić na uzyskanie zrównoważonego składu ciała (Boauziz 2016).

Ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza oporowe, są niezbędne do uzyskania poprawy składu ciała i sprawności fizycznej u pacjentów z otyłością sarkopeniczną (Hsu 2019);

- zmniejszenie masy ciała MD = -4,3 kg; 95%CI: -7,61; -0,99; p = 0,01; I<sup>2</sup> = 0%;

- zwiększenie prędkości chodu MD = +0,2 m/s; 95%CI: 0,07; 0,33; p = 0,002; I<sup>2</sup> = 85%.

Dowody o umiarkowanej lub wysokiej jakości wskazują na istnienie niewielkiego wpływu fizjoterapii, połączonej z poradnictwem w zakresie zmian behawioralnych na wzrost aktywności fizycznej (Lakke 2018; SMD = 0,19; 95%CI: 0,07; 0,31) oraz brak efektu dodatkowego przy obserwacji długoterminowej (Lakke 2018; SMD = 0,00; 95%CI: -0,22; 0,21).

Proste strategie rehabilitacyjne stosowane u osłabionych fizycznie starszych osób wywierały istotny, umiarkowany wpływ na ich funkcjonowanie w społeczeństwie (De Coninck 2017, 9 RCT). Wykazano, że ćwiczenia fizyczne przynoszą korzyści w zakresie profilaktyki upadków

- redukcja ryzyka upadku RR=0,89; 95%CI: 0,81; 0,97; p = 0,01; I<sup>2</sup> = 43,9%; 15 badań; n=4926.

Wskazano na zasadność korzystania z treningu mobilności jako narzędzia pozwalającego na poprawę funkcjonowania osób w wieku podeszłym (Treacy 2022; wynik mobilności poprawił się o 1,00 pkt %; 95%CI: 0,51; 1,51).

Zwraca się jednak uwagę, że nie wykazano istotnego wpływu terapii zajęciowej na niepełnosprawność i funkcje poznawcze (De Coninck 2017). Nie wykazano również istotnej statystycznie zależności między interwencjami fizycznymi a śmiertelnością związaną z upadkami (Gurguis-Blake 2018).

#### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dorosłych

Oceniając złożone strategie terapeutyczne, wykazano, że realizacja mobilizacji neurologicznej skojarzonej z innymi metodami leczenia bólu w ramach rehabilitacji, może prowadzić do ogólnego zmniejszenia intensywności bólu odczuwanego przez pacjenta. Ponadto zwracano uwagę, że nie wpływa istotnie statystycznie na zwiększenie sprawności funkcjonalnej oraz na zakres ruchu (Baptista 2023).

Wartość dodania terapii poznawczo-behawioralnej do interwencji ruchowych jest wątpliwa, w badaniach nie obserwowano znaczących różnic między takimi interwencjami a interwencjami składającymi się wyłącznie z ćwiczeń fizycznych (Cheng 2019, 18 RCT).

W przypadku interwencji z zakresu fizjoterapii wykazano, że w porównaniu do leczenia zachowawczego oraz w porównaniu do leczenia pozorowanego/placebo terapia ruchowa nie wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu i stan funkcjonalności (IJzelenberg 2023). Wykazano, że realizacja terapii z użyciem lasera wysokoenergetycznego, istotnie statystycznie przyczynia się do obniżenia odczuwanego przez pacjenta bólu (Cai 2023; 9 RCT;

- obniżenie odczuwanego przez pacjenta bólu MD = -1,89; 95%CI: -1,96; -1,82),

z kolei izokinetyczny trening tułowia istotnie statystycznie zmniejszał poziom bólu okolicy lędźwiowej (Reyes-Ferranda 2023; 7 RCT; MD = -1,50 95%CI: -2,60; -0,39). Zastosowanie ćwiczeń aerobowych zwiększało uciskowy próg bólowy lub redukowało ból mierzony w skalach oceny bólu w porównaniu do ćwiczeń konwencjonalnych (Tan 2022;

- 11 badań; mediana spadku wrażliwości na ból 10,6% (MAX: 2,2%, MIN: 24,1%).

W przedstawionych badaniach nie stwierdzono klinicznie istotnych różnic pomiędzy fizjoterapią grupową i indywidualną w zakresie skuteczności leczenia bólów mięśniowo-szkieletowych oraz związanej z nimi niepełnosprawności. Sugerowano częstsze stosowanie terapii grupowej w schorzeniach układu mięśniowo-szkieletowego ze względu na aspekt ekonomiczny (O'Keffe 2017, 14 RCT).

Dostępne dowody naukowe dotyczące fizjoterapii nie pozwalają na stwierdzenie z dostateczną pewnością, że przezskórna elektrostymulacja nerwów (TENS) jest skuteczna w łagodzeniu bólu u osób z bólem przewlekłym. Badania wskazują, że TENS stosowana samodzielnie, w krótkim okresie obserwacji, wywiera istotnie silniejsze działanie przeciwbólowe w porównaniu z interwencją pozorowaną (Gibson 2019, 51 RCT; Plaza-Manzano 2020, 19 RCT). Wykazano również, że terapia laserem niskoenergetycznym łagodzi objawy zespołu cieśni nadgarstka, w perspektywie krótkookresowej (Rankin 2017, 22 RCT). W przypadku terapii laserem wysokoenergetycznym wykazano znaczną redukcję bólu mięśniowo-szkieletowego (Song 2018, 12 RCT). Terapia oparta

o miejscową aplikację ciepła odznacza się większym i szybszym działaniem przeciwbólowym w porównaniu z brakiem leczenia, standardową farmakoterapią oraz placebo/leczeniem pozorowanym (Clijisen 2022, 25 RCT). Odnalezione badania wskazują, że terapia za pomocą fal radiowych może stanowić obiecujące rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego (Fari 2022 26 RCT).

Ponadto wyniki przeglądów wskazują, że ćwiczenia takie jak Tai Chi, joga i qigong, mogą skutecznie łagodzić objawy wynikające z bólów przewlekłych, u osób w średnim wieku i osób starszych, w porównaniu z aktywnymi lub nieaktywnymi grupami komparatorów (Wen 2022, 17 RCT).

#### Rehabilitacja przewlekłego bólu u dzieci

Realizacja w ramach rehabilitacji aktywności fizycznej, przez dzieci i młodzież cierpiących z powodu zaburzeń funkcjonalności układu mięśniowo szkieletowego, może wpłynąć na obniżenie intensywności odczuwanego przez nie bólu. Ponadto aktywność fizyczna u tych dzieci może odgrywać istotną rolę w obniżaniu odczuwanego stopnia niepełnosprawności (Nascimento Leite 2023,

- redukcja bólu SMD = -0,45; 95%CI: -0,82; -0,08;
- redukcja stopnia niepełnosprawności MD = -0,27; 95%CI: -0,51; -0,02).

Analiza literatury wskazuje, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, dowody z najwyższego poziomu dotyczą terapii psychologicznych. Po zakończeniu leczenia fizjoterapia nie przyniosła korzyści w zakresie jakości życia, zależnej od stanu zdrowia. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, brak jest pewności co do wiarygodności tego efektu. Nie stwierdzono istotnego wpływu fizjoterapii na funkcjonowanie emocjonalne po leczeniu lub w okresie kontrolnym. Zgłoszono bardzo niewiele zdarzeń niepożądanych związanych z fizjoterapią (bardzo niska pewność dowodów) i nie stwierdzono różnic między grupami leczonymi i kontrolnymi (Fisher 2022, 34 badań farmakologicznych, 25 badań z zakresu fizjoterapii oraz 63 prób dotyczących interwencji psychologicznej).

#### Profilaktyka przewlekłego bólu kręgosłupa

Programy edukacyjne zastosowane jako jedyna interwencja nie są skuteczne w zapobieganiu i leczeniu bólu (Ainpradub 2016). Wykazano, że ćwiczenia połączone z edukacją wiązały się ze znamiennej szansą na redukcję częstości występowania bólu krzyża, podobnie jak ćwiczenia stosowane jako jedyna forma profilaktyki (Huang 2020,

- redukcja bólu dla porównania ćwiczeń połączonych z edukacją OR=0,59; 95% CI: 0,41; 0,82;
- redukcja bólu dla porównania ćwiczeń jako jedynej formy OR=0,59; 95% CI: 0,36; 0,92).

Interwencja w postaci wprowadzenia ćwiczeń fizycznych w miejscu pracy istotnie zmniejsza ogólny ból mięśniowo-szkieletowy (Moreira-Silva 2016, SMD = -0,40; 95% CI: -0,78; -0,02). Terapia grupowa, połączona z fizjoterapią terapia behawioralno-psychologiczna wykazuje korzystny wpływ na złagodzenie bólu w porównaniu z terapią standardową (Zhang 2019,

- obserwacja krótko terminowa SMD = -0,33; 95%CI -0,50; -0,15;
- obserwacja długoterminowa SMD = -0,34; 95%CI: -0,52; -0,16).

Dostępne dowody wskazują, że zastosowanie diagnostyki obrazowej u pacjentów z bólem krzyża wiąże się z istotnym wzrostem kosztów leczenia jednocześnie wskazując na brak korzyści w ocenianych kategoriach skuteczności (Karel 2015).

#### Podsumowanie opinii ekspertów

Wg ekspertów w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmują: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe. O kwalifikacji pacjenta do danej formy powinien

decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie.

W zakresie działań profilaktycznych główny nacisk powinno położyć się na fizjoprofilaktykę, a więc: formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do wykonania samodzielnego w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad. Ważnym elementem powinna być także edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

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

z upoważnienia Prezesa

p.o. ZASTĘPCA DYREKTORA BIURA PREZESA

Łukasz Andrzejczyk

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **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 2024 r. poz. 146.), z uwzględnieniem raportu: nr: OT.431.45.2024 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnica”, aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z marca 2024 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 128/2024 z dnia 12 sierpnia 2024 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnica”