



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 14/2025 z dnia 3 marca 2025 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej**  
**mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

#### **Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu mięśniowego oraz choroby centralnego i obwodowego układu nerwowego. Zakłada przeprowadzanie, interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany program, dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że Agencja opiniowała już podobny projekt programu, który otrzymała od Gminy Ożarów. Wówczas Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał opinię negatywną nr 78/2023. Uwagi wówczas opiniowanego programu zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące: uzupełnienia uzasadnienia wartości docelowej w celu głównym oraz szczegółowych; doprecyzowania kryteriów włączenia i wyłączenia do programu w kwestii zamieszkania/meldunku uczestników; weryfikacji i uzupełnienia w zakresie wskaźników monitorowania i ewaluacji.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co zostało uwzględnione w projekcie.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Ożarów. Program jest skierowany do pełnoletnich mieszkańców gminy z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu bądź choroby obwodowego układu nerwowego, którzy uzyskają skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Program ma być realizowany w latach 2025-2026, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 668 014 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 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 opiniowanym dokumencie przedstawiono zagadnienia dotyczące jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego. Wśród wymienionych grup problemów wskazano na choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy (złamania, skręcenia, zwichnięcia) oraz choroby ośrodkowego układu nerwowego.

Oceniany projekt zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie i regionalne. Wskazano, że „według badania EHIS<sup>1</sup> (...) w 2019 roku, najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi osoby dorosłe (w wieku co najmniej 15 lat) były: wysokie ciśnienie krwi (niemal 27%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (blisko 26%)”.

W projekcie przedstawiono dane pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla woj. świętokrzyskiego, zaznaczając, że w 2023 roku zapadalność rejestrowana dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego wyniosła 2 495 797 pacjentów, tj. 71,4%. Podkreślono również, że liczba pacjentów rehabilitowanych w powiecie opatowskim, na terenie którego leży gmina Ożarów wyniosła 7 999.

Powołując się na dane pochodzące z MPZ wskazano, że „w większości ze świadczeń rehabilitacyjnych korzystają osoby zamieszkujące miasta (57,4%, dla Polski 69,3%) oraz kobiety (prawie 65%). Blisko 10% to osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego to główna przyczyna zgłaszania się chorych na rehabilitację (72%, dla Polski 74%). Pod względem liczby ośrodków na 100 tys. mieszkańców realizujących świadczenia rehabilitacyjne, województwo zajmuje drugie miejsce ze wszystkich województw. Wskaźnik ten jest wyższy o 54% w stosunku do analogicznego wskaźnika dla Polski. W województwie notowany jest brak w chwili obecnej zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów w następujących zakresach: rehabilitacja pulmonologiczna oraz rehabilitacja dzieci i dorosłych ze śpiączką”.

Wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa świętokrzyskiego wskazano m.in. na „zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez podejmowanie działań w celu uruchomienia rehabilitacji w obszarach bez zabezpieczenia”.

Należy zaznaczyć, że w części dotyczącej uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu (str. 14 projektu) odniesiono się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469), które zgodnie z informacjami zamieszczonymi na stronie internetowej ISAP, zostało uznane za uchylone.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 40% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Ożarów w latach 2025-2026”. 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 potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu

---

<sup>1</sup> European Health Interview Survey – Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia

zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) *„podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu, urazów oraz chorób układu obwodowego wśród 30% populacji docelowej programu”*,
- (2) *„zmniejszenie dolegliwości bólowych (na podstawie skali VAS) u 50% uczestników programu, u których w ramach programów wdrożono interwencje rehabilitacyjne”*.

Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, jednak nie dołączono przykładowego testu, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%). Cel szczegółowy nr 2 również wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie wskazano, że do oceny dolegliwości bólowych wykorzystana zostanie skala VAS. Wskazana skala VAS umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Warto jednak wskazać, że w odniesieniu do celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- (1) *„odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”*,
- (2) *„odsetek osób, u których w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami rehabilitacji leczniczej doszło do zmniejszenia natężenia odczuwanego bólu (wynik skali VAS) – porównanie między wynikami uzyskanymi na wizycie kwalifikacyjnej (pre-test) a wynikami uzyskanymi po zrealizowaniu interwencji rehabilitacyjnej (post-test)”*,
- (3) *„odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem post-testu względem pre-testu, świadcząca o wyższym poziomie wiedzy świadczeniobiorcy”*.

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. Należy podkreślić, że mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy i odnoszą się do poszczególnych celów programu.

#### Populacja docelowa

Program jest skierowany do pełnoletnich mieszkańców gminy z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu bądź choroby obwodowego układu nerwowego, którzy uzyskają skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zaznaczono, że gminę zamieszkuje ok. 10 599 osób, z czego 9 500 osób stanowią osoby dorosłe. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

Biorąc pod uwagę przedstawione dane epidemiologiczne, populację docelową w gminie Ożarów oszacowano na około 600 osób rocznie. Zaznaczono jednak, że ze względu na ograniczenia finansowe, gmina planuje objąć PPZ ok. 350 dorosłych mieszkańców, tj. 175 osób rocznie.

W projekcie programu zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia, które w większości zostały przedstawione w sposób prawidłowy. Należy jednak zaznaczyć, że w kryteriach włączenia wskazano wymóg zamieszkiwania na terenie gminy, natomiast w kryterium wyłączenia stanowi brak meldunku, zatem istnieje nieścisłość w zakresie formalności związanych z tą kwestią, co należy doprecyzować.

#### Interwencja

W ramach realizacji PPZ zaplanowano badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne, indywidualny plan rehabilitacyjny obejmujący cykl zabiegów fizjoterapeutycznych, wizytę podsumowującą oraz działania edukacyjne.

#### *Rekrutacja do programu*

W projekcie programu skazano, że pracownik administracyjny realizatora może przeprowadzić rekrutację do programu pod względem formalnym. Pod względem medycznym, taką kwalifikację powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka.

#### *Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne*

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego kwalifikacyjnego wraz ze wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika. Działania zaplanowane w tej części obejmują wizytę uczestnika w siedzibie realizatora wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez fizjoterapeutę i wypełnieniem formularza uwzględniającego aktualny stan zdrowia oraz historię chorób współistniejących uczestnika. Następnie zostanie dokonana ocena i opis stanu funkcjonowania pacjenta przez rozpoczęciem fizjoterapii.

W zależności od potrzeb w ramach kwalifikacji uczestnika do programu mają być wykonane m.in. następujące pomiary: badanie diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodnie z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne), Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ), pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa), pomiary antropometryczne (wysokość i masa ciała, obwód talii), określenie wskaźników masy ciała BMI. Podkreślono również, że etap ten ma obejmować wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii, poprzez wypełnienie ankiety przez uczestnika.

W treści PPZ zaznaczono, że następnie zostanie podjęta decyzja o udziale uczestnika w programie oraz zostanie zaplanowane postępowanie fizjoterapeutyczne w postaci indywidualnego planu rehabilitacyjnego (IPF) wraz z wyznaczeniem terminu rozpoczęcia cyklu. Podkreślono również, że każdy świadczeniobiorca po zakończeniu procesu kwalifikacji powinien otrzymać informację dotyczącą swojego stanu zdrowia w formie pisemnej oraz dokumentację od realizatora programu dla lekarza POZ lub specjalisty. Osoby, u których brak będzie wskazań do cyklu fizjoterapeutycznego, zakończą udział w programie.

#### *Cykl zabiegów rehabilitacyjnych*

Zgodnie z PPZ, każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10-dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez lekarza. Podkreślono, że o ostatecznej liczbie powtórzeń, jak i o liczbie zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta, wskazano jednak, że nie mogą przekraczać ww. wartości. Każdy z uczestników będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do 3 serii zabiegów. Wskazano jednak, że w szczególnych przypadkach tj. świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz usprawnianie po wszczępieniu endoprotez kończyn, liczba zabiegów będzie rozpatrywana indywidualnie w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych realizatora.

W PPZ zaznaczono, że wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak zabiegi fizykalne, masaże w tym mechaniczne, kinezyterapia, terapia manualna.

#### *Wizyta podsumowująca*

W projekcie wskazano, że po zakończeniu cyklu terapeutycznego wykonana zostanie przez fizjoterapeutę końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego uczestnika programu, która zostanie

dołączona do dokumentacji medycznej. Podkreślono, że zastosowane zostaną odpowiednie narzędzia tj. kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów. Zaznaczono, że „ważnym jest, aby w czasie porady zostały przeprowadzone dokładnie te same wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie pierwszej porady kwalifikacyjnej, co pozwoli na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń”.

#### *Działania edukacyjne*

W odniesieniu do działań edukacyjnych zaplanowano przeprowadzenie pre i post-testu, którego wzoru nie dołączono do projektu, więc nie była możliwa jego weryfikacja.

Zakończenie udziału będzie wiązało się także z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania na rynku komercyjnym. Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki fizjoterapeuta zobowiązany jest do przekazania uczestnikom wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzonego postępowania terapeutycznego, uczestnicy będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem zaburzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego.

#### 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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona przez realizatora programu na podstawie: „liczby osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczby osób które faktycznie odbyły rehabilitację”, „procentowej liczby osób nie zakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu”, „liczby osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie vs liczby osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców”, „liczby osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe w ramach programu”, „liczby uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji”, „liczby osób nie zakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczby osób poddanych działaniom edukacyjnym”, „liczby osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia”, „czasu oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „liczby osób oczekujących krócej niż 3 miesiące” oraz „średniego czasu oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów terapeutycznych”. Warto zaznaczyć, że „czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych”, „średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów terapeutycznych” oraz „liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia nie stanowią poprawnie sformułowanych wskaźników do oceny zgłaszalności, a odpowiadają bardziej ewaluacji programu.

W zakresie oceny jakości świadczeń, zaplanowano analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników PPZ. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń. Wskazano również, że ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie rehabilitacji/fizjoterapii.

Ocena efektywności programu będzie przeprowadzona na podstawie: „liczby osób z dolegliwościami bólowymi”, „odsetka osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie”, „liczby uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego”, „liczby urazów wśród uczestników programu”, „liczby jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu”, „liczby osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu”, „liczby osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały

*palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała”, „zmiana poziomu wiedzy np. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa” oraz „liczby osób u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie testu i post testu)”. Warto jednak podkreślić, że część z przedstawionych wskaźników tj. „liczba osób z dolegliwościami bólowymi”, „odsetek osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie”, „liczba urazów wśród uczestników programu”, „liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu” oraz „liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu” odnosi się bardziej do monitorowania.*

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 ramach programu.

W dokumencie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W ramach programu realizator przeprowadzi akcję informacyjną skierowaną do mieszkańców gminy o możliwościach uczestnictwa w programie, za pośrednictwem lokalnych mediów, jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego, lokalnych podmiotów leczniczych oraz innych instytucji wsparcia społecznego.

Odniesiono się do sposobu zakończenia udziału w programie.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, koszty kampanii informacyjnej oraz koszty monitorowania i ewaluacji. Dodatkowo, w ramach budżetu PPZ uwzględniono zakup sprzętu oszacowany łącznie na 84 794 zł, co stanowi znaczącą część budżetu. Zaznaczono jednak, że „zakupiony sprzęt do programu po zakończeniu jego trwania za porozumieniem z urzędem miasta Ożarów zostanie przekazany SPZOZ Ożarówie, w celu dalszego jego użytkowania w placówce”

Koszt całkowity programu oszacowano na 668 014 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Ożarów.

#### **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.

Światowe Badanie Zdrowia (ang. World Health Survey) wskazało, że około 785 milionów (15,6%) osób w wieku  $\geq 15$  lat żyje z niepełnosprawnością, a spośród tych osób – 110 milionów (2,2%) ma bardzo poważne trudności w funkcjonowaniu.

Rehabilitacja zmierza do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej poprzez działania organizacyjne, lecznicze, psychologiczne, techniczne, szkoleniowe i społeczne.

##### Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże.

## Ocena technologii medycznej

### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021). Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami nacelowanymi na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji

pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).

#### *Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej*

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innymi ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznaną.
- W większości z 28 RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach nie stosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.
- Wyniki przeglądów systematycznych wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin- Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Na podstawie metaanalizy Holden 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji terapii zajęciowej skoncentrowanej na edukacji oraz ćwiczeniach ruchowych, może wpłynąć na zwiększenie poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego i/lub biodrowego, zarówno w krótkim (12 tygodni)  $-4,46$  [95%CI:  $(-5,95; -2,98)$ ], średnim (5 miesięcy)  $-2,71$  [95%CI:  $(-4,63; -0,78)$ ], jak i długim (1 rok)  $-3,39$  [95%CI:  $(-4,97; -1,81)$ ] okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu.

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

Opinie ekspertów wskazują, że istnieje zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Znaczenie działań proponowanych w omawianych PPZ zostało określone przez ekspertów jako: ratujące życie i prowadzące do pełnego wyzdrowienia; zapobiegające przedwczesnemu zgonowi oraz poprawiające jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość.

Programy polityki zdrowotnej powinny być poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych danej populacji i według tych analiz kierowane do danej populacji ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku produkcyjnym. Wskazywane przez ekspertów kryteria kwalifikacji do programów obejmowały: kwalifikację lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej do programu; status mieszkańca danego regionu; status osoby pracującej lub osoby bezrobotnej zarejestrowanej; ograniczona sprawność fizyczna i psychiczna wpływająca na ograniczenie aktywności zawodowej i czynny udział w życiu społecznym; zdiagnozowana choroba potwierdzona aktualną dokumentacją medyczną (nie starsza niż 1 rok kalendarzowy); stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, pisemna zgoda uczestnika, złożenie oświadczenie potwierdzającego niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z rehabilitacji lub fizjoterapii z powodu tej samej dysfunkcji realizowanych z innych środków publicznych, w tym NFZ, ZUS, PFRON.

Jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ 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.

Eksperti wskazują, że minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. Przy czym, optymalnie zajęcia powinny trwać co najmniej 2 razy w tygodniu, po 60 minut, a każdy z uczestników powinien odbyć łącznie 10 sesji w programie (łącznie czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

Eksperti są zgodni co do zasadności korzystania z odpowiednich skali do pomiaru sprawności funkcjonalnej pacjentów w zależności od prowadzonej rehabilitacji. Zdaniem ekspertów klasyfikacja ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) oferuje optymalne podejście do oceny niepełnosprawności, łącząc sferę medyczną i psychospołeczną.

Eksperti potwierdzają także zasadność prowadzenie działań edukacyjnych w ramach PPZ.

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

*Z upoważnienia Prezesa*

*ZASTĘPCA PREZESA*

*Anna Kowalczyk*

*/dokument podpisany elektronicznie/*

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.13.2025, „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026” realizowany przez: gminę Ożarów; data ukończenia opracowania: luty 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 36/2025 z dnia 3 marca 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026”.