



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 73/2025 z dnia 14 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”, **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 podobny projekt pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” uzyskał pozytywną warunkowo opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (nr 45/2022 z 12 sierpnia 2022 r.). Większość zgłoszonych wówczas uwag została uwzględniona w obecnie ocenianym projekcie.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące: uzasadnienia wartości docelowych celu głównego oraz celów szczegółowych, zaproponowania wzorów testów umożliwiających weryfikację zasadności przyjętych narzędzi pomiaru, a także zweryfikowania i doprecyzowania kosztów programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Miasto Żyrardów. Program jest skierowany do mieszkańców miasta Żyrardów w wieku 7-17 lat i więcej z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu. Program ma być realizowany w latach 2026-2028, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 163 860 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 informacje dotyczące niepełnosprawności i rehabilitacji. W ramach opisu problemu zdrowotnego wymieniono i opisano problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności oraz przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka.

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

W treści projektu przedstawiono europejskie, ogólnopolskie, regionalne i lokalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Powołując się na dane Eurostatu wskazano, że *„w 2023 r. 27% ludności Unii Europejskiej w wieku powyżej 16 lat miało jakąś formę niepełnosprawności. Zgodnie z szacunkami (...) oznacza to 101 mln osób lub 1 osobę dorosłą na 4 w UE”*.

W projekcie przedstawiono także dane regionalne dla województwa mazowieckiego oraz lokalne dla powiatu żyrardowskiego, na terenie którego znajduje się miasto Żyrardów. Odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wskazując, że w 2023 roku w Polsce rehabilitowanych w ramach NFZ było prawie 3,5 miliona pacjentów, z czego dzieci i młodzież (0–17 lat) stanowili 10,6% tej grupy, czyli ok. 371,7 tys. osób. Podkreślono, że wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej dla osób <18 r.ż. wyniósł w Polsce 690 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w województwie mazowieckim był o 1,2% wyższy i osiągnął wartość 798/100 tys., zaś na terenie powiatu żyrardowskiego – 719/100 tys., co wskazuje na niższy poziom w porównaniu do średniej wojewódzkiej. Wskazano, że w 2023 roku w populacji dzieci i młodzieży <18 r.ż. wykonano w Polsce ponad 9,9 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (26 547/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim – ponad 1,2 mln (22 710/100 tys.; 10. miejsce w kraju), a w powiecie żyrardowskim – ponad 15,8 tys. zabiegów, przy wskaźniku jedynie 21/100 tys., co stanowi wartość znacznie niższą niż średnie krajowe i wojewódzkie.

Należy zaznaczyć, że w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego wskazano m.in., że *„wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 5 (14. miejsce w kraju). Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 14 świadczeniodawców”*.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne układu ruchu, u co najmniej 20% uczestników programu - dzieci i nastolatków z miasta Żyrardów, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie miasta w latach 2026-2028”*.

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 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 wybranych przez realizatora testów funkcjonalnych przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Należy jednak zaznaczyć, że w treści programu nie określono przykładowych testów ani skal oceny, co uniemożliwia weryfikację zasadności przyjętych narzędzi pomiaru. Należy również zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Powyższe kwestie należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- 1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 60% dzieci uczestniczących w programie” oraz
- 2) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 60% rodziców dzieci uczestniczących w programie”.

Cele szczegółowe wydają się możliwe do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak zaznaczyć, że do PPZ nie załączono wzorów ww. testów, zatem nie było możliwości ich weryfikacji. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, co zostało uwzględnione wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi”. Warto jednak wskazać, że w odniesieniu do celów szczegółowych nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- 1) „odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu (Wyniki testów funkcjonalnych - różnica pomiędzy wynikiem uzyskanym na pierwszej wizycie oraz ostatniej wizycie)”,
- 2) „odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu” oraz
- 3) „odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.

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 muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Podsumowując, mierniki w większości zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. W przypadku miernika nr 1 należałoby doprecyzować ile powinna wynosić wskazana różnica.

Populacja docelowa

Program jest skierowany do mieszkańców miasta Żyrardów w wieku 7-17 lat z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu. Zaznaczono, że liczba mieszkańców miasta Żyrardów w wieku 7-17 lat wynosi ok. 6,78 tys. osób. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

Biorąc pod uwagę przedstawione dane epidemiologiczne, populację docelową w mieście Żyrardów oszacowano na poziomie ok. 3,4 tys. pacjentów. Zaznaczono jednak, że ze względu na ograniczenia finansowe, miasto planuje objąć PPZ corocznie ok. 60 osób, tj. w całym okresie realizacji ok. 180 osób (co stanowi ok. 5,3% populacji docelowej). Działaniami edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie dzieci zakwalifikowane do programu oraz jeden rodzic/opiekun prawny dziecka.

W projekcie programu zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia, które zostały przedstawione w sposób prawidłowy.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano kompleksową rehabilitację, obejmującą wizytę fizjoterapeutyczną, opracowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego, działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży uczestniczących w programie oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a także wizytę końcową.

Wizyta fizjoterapeutyczna

W ramach wizyty fizjoterapeutycznej przeprowadzona zostanie kwalifikacja uczestnika do programu, obejmująca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego na podstawie lekarskiego rozpoznania wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu, dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta bądź skierowania od lekarza POZ lub specjalisty, a także badania fizjoterapeutycznego. W trakcie wizyty dokonana zostanie również ocena funkcji układu ruchu z wykorzystaniem testów funkcjonalnych dobranych przez realizatora.

Indywidualny plan rehabilitacji

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji. Będzie obejmował zabiegi dostosowane do potrzeb uczestnika i dobrany według indywidualnych wskazań dla danego pacjenta. W treści PPZ wskazano, że ww. zabiegi zostaną wybrane w oparciu o indywidualne wskazania pacjenta o łącznej sumie 365 ± 5 pkt na cały cykl rehabilitacyjny. Ocena punktowa została przedstawiona zgodnie z taryfikacją Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne w programie będą skierowane zarówno do dzieci i młodzieży jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Tematyka spotkań będzie obejmować następujące zagadnienia: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, rola stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej. Dodatkowo w przypadku spotkań dla rodziców/opiekunów prawnych tematyka obejmie korzystanie z publicznego systemu opieki zdrowotnej. W projekcie zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego minimum 10 pytań zamkniętych. Należy jednak zaznaczyć, że do PPZ nie załączono wzorów ww. testów, zatem nie było możliwości ich weryfikacji. Zaznaczono, że interwencja ta obejmie jedno spotkanie edukacyjne trwające 45 minut zarówno w przypadku dzieci i młodzieży jak i rodziców. W obu przypadkach spotkania prowadzone będą przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę, w grupach maksymalnie 20-osobowych.

Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa

Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa realizowana będzie w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w ramach programu. W jej ramach przewidziano ponowną ocenę funkcji układu ruchu z wykorzystaniem testów funkcjonalnych, dobranych przez realizatora. W treści programu nie określono jednak przykładowych testów ani skal oceny, co uniemożliwia weryfikację zasadności przyjętych narzędzi pomiaru. Realizator zobowiązany będzie do przekazania uczestnikowi programu ankiety satysfakcji pacjenta w ostatnim dniu realizacji świadczeń.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

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 dokonywana na podstawie analizy: „*liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie*”, „*liczby dzieci uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej*”, „*liczby rodziców uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej*”, „*liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji*” oraz „*liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)*”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane, dodatkowo należy uwzględnić wskaźnik dotyczący liczby osób zakwalifikowanych do programu.

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

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

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.

Kampania informacyjna dotycząca programu prowadzona będzie przez realizatora we współpracy z placówkami POZ, AOS, innymi podmiotami leczniczymi oraz organizacjami pozarządowymi. Informacje o programie będą udostępniane w formie komunikatów na stronie internetowej oraz plakatów na tablicach ogłoszeń w siedzibie realizatora oraz w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Żyrardowa. Zaznaczono, że akcje promocyjne będą mogły odbywać się także poprzez dystrybucję materiałów drukowanych (ulotek, plakatów informacyjnych).

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe. Odniesiono się także do kosztów monitorowania i ewaluacji. Jednak w tabeli kosztów dla lat 2027 i 2028 występuje niespójność pomiędzy wskazaną ceną jednostkową, a całkowitym kosztem indywidualnego planu rehabilitacyjnego, co należy zweryfikować i doprecyzować.

Koszt całkowity programu oszacowano na 163 860 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Żyrardów.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarabkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako „*(...) zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem*”.

Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

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). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Zaleca się, aby lekarze zajmujący się medycyną fizykalną i rehabilitacyjną (ang. *physical and rehabilitation medicine*, PRM) osób z otyłością i chorobami współistniejącymi zdobywali specjalistyczną i szeroką wiedzę w zakresie diagnozowania i leczenia tych pacjentów. Lekarze PRM powinni pracować w zespole z lekarzami innych specjalności w celu opracowania programu zabiegów wymaganych przez PRM. Lekarze PRM powinni rozważyć ryzyko otyłości u osób z długotrwałą niepełnosprawnością objętymi już programem rehabilitacji (UEMS PRM 2017).
- Interwencje z zakresu PRM należy proponować wówczas, gdy wydolność funkcjonalna i jakość życia są zmniejszone z powodu nadmiernej masy ciała i obecności chorób współistniejących powodujących niepełnosprawność. Celem wdrażania poszczególnych interwencji z zakresu PRM powinno być zminimalizowanie obciążeń stawów, poprawa siły mięśni, równowagi, wytrzymałości i kondycji, maksymalizacja funkcji motorycznych, poprawa krążeniowo-oddechowa. Dostęp do programów stacjonarnych powinien być przyznawany nawet przy braku ostrego zdarzenia, na podstawie stopnia niepełnosprawności i przydatności klinicznej programu PRM (UEMS PRM 2017).
- Zaleca się realizowanie programu PRM w ośrodkach oferujących dostęp do zespołu wielodyscyplinarnego, w którego skład wchodzi: lekarz PRM, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, trener, dietetyk, psycholog, endokrynolog oraz lekarze innych specjalności. Zintegrowany, indywidualny program rehabilitacji obejmuje różne obszary interwencji oraz cele krótko- i długoterminowe, takie jak:
 - interwencja żywieniowa mająca na celu przywrócenie prawidłowych jakościowo-ilościowych nawyków żywieniowych w dłuższej perspektywie, osiągnięcie utraty wagi o co najmniej 5% początkowej masy ciała w krótkim okresie i 10% w okresie długim oraz znaczną redukcję masy tłuszczowej i utrzymanie odpowiedniego stosunku wzrostu do beztłuszczowej masy ciała;
 - program rehabilitacji ruchowej/funkcjonalnej;
 - edukacja terapeutyczna i interwencje psychoterapeutyczne ukierunkowane na: rozpoznanie rzeczywistych potrzeb pacjentów, skorygowanie fałszywych przekonań na temat odżywiania i aktywności fizycznej, trening samokontroli i zarządzania w jedzeniu, aktywność fizyczną, stres i niepokój, poprawa zachowań chorobowych;
 - pielęgniarstwo rehabilitacyjne, zabiegi wykonywane przez terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów i pielęgniarzy, ukierunkowane na poprawę stosunku pacjentów do chorób przewlekłych, niepełnosprawności i patologicznych stylów życia; zwiększenie społecznego i środowiskowego wsparcia i rekompensaty, optymalizacja uczestnictwa w rehabilitacji oraz programach opieki zdrowotnej (UEMS PRM 2017).

- U pacjentów z bólem szyi klinicyści powinni przeprowadzać ocenę i identyfikować objawy kliniczne pod kątem występowania poważnej patologii (np. infekcji, raka, chorób serca, niewydolności tętniczej, niewydolności więzadła górnego odcinka szyjnego, niewyjaśnionej dysfunkcji nerwu czaszkowego lub złamania oraz kierować chorych do konsultacji (APTA 2017).
- Klinicyści powinni stosować ograniczenia ruchu w odcinku szyjnym i górnego odcinka klatki piersiowej w obecności szyjno-pochodnego bólu głowy, historii urazu oraz bólu promieniującego do kończyny górnej, jako przydatne do klasyfikacji pacjenta w następujących kategoriach: ból szyi z deficytami ruchowymi; ból szyi z zaburzeniami koordynacji ruchowej (m.in. zaburzenia związane z urazem kręgosłupa szyjnego); ból szyi z bólami głowy (szyjno-pochodny ból głowy), ból szyi z bólem promieniującym (korzeniowym) (APTA 2017).
- W przypadku bólów okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- Główny zakres aktywności fizycznej nacelowanej na bóle okolic barków, powinien obejmować ćwiczenia rozciągające, wzmacniające oraz mobilizujące mięśnie okalające ten staw. W głównej mierze dotyczy to stożków rotatorów, środkowych i dolnych trapezów mięśnia równoległobocznego, mięśni piersiowych oraz mięśni zębatych przednich. Istotnym pozostaje także realizowanie tych ćwiczeń w sposób systematyczny oraz zgodnie z zalecanymi schematami odnośnie intensywności (OPTIMa 2021).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

- Na podstawie metaanalizy Nascimento Leite 2023, wykazano, że 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 – SMD=-0,45 [95%CI: (-0,82; -0,08)]. Dodatkowo aktywność fizyczna u tych dzieci może także odgrywać istotną statystycznie rolę w obniżaniu odczuwanego przez nie stopnia niepełnosprawności – MD=-0,27 [95%CI: (-0,51; -0,02)].
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie 34 badań farmakologicznych, 25 badań z zakresu fizjoterapii oraz 63 prób dotyczących interwencji psychologicznej (Fisher 2022) wykazano, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, przy czym najbardziej wiarygodne dowody dotyczą terapii psychologicznych. Stwierdzono, że fizjoterapia wiązała się z redukcją bólu, ale zidentyfikowane dowody nie pozwalają na połączenie wyników w postaci metaanalizy. Po zakończeniu leczenia fizjoterapia nie przyniosła korzyści w zakresie poprawy w zakresie jakości życia, zależnej od stanu zdrowia. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, ale 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.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci są zgodni, 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.

Eksperci 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.

Eksperci 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.

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

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.431.64.2025, „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028” realizowany przez: miasto Żyrardów; data ukończenia opracowania: sierpień 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 125/2025 z dnia 11 sierpnia 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”.