



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 81/2025 z dnia 21 sierpnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Baranowo na lata 2026-2030”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Baranowo na lata 2026-2030”, **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.

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 i celów szczegółowych oraz odniesienia się w budżecie programu do kosztów ewaluacji.

Odnosząc się do finansowania ocenianego programu należy zwrócić uwagę, że przeniesienie na beneficjentów niektórych kosztów (50% dopłaty) może ograniczyć dostęp do programu mniej zamożnym osobom, a w konsekwencji przełożyć się na mniejsze zainteresowanie udziałem w programie. Mając na uwadze powyższy aspekt warto zastanowić się nad zmniejszeniem populacji oraz zwiększeniem finansowania interwencji zaplanowanych w programie do 100%.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez gminę Baranowo. Program jest skierowany do mieszkańców gminy w wieku 18 lat i więcej, posiadający orzeczenie o niepełnosprawności oraz w wieku 50 lat i więcej, niezależnie od posiadania orzeczenia o niepełnosprawności. Program ma być realizowany w latach 2026-2030, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 599 300 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 wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

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

Powołując się na dane WHO wskazano, że liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2021 na całym świecie przekraczała 1,7 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów.

W projekcie odniesiono się do danych pochodzących z Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując m.in., że w roku 2023 ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,5 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Podkreślono również, że „wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 8 785/100 tys. mieszkańców. W województwie mazowieckim wskaźnik ten był o ok. 6% wyższy (9 330/100 tys.), natomiast na terenie powiatu ostrołęckiego, gdzie leży Gmina Baranowo, osiągnął wartość niższą od wojewódzkiej i ogólnokrajowej (8 071/100 tys.)”. W projekcie wskazano także, że „w roku 2023 wykonano w Polsce ponad 263,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (699 523/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim ponad 38,4 mln (697 379/100 tys.; 8 miejsce w kraju), w powiecie ostrołęckim – ponad 569,2 tys. (650 573/100 tys. – jest to wynik niższy niż ten dla kraju i województwa mazowieckiego)”.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa mazowieckiego wskazano m.in. na „skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2030”.

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 skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- 1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób

obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach 2026-2030”.

Cel szczegółowy wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza istotnych zastrzeżeń. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie zaplanowano 2 mierniki efektywności:

- 1) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)” oraz*
- 2) *„odsetek osób, 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 zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program jest skierowany do mieszkańców gminy Baranowo w wieku 18 lat i więcej, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności oraz w wieku 50 lat i więcej, niezależnie od posiadania orzeczenia o niepełnosprawności. Wskazano, że gminę zamieszkuje ok. 4,86 tys. osób dorosłych, zatem na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego dot. liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie mazowieckim (75/1 tys. ludności) oszacowano, że gminę Baranowo zamieszkuje ok. 365 osób w wieku 18 lat i więcej, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Z kolei liczba mieszkańców gminy w wieku 50 lat i więcej wynosi ok. 2,35 tys. osób. Informacje przedstawione przez wnioskodawcę są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w wieku 50+ w Gminie Baranowo oszacowano na poziomie ok. 190 osób, co łącznie z osobami w wieku 18+ posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, daje ok. 550 osób rocznie. Następnie wskazano jednak, że program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 130 dorosłych mieszkańców, tj. 650 osób w czasie trwania 5-letniego PPZ.

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

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.

Interwencja

W ramach realizacji programu zaplanowano realizację zabiegów rehabilitacyjnych na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

Indywidualny plan rehabilitacji

Dla każdego uczestnika zaplanowano indywidualny plan rehabilitacyjny określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez lekarza POZ/specjalistę na skierowaniu dostarczonym przez pacjenta. Ww. plan ma obejmować dobrane według indywidualnych wskazań pacjenta procedury o łącznej sumie punktów 450 (+/- 5pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Uwzględniać ma on również ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w pierwszym i ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie.

W treści projektu wskazano zabiegi rehabilitacyjne, które mogą wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu. W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji. Będzie obejmował zabiegi dostosowane do potrzeb uczestnika i dobrany według indywidualnych wskazań dla danego pacjenta. Ocena punktowa została przedstawiona zgodnie z taryfikacją Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r.

Działania edukacyjne

W projekcie zaplanowano działania edukacyjne, które mają być prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka. Zaznaczono, że interwencja ta obejmie jedno spotkanie edukacyjne trwające 45 minut w grupach maksymalnie 25-osobowych. W projekcie przedstawiono proponowaną tematykę: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem. W PPZ zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego minimum 5 pytań zamkniętych. Do projektu załączono przykładowy test, który co do zasady odzwierciedla zakres zaplanowanych działań edukacyjnych i nie wzbudza zastrzeżeń.

Zaproponowane interwencje należy uznać za zgodne z aktualnymi wytycznymi oraz dowodami pochodzącymi z randomizowanych badań klinicznych.

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*”, „*liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych*”, „*liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny*”, „*liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji*”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane. Dodatkowo należy uwzględnić liczbę 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, co zostało zaplanowane w projekcie. 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 prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. W projekcie wskazano, że informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Baranowo (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Zaznaczono, że akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe. W projekcie podkreślono, że program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Baranowo. Dodatkowo wskazano, że działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Baranowo oraz w ramach współpracy z realizatorem i placówkami POZ/AOS na terenie Gminy. Jednak w projekcie nie odniesiono się do kosztów przeprowadzenia ewaluacji, co należy uzupełnić.

Koszt całkowity programu oszacowano na 599 300 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Baranowo (50%) oraz z uwzględnieniem dopłaty uczestników PPZ (50%). Należy zaznaczyć, że założenie o przeniesieniu kosztów na beneficjentów może ograniczyć dostęp do programu mniej zamożnym osobom.

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 zarobkowania 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 czaszkiowego 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

- 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 nieznana.
- 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

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 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.431.70.2025, „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Baranowo na lata 2026-2030” realizowany przez: gminę Baranowo; data ukończenia opracowania: sierpień 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 153/2025 z dnia 18 sierpnia 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Baranowo na lata 2026-2030”.