



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 82/2025 z dnia 26 sierpnia 2025 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej  
mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia  
na lata 2025-2030”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2025-2030”, **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 oraz celów szczegółowych, weryfikacji i doszacowania liczebności populacji programu, doprecyzowania kosztów programu m.in. w odniesieniu do kosztu całkowitego, kosztów w poszczególnych latach oraz odniesienia się do kosztów ewaluacji.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez miasto Rzeszów. Program jest skierowany do mieszkańców Rzeszowa powyżej 50 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Program ma być realizowany w latach 2025-2030, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 1 250 000 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 którego 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. Przedstawiono również dane w zakresie chorobowości oraz liczby udzielonych świadczeń w rehabilitacji w podziale na populację 65+ oraz populację między 18 a 64 r.ż. W odniesieniu do populacji 65+ wskazano, że wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej osiągnął w 2023 r. wartość 3 756/100 tys. mieszkańców dla Polski, natomiast w woj. podkarpackim był wyższy i wyniósł 3 950/100 tys., a jeszcze wyższy był w Rzeszowie – 5 668/100 tys.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa podkarpackiego w zakresie rehabilitacji medycznej wskazano m.in. na „podejmowanie działań mających na celu utrzymanie wysokiej dostępności do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych” oraz „zapewnienie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych w formie niestacjonarnej, wynikających z potrzeb zdrowotnych ludności”.

### 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 miasta Rzeszowa w latach 2025-2030”*.

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 2025-2030”*.

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 miasta Rzeszowa powyżej 50 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. W projekcie wskazano, że liczba mieszkańców Rzeszowa powyżej 50 r.ż. wynosi ok. 69,2 tys. osób. Informacje przedstawione w projekcie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego. Biorąc pod uwagę powyższe dane, oszacowano populację docelową na poziomie ok. 4 100 osób rocznie, jednocześnie zaznaczając, że w związku z ograniczeniami finansowymi, program obejmie rocznie ok. 270 osób, co stanowi ok. 6,6% populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Biorąc pod uwagę fakt, że realizację działań rehabilitacyjnych w ramach programu zaplanowano na okres 5 lat (lata 2026-2030), sumaryczna liczebność populacji, która będzie mogła wziąć w nim udział wyniesie 1 350 osób. Należy jednak zwrócić uwagę na pewne nieścisłości w zakresie liczebności populacji objętej działaniami w ramach programu. W opisie budżetu PPZ założono, że w pierwszym roku realizacji działań rehabilitacyjnych program obejmie 270 osób, natomiast w latach kolejnych po 285 osób, co daje razem 1 410 osób. Powyższe nieścisłości należy doprecyzować.

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 wizytę fizjoterapeutyczną, wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne.

#### *Wizyta fizjoterapeutyczna*

W odniesieniu do zaplanowanych w projekcie wizyt fizjoterapeutycznych wskazano, że będą one miały na celu kwalifikację uczestników do programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Ponadto, w ramach wizyty zaplanowany zostanie indywidualny plan rehabilitacyjny oraz przeprowadzona zostanie ocena dolegliwości bólowych na podstawie skali VAS.

### *Indywidualny plan rehabilitacji*

Dla każdego uczestnika zaplanowano indywidualny plan rehabilitacyjny określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji. Ww. plan ma obejmować dobrane według indywidualnych wskazań pacjenta procedury o łącznej sumie punktów 400 (+/- 3 pkt.) 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*

Zgodnie z treścią projektu, działania edukacyjne obejmować będą udział w jednym, 45-minutowym spotkaniu w zakresie edukacji zdrowotnej, prowadzonym przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka w maksymalnie 25-osobowych grupach. Tematyka spotkania obejmować będzie rolę 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, a także sposoby radzenia sobie ze stresem. W projekcie programu zaplanowano badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego 5 pytań zamkniętych. Wzór testu załączono do projektu i nie budzi on zastrzeżeń.

Zaplanowane interwencje są zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi.

### 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 wizytach fizjoterapeutycznych”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania nie budzą zastrzeżeń. Dodatkowo należy uwzględnić liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie.

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. Należy jednak zwrócić uwagę na czas realizacji programu. W 2025 r. zaplanowano jedynie działania przygotowawcze, rzeczywisty czas realizacji programu zaplanowano od 2026 r. Okres realizacji programu (również w kontekście nazwy programu oraz założonych celów) powinien zostać dostosowany do okresu, w którym nastąpi rzeczywista realizacja zaplanowanych w projekcie interwencji.

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 corocznie przez realizatora, w ramach współpracy z placówkami POZ, AOS, innymi podmiotami leczniczymi oraz organizacjami pozarządowymi. Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Rzeszowa. Zaplanowano również realizację działań promocyjnych za pośrednictwem lokalnych mediów (np. prasy, radio, tv, spotów w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, a także kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych. Dodatkowo promocja programu odbywać się będzie poprzez akcje profilaktyczne, w tym realizowane z wykorzystaniem systemów reklamowych roll-up oraz gadżetów rozdawanych uczestnikom. Jednocześnie zaznaczono, że wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy będzie od decyzji realizatora.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe. W projekcie podkreślono, że program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta Rzeszowa. Jednak w projekcie nie odniesiono się do kosztów przeprowadzenia ewaluacji, co należy uzupełnić.

Ze względu na nieścisłości w zakresie sposobu oszacowania rocznych kosztów realizacji PPZ, koszt całkowity może być niedoszacowany - liczebność populacji w roku 2026 różni się od liczebności populacji oszacowanej w pozostałych latach w przeliczeniu na koszty interwencji. Koszty te należy zweryfikować i doprecyzować.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 250 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych budżet miasta Rzeszowa, ewentualne dofinansowanie ze środków NFZ.

### **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 pielęgniarki, 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*

- 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.431.72.2025, „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2025-2030”, realizowany przez: miasto Rzeszów; data ukończenia opracowania: sierpień 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 161/2025 z dnia 25 sierpnia 2025 roku o projekcie programu: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2025-2030”.