



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 85/2025 z dnia 4 września 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łłowa w wieku
powyżej 35. roku życia”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łłowa w wieku powyżej 35. roku życia”, **pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.**

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność i schorzenia układu kostno-stawowego oraz mięśniowego. Zakłada przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, zaleca się uwzględnienie uwag i sugestii przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności:

- zaprojektowania wzorów pre- i post testów wiedzy;
- doprecyzowania opisu kampanii informacyjnej;
- ujednolicenia zapisów kryteriów kwalifikacji dotyczących sformułowań: zameldowanie i zamieszkiwanie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej zaplanowany do realizacji przez Gminę Łłowa. Program jest skierowany do mieszkańców gminy Łłowa w wieku 35 lat i więcej, posiadających skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne. W ramach PPZ zaplanowano wizytę fizjoterapeutyczną, realizację zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego, a także działania edukacyjne. Program ma być realizowany w latach 2026-2027, a koszty jego przeprowadzenia oszacowano na 340 000 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 szczegółowo przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności, schorzeń układu kostno-stawowego oraz mięśniowego i rehabilitacji. W ramach opisu problemu zdrowotnego opisano różne jednostki chorobowe mogące prowadzić do niepełnosprawności oraz przedstawiono ich etiologię, czynniki ryzyka i objawy kliniczne.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa na podstawie, którego opracowano projekt programu.

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 w powiecie żagańskim ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 6 421 pacjentów. Współczynnik liczby pacjentów w województwie lubuskim wyniósł 8 141/100 tys. mieszkańców, co stanowi zauważalny wzrost w stosunku do roku 2022 (l. pacjentów wynosiła 5 302, a współczynnik 7 127/100 tys. mieszkańców).

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa lubuskiego w zakresie rehabilitacji medycznej wskazano m.in. na zapewnienie kompleksowej i ciągłej rehabilitacji z równym dostępem w całym regionie poprzez tworzenie interdyscyplinarnych zespołów specjalistów dostosowanych do potrzeb pacjenta, integrację różnych form terapii (fizykoterapia, kinezyterapia, sprzęt ortopedyczny, edukacja, wsparcie psychologiczne), rozwój edukacji w zakresie samoopieki domowej oraz wdrażanie programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży i osób pracujących na poziomie województwa.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia co najmniej 20% jego uczestników w każdym obszarze, w którym wykryto zaburzenia funkcjonalne”.

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 doprecyzowano, że pojęcie „poprawa” oznacza różnicę pomiędzy wynikiem testu końcowego a wynikiem początkowym, wskazującą na korzystniejszy stan funkcjonalny pacjenta, przy czym różnica ta nie może być mniejsza niż minimalna wartość uznawana za klinicznie istotną dla danego testu. Zaplanowano również ocenę stanu funkcjonalnego, przed i po realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Przedstawiono także uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- 1) „zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe i o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (tj. 1,4 cm) zgodnie ze skalą VAS (Visual Analogue Scale, czyli wizualna skala analogowa)”;
- 2) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u co najmniej 60% uczestników programu o co najmniej 50%”.

Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie zaplanowano ocenę dolegliwości bólowych przy wykorzystaniu skali VAS.

Cel szczegółowy nr 2 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, jednak 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 (np. min. 80% poprawnych odpowiedzi). W projekcie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- 1) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne”;*
- 2) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”;*
- 3) *„odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post 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 Łłowa w wieku powyżej 35 roku życia, którzy posiadają wskazania zdrowotne oraz są w stanie podjąć rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych. W projekcie wskazano, że liczba mieszkańców Gminy Łłowa w wieku powyżej 35 r.ż. wynosi 3 984 osób. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej przyjęto, iż odsetek osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wynosi 20% (wg Diagnozy Społecznej 2015 stworzonej przez Radę Monitoringu Społecznego). W związku z tym szacunkowa liczba beneficjentów programu mogłaby oscylować w granicach ok. 800 osób. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w Gminie Łłowa oszacowano na poziomie ok. 400 pacjentów rocznie, jednak w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy program obejmie corocznie ok. 300 dorosłych mieszkańców.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które w większości zostały zaplanowane prawidłowo, z wyjątkiem używania zamiennie pojęć „zameldowanie” i „zamieszkiwanie”. Powyższe zapisy dotyczące kwalifikacji uczestników programu należy ujednolicić.

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielaty u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, co zostało zaplanowane w projekcie w ramach kryteriów wyłączenia.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano rejestrację pacjentów wraz z oceną funkcjonalną, realizację zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego, a także działania edukacyjne.

Rejestracja pacjentów wraz z oceną funkcjonalną

Rejestracja odbywa się na podstawie odpowiedniego skierowania. Fizjoterapeuta dokonuje weryfikacji zasadności udziału pacjenta w programie i potwierdza kwalifikację poprzez adnotację na skierowaniu. Przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego przewidziano przeprowadzenie oceny funkcjonalnej uczestników. Ocena ta stanowi podstawę do opracowania indywidualnego planu rehabilitacji zgodnego z celem skierowania. Fizjoterapeuta, w oparciu o uzyskane wyniki, planuje działania rehabilitacyjne oraz wyznacza termin pierwszej wizyty.

Zabiegi rehabilitacyjne realizowane na podstawie indywidualnego planu rehabilitacyjnego

Zgodnie z treścią programu, fizjoterapeuta po przeprowadzeniu badania fizjoterapeutycznego będzie uprawniony do samodzielnego opracowania planu leczenia oraz ustalenia liczby dni zabiegowych (od 3 do 10). Dla celów organizacyjnych przyjęto, że przeciętny cykl terapeutyczny obejmuje 10 dni zabiegowych, w trakcie których wykonywane będą średnio 4 zabiegi dziennie, co daje łącznie około 40 procedur na jednego pacjenta. Rozliczenie interwencji przewidziano w systemie punktowym, zgodnie z taryfikacją świadczeń fizjoterapeutycznych określoną zarządzeniem Prezesa NFZ. Liczba i intensywność świadczeń terapeutycznych każdorazowo będą dostosowywane do indywidualnych potrzeb pacjenta. W treści projektu wskazano zabiegi rehabilitacyjne, które mogą wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu.

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią projektu, w ramach działań edukacyjnych przewidziano jedno 30-minutowe spotkanie dla grup do 20 osób, prowadzone przez fizjoterapeutę. Tematyka obejmuje dietę i suplementację, aktywność fizyczną, ergonomię pracy, profilaktykę chorób i urazów układu ruchu, zapobieganie wypadkom, zdrowy styl życia oraz radzenie sobie ze stresem. Wiedza uczestników ma być oceniana poprzez pre- i post-testy, co uznano za zasadne, jednak do PPZ nie dołączono wzorów testów, uniemożliwiając ich weryfikację.

Zaplanowane interwencje są zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

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 wskaźników: „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie”, „liczby uczestników objętych kompleksową rehabilitacją leczniczą”, „liczby osób biorących udział w zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej”, „liczby osób rezygnujących z udziału w programie na poszczególnych jego etapach, wraz z analizą przyczyn rezygnacji”. Ponadto przedstawiono dodatkowe wskaźniki mające zastosowanie przy monitorowaniu tj. „pacjenci, którzy ukończyli pełny cykl rehabilitacji: ... osób” oraz „pacjenci, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacji: ... osób”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag i opinii przekazywanych do realizatora programu. 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 uwzględnione w programie.

Prowadzona będzie na podstawie analizy wskaźników: „odsetek uczestników, u których stwierdzono poprawę w zakresie wcześniej zidentyfikowanych zaburzeń funkcjonalnych”, „odsetek uczestników, u których nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych udzielonych w ramach programu” oraz „odsetek uczestników, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie treści objętych edukacją zdrowotną”. 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 oraz sposób zakończenia udziału w programie. Należy wskazać, że w projekcie odniesiono się do działań informacyjnych, jednak opis kampanii został przedstawiony bardzo ogólnie.

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 budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Ponadto zaplanowano koszt akcji informacyjnej, monitoringu i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 340 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych Gminy Iłowa. Zaznaczono także, że gmina bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

- Osoby starsze, podobnie jak wszyscy dorośli, powinny podejmować regularną aktywność fizyczną (WHO 2020).
- 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).
- 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

tętnicznej, 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 do intensywności (OPTIMA 2021).
- Pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).

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 DPPZ.431.2.2025 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Iłowa w wieku powyżej 35. roku życia”, realizowany przez: Gminę Iłowa; data ukończenia opracowania: sierpień 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 164/2025 z dnia 1 września 2025 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Iłowa w wieku powyżej 35. roku życia” (Gmina Iłowa)”.