Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 105/2025 z dnia 5 listopada 2025 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Polkowice”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Polkowice”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. 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 doprecyzowania opisu etapów i działań organizacyjnych planowanych w ramach realizacji programu.

Warto zaznaczyć, że w ramach finansowania, w projekcie przewidziano dopłatę pacjenta do pakietu indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Należy mieć na uwadze, iż wprowadzanie opłat od uczestników programu może negatywnie wpłynąć na zgłaszalność do programu oraz stanowi dodatkowe kryterium kwalifikacji do PPZ, które może mieć ujemny wpływ na wielkość populacji.

Należy również zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Polkowice. Program skierowany jest do pełnoletnich mieszkańców Gminy Polkowice z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 3 467 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Polkowice oraz z dopłat pacjentów, zgodnie z kryteriami określonymi w niniejszym programie. Okres realizacji programu zaplanowany został na lata 2026-2028.

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 2025 r., poz. 1461), 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 jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego. W ramach opisu problemu zdrowotnego przywołano definicję niepełnosprawności według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz opisano problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności, przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka.

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, każdego dnia na skutek urazów zewnętrznych umiera około 14 tys. osób, czyli ok. 5 mln rocznie, co stanowi 9% wszystkich zgonów. Najczęstsze przyczyny urazów to: wypadki drogowe (24%), inne niezamierzone urazy i uszkodzenia ciała (18%), próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia (5%), zatrucia (4%) oraz działania wojenne (2%).

W projekcie odniesiono się do danych pochodzących z Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując m.in. ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało ok. 3,5 mln pacjentów. Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej w Polsce wyniósł 9 287/100 tys. mieszkańców, 8 097/100 tys. w woj. dolnośląskim i 8 431/100 tys. w powiecie polkowickim. W analizowanym okresie udzielono ok. 1,7 mln porad lekarskich rehabilitacyjnych w Polsce, ponad 87,7 tys. w woj. dolnośląskim i 1 589 w powiecie polkowickim. Zrealizowano również blisko 5,7 mln wizyt fizjoterapeutycznych w kraju, ponad 310,9 tys. w regionie oraz 10 103 w powiecie. W powiecie polkowickim wykonano ok. 366,2 tys. zabiegów fizjoterapeutycznych, wobec 16,9 mln w woj. dolnośląskim i 263,3 mln w Polsce.

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazano, że w województwie dolnośląskim, w tym na obszarze gminy Polkowice, dostęp do rehabilitacji finansowanej przez NFZ jest bardzo ograniczony z powodu niewystarczającej liczby ośrodków i limitowania świadczeń. Wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa wskazano m.in. zwiększenie dostępności usług rehabilitacyjnych blisko miejsca zamieszkania pacjentów, ze szczególnym naciskiem na rozwój ambulatoryjnej i dziennej opieki rehabilitacyjnej.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) według 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 Polkowice w czasie trwania programu”.*

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 został zaplanowany prawidłowo. 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. W celu głównym nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

1) *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy w post-teście względem pre-testu w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w czasie trwania programu”.*

Cel szczegółowy został zaplanowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń. Dodatkowo zdefiniowano co oznacza wysoki poziom wiedzy, wskazując na min. 60% poprawnych odpowiedzi. W celu szczegółowym nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W projekcie zaplanowano 2 mierniki efektywności:

1) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wynik skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)";*
2) *„odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% 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.

<u>Populacja docelowa</u>

Program jest skierowany do pełnoletnich mieszkańców Gminy Polkowice, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. W projekcie wskazano, że liczba mieszkańców Gminy w wieku od 18 r.ż. wynosi 20 470 osób. Populację docelową oszacowano na ok. 1725 pacjentów rocznie, jednak, że ze względu na ograniczenia finansowe gmina planuje objąć PPZ ok. 500 pacjentów (ok. 1500 osób podczas 3-letniego programu).

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia.

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

<u>Interwencja</u>

W ramach PPZ zaplanowano kompleksową rehabilitację uwzględniającą wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna kwalifikująca

Podczas kwalifikacyjnej wizyty fizjoterapeutycznej oceniony zostanie stan kliniczny pacjenta, w tym stopień natężenia bólu (w skali VAS) i stan funkcjonalny. Ocena oprze się na badaniu fizjoterapeutycznym i/lub dokumentacji medycznej potwierdzającej chorobę przewlekłą lub zapalną układu ruchu, uraz lub schorzenie obwodowego układu nerwowego. Zostanie również przeprowadzony wywiad chorobowy, a następnie ustalony indywidualny plan rehabilitacji. Podczas interwencji dopuszcza się również przeprowadzenie edukacji indywidualnej z użyciem pre- i post-testu.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Indywidualny plan rehabilitacji będzie każdorazowo dostosowywany do jednostki chorobowej pacjenta i zostanie opracowany z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów ustalonych podczas wizyty fizjoterapeutycznej. Zakres świadczeń ma być zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i ma obejmować co najmniej kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo, termoterapię, hydroterapię oraz krioterapię. Cykl

rehabilitacyjny potrwa 10 dni i obejmie 3 zabiegi dziennie. Na zakończenie pakietu ponownie zostanie zmierzona intensywność bólu w skali VAS. W projekcie wskazano, że uczestnik może brać udział w programie maksymalnie dwa razy w roku, z możliwością zwiększenia liczby pakietów w uzasadnionych przypadkach.

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią projektu, w ramach działań edukacyjnych przewidziano jedno grupowe, 45-minutowe spotkanie dla 5-20 osób oraz ewentualną edukację indywidualną podczas wizyty kwalifikującej. Edukację prowadzić będzie lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub dietetyk. Podczas edukacji zostanie przeprowadzone badanie poziomu wiedzy uczestników w ramach uzupełnienia pre- i post-testu (test zawiera 10 pytań). Do projektu programu został dołączony test przykładowy test wiedzy, który nie budzi wątpliwości. Tematyka poruszana podczas interwencji obejmie profilaktykę chorób i urazów układu ruchu, w szczególności rolę diety, suplementacji, aktywności fizycznej, ergonomii pracy w profilaktyczne wtórnej, zapobiegania wypadkom, zdrowego stylu życia i radzenia sobie ze stresem. Realizator będzie odpowiedzialny za przygotowanie materiałów edukacyjnych w oparciu o już dostępne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia.

Zaplanowane interwencje są zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi.

Należy podkreślić, że wszystkie zaproponowane w projekcie interwencje fizykoterapeutyczne 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 uczestniczących w rehabilitacji leczniczej – indywidualnych planów rehabilitacyjnych (pakietów)", „liczby osób uczestniczących w edukacji" oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego realizacji wraz z analizą przyczyn tej decyzji (jeśli została podana)".* Zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo. Jako wskaźnik dla zgłaszalności należałoby również 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, co zostało uwzględnione w programie. Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, które zostały zaplanowane prawidłowo.

Warunki realizacji

Należy wskazać, że projekt zawiera opis planowanych działań i etapów w ramach programu jednak został przedstawiony bardzo ogólnie, co wymaga doszczegółowienia. Sposób zakończenia udziału w programie został opisany prawidłowo. W projekcie również opisano działania informacyjne, które mają być realizowane przez Gminę Polkowice oraz realizatora programu. Odniesiono się również do warunków dotyczących personelu realizującego program i 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. W ramach zaplanowania kosztów akcji informacyjnej, monitorowania i ewaluacji,

wskazano, że realizator programu będzie odpowiedzialny za realizację wszystkich interwencji, w tym ewaluacji i monitorowania. Koszty związane z akcją informacyjno-promocyjną i materiałami edukacyjnymi powinny być uwzględnione w kosztach samej interwencji edukacyjnej.

Należy wskazać, że program przewiduje dopłatę pacjenta w kwocie 100 zł do pakietu indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Należy mieć na uwadze, iż wprowadzanie nawet „symbolicznych" opłat od uczestników może negatywnie wpłynąć na zgłaszalność. Ponadto wprowadzenie takiej opłaty powinno stanowić dodatkowe kryterium kwalifikacji do udziału PPZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 3 467 000 zł. Program zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Polkowice oraz z dopłat pacjentów, zgodnie z kryteriami określonymi w niniejszym programie. Gmina bierze również pod uwagę możliwość pozyskania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

- 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 wchodzą: 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 postepowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- Główny zakres aktywności fizycznej nacelowanej na bóle okolic barków, powinien obejmować ćwiczenia rozciągające, wzmacniające oraz mobilizujące mięsnie 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 min., a każdy z uczestników powinien odbyć łącznie 10 sesji (łączny 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.

PREZES
Daniel Rutkowski
/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 2025 r., poz. 1461) z uwzględnieniem raportu nr DPPZ.431.19.2025 „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Polkowice", realizowany przez: Gminę Polkowice; data ukończenia opracowania: październik 2025 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 199/2025 z dnia 3 listopada 2025 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców gminy Polkowice".