



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 110/2025 z dnia 11 grudnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa
łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby obwodowego układu nerwowego lub po przebytych urazach. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ poprzez 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.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- przeformułowania celu szczegółowego, który stanowi częściowe powielenie celu głównego;
- doprecyzowania opisu etapów i działań organizacyjnych planowanych w ramach realizacji programu;
- doszczegółowienia opisu interwencji „Indywidualny plan rehabilitacji” w kwestii wskazania zakresu udzielanych zabiegów w programie.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Samorząd Województwa Łódzkiego. W ramach programu zaplanowano realizację dwóch wizyt fizjoterapeutycznych, indywidualnego planu rehabilitacji oraz edukacji. Program skierowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby obwodowego układu nerwowego lub po przebytych urazach. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 3 000 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego, a jego realizację zaplanowano 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. 2025 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 projekcie przedstawiono główne jednostki chorobowe prowadzące do ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób starszych i wymagające postępowania rehabilitacyjnego. Wymieniono i scharakteryzowano najczęściej występujące schorzenia układu ruchu oraz układu nerwowego, wskazując ich etiologię, mechanizmy powstawania oraz konsekwencje zdrowotne. W programie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane ogólnopolskie i regionalne. W kontekście sytuacji krajowej powołano się na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031 (MPZ) i wskazano, że w 2023 r. z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ skorzystało ok. 3,5 mln osób, z czego 41,8% stanowiły osoby powyżej 65 r.ż. W strukturze rozpoznań dominowały choroby układu mięśniowo-szkieletowego (71%), a następnie choroby układu nerwowego (15,9%).

W kontekście sytuacji regionalnej powołano się na dane Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego i wskazano, że w 2023 r. pod opieką lekarza POZ w województwie znajdowało się 462 175 osób w wieku 55+ ze stwierdzonymi schorzeniami przewlekłymi. Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej występowały u 44 389 osób w wieku 55-64 oraz 92 149 osób powyżej 65 r.ż., natomiast choroby obwodowego układu nerwowego u 13 321 pacjentów w wieku 55-64 lat i 18 786 pacjentów powyżej 65 lat. W projekcie wskazano również dane Łódzkiego OW NFZ, według których w 2024 r. w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej udzielono: 63 904 porad lekarskich, 98 602 wizyt fizjoterapeutycznych oraz 108 294 zabiegów fizjoterapeutycznych.

Odniesiono się również do danych z MPZ za 2023 rok wskazując, że ze świadczeń rehabilitacyjnych ogółem skorzystało 242 551 pacjentów, w tym 108 902 osoby w wieku 65+. Udzielono 89 601 porad lekarskich, 185 774 wizyt fizjoterapeutycznych oraz ponad 8,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Najczęstszymi przyczynami korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w tej grupie były choroby układu mięśniowo-szkieletowego (79%) oraz choroby układu nerwowego (15%).

W MPZ na lata 2022-2026 wskazano m.in., że w woj. łódzkim nakłady na świadczenia rehabilitacji medycznej są niewystarczające oraz zauważalne są migracje pacjentów wynikające z niedostatecznej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Wśród rekomendowanych kierunków działań wskazano na potrzebę zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej, a także udziału wydatków na rehabilitację w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych ŁOW NFZ.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 70% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026-2028”*.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu skali VAS oraz innych testów zgodnych z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, 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.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego przynajmniej w jednym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne, u co najmniej 75% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026- 2028”;
- (2) „zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026-2028 (zmniejszenie dolegliwości bólowych oznacza redukcję odczuwania bólu o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm)”;
- (3) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie problemów zdrowotnych po 60-tym roku życia oraz zdrowego stylu życia u co najmniej 70% uczestników Programu w latach 2026-2028 (wysoki poziom wiedzy oznacza minimum 70% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście)”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został zaplanowany prawidłowo, jednak częściowo stanowi powielenie celu głównego.

Cel szczegółowy nr 2 został zaplanowany prawidłowo.

W odniesieniu do celu szczegółowego nr 1 i nr 2, w projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego oraz dolegliwości bólowych przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych. Jest to działanie zasadne, pozwalające ocenić efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie.

Cel szczegółowy nr 3 również został zaplanowany prawidłowo. Uwzględnia ocenę wzrostu poziomu wiedzy po przeprowadzonych interwencjach edukacyjnych przy pomocy pre-testu wiedzy, wypełnionego przez uczestnika przed edukacją oraz post-testu wiedzy, po interwencji. Do programu został załączony wzór ww. testu, który nie budzi zastrzeżeń.

W projekcie wskazano uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych w celach szczegółowych. Wartości przyjęto na podstawie analizy dostępnych opinii Prezesa AOTMiT do PPZ z zakresu rehabilitacji oraz wcześniej realizowanych programów dotyczących rehabilitacji medycznej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”;
- (2) „odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego przynajmniej w jednym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne”;
- (3) „odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie świadczeniami”;
- (4) „odsetek osób, które zwiększyły lub utrzymały wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia (tj. uzyskały min. 70% poprawnych odpowiedzi w post-teście wiedzy)”.

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. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60 lat i więcej, z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, choroby obwodowego układu nerwowego lub po przebytych urazach. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 110 009 pacjentów, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 1602 osób podczas 3-letniego programu, co stanowi ok. 1,5% populacji docelowej.

W projekcie przedstawiono prawidłowe 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.

Interwencja

W programie przewidziano kompleksową rehabilitację uwzględniającą pierwszą konsultację fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny, działania edukacyjne oraz drugą konsultację fizjoterapeutyczną.

Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna

Podczas wizyty fizjoterapeuta zweryfikuje spełnienie przez uczestnika warunków włączenia do programu. Pacjent powinien przedstawić wcześniejszą dokumentację medyczną. Zgodnie z treścią programu, w trakcie konsultacji zostanie oceniony stan funkcjonalny uczestnika, przeprowadzony pomiar intensywności bólu z wykorzystaniem skali VAS, badanie czynnościowe narządu ruchu oraz inne badania konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. W programie wskazano, że stan uczestnika powinien zostać opisany zgodnie z wytycznymi KRF (Krajowej Rady Fizjoterapeutów) w tym z wykorzystaniem ICF oraz uwzględniać zasady diagnostyki funkcjonalnej. Podczas wizyty należy również ocenić czy stan zdrowia pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych m.in. poprzez wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii. Następnie zostanie ustalony indywidualny plan rehabilitacji (pakiet), zawierający liczbę i rodzaj zabiegów fizjoterapeutycznych zleconych przez fizjoterapeutę.

Indywidualny plan rehabilitacji

Zgodnie z treścią programu jako kolejną interwencję zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów ustalonego podczas pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej. Każdy uczestnik będzie mógł skorzystać z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych, w schemacie 10 dni zabiegowych po maksymalnie 5 zabiegów dziennie. Jak wskazano w projekcie, zakres świadczeń powinien wynikać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, jednak w opisie interwencji nie wskazano tego zakresu zabiegów, co należałoby uzupełnić. W części projektu dotyczącej budżetu wskazano natomiast następujące grupy zabiegów: kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo i światłolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, hydroterapię oraz pozostałe zabiegi (w tym: ultradźwięki, laseroterapię krioterapię i ultrafonoforezę).

Działania edukacyjne

Zgodnie z treścią PPZ, w interwencji powinien wziąć udział każdy uczestnik programu zakwalifikowany po pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej. Edukacja obejmie jeden, 90-minutowy wykład, prowadzony przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka i realizowany w grupach 10-20 osób. Podczas wykładu prowadzący będzie zachęcał uczestników spotkania do dyskusji. Oprócz części teoretycznej, edukacja obejmie część praktyczną z demonstracją ćwiczeń. Zagadnienia poruszane podczas edukacji będą dotyczyć profilaktyki chorób układu ruchu oraz prewencji upadków, w szczególności najczęstszych problemów zdrowotnych po 60. roku życia, sposobów radzenia sobie z bólem przewlekłym, znaczenia regularnej aktywności fizycznej, ćwiczeń poprawiających ruchomość stawów, równowagę i koordynację, zasad prawidłowego żywienia seniorów oraz organizacji bezpiecznego środowiska domowego z uwzględnieniem sprzętów pomocniczych i codziennych sytuacji ryzyka. Za przygotowanie materiałów edukacyjnych będzie odpowiedzialny realizator. Ponadto uczestnicy zostaną poinformowani o portalach profilaktycznych NFZ, w tym Akademii NFZ

i portalu Diety NFZ. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń analityka.

Druga konsultacja fizjoterapeutyczna

Podczas wizyty fizjoterapeuta przeprowadzi końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego uczestnika po zakończeniu fizjoterapii. Konsultacja obejmie pomiar dolegliwości bólowych przy użyciu skali VAS oraz wykonanie badania czynnościowego narządu ruchu lub innego badania zastosowanego podczas pierwszej wizyty, w celu oceny efektów przeprowadzonej rehabilitacji. Wszystkie wyniki zostaną odnotowane w karcie uczestnika, której wzór został załączony do programu. Ponadto fizjoterapeuta udzieli uczestnikowi zaleceń dotyczących dalszego postępowania fizjoterapeutycznego, w tym możliwości korzystania z rehabilitacji w ramach systemu publicznego, a także wskaże ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych. Na zakończenie konsultacji uczestnik wypełni ankietę satysfakcji z udziału w programie, której wzór stanowi załącznik do programu oraz otrzyma kopię karty uczestnika. Wszystkie zaplanowane 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 została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników: „liczba osób zakwalifikowanych do Programu”, „liczba osób niezakwalifikowanych do Programu z przyczyn zdrowotnych lub innych (ze wskazaniem tych przyczyn)”, „liczba osób które skorzystały z I i II konsultacji fizjoterapeutycznej (oddzielnie)”, „liczba osób uczestniczących w rehabilitacji leczniczej zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji”, „liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczba osób, które przeszły pełną ścieżkę określoną w Programie” oraz „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji (o ile uczestnik podał przyczynę)”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz uwag zgłaszanych przez uczestników dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

W ocenie efektywności programu zostaną wykorzystane zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co również zostało podkreślone w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Należy jednak zaznaczyć, że przedstawiony opis etapów działań został opisany w sposób ogólny i wymaga doprecyzowania. W projekcie wskazano, że sposoby zakończenia udziału w PPZ zostały opisane w ramach interwencji. Sugeruje się, aby sposoby zakończenia udziału w programie zostały wyszczególnione w rozdziale dot. warunków realizacji programu.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji wskazując, że nie zostały ujęte w kosztorysie, ponieważ czynności te będą realizowane w ramach obowiązków sprawozdawczych

wynikających z umowy na wykonanie programu. Podobnie działania informacyjne oraz analiza zebranych danych realizowane będą bez ponoszenia dodatkowych kosztów w ramach bieżącej działalności Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.

Koszt całkowity programu oszacowano na 3 000 000 zł.

Program zostanie sfinansowany ze środków pochodzących z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

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

- 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).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021). Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą

zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).

- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami nacełowanymi na profilaktykę dalszych urazów oraz upadków wywołanych wiekiem podeszłym. Zaleca się w tym przypadku prowadzenie szeroko pojętych działań edukacyjno-informacyjnych (ACSQHC 2023, CSP 2018, ANZHFR 2014).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- 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 niestosujących 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

W ramach opinii eksperckich jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Natomiast wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmowały: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe, a o kwalifikacji pacjenta do danej formy rehabilitacji powinien decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Eksperti 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 (łączny czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

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. 2025 poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.24.2025 „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”; data ukończenia: grudzień 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 212/2025 z dnia 8 grudnia 2025 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”.