



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 117/2025 z dnia 19 grudnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Poprawa jakości życia poprzez profilaktykę i rehabilitację osób
cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, będących
mieszkańcami Miasta i Gminy Osiek”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Poprawa jakości życia poprzez profilaktykę i rehabilitację osób cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, będących mieszkańcami Miasta i Gminy Osiek”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Miasta i Gminy Osiek poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany projekt zawiera interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Zaplanowanie działań edukacyjnych mogłoby stanowić wartość dodaną dla programu.

Należy jednak zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji podkreśla w szczególności następujące kwestie dotyczące konieczności:

- prawidłowego zaplanowania celu głównego oraz celów szczegółowych, a także zaprojektowania odpowiadającym celom mierników efektywności;
- zaplanowania w projekcie interwencji edukacyjnej oraz pre- i post-testów wiedzy, weryfikujących wzrost wiedzy uzyskanej w ramach zaplanowanych działań;
- jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, planowanej do objęcia programem;
- zaplanowania kompleksowych kryteriów kwalifikacji oraz wyłączenia z programu;
- doprecyzowania opisu interwencji, które zostały opisane w sposób ogólny;
- zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- doprecyzowania warunków realizacji programu, w szczególności opisanie sposobu zakończenia udziału w programie;
- przedstawienia wskaźników dla oceny zgłaszalności oraz efektywności w części monitorowanie i ewaluacji;
- zaplanowania przeprowadzenia ankiety satysfakcji z udzielanych w programie świadczeń;
- przedstawienia kosztów jednostkowych, kosztów kampanii informacyjnej oraz kosztów monitorowania i ewaluacji;
- weryfikacji w zakresie przyjętego założenia dotyczącego dofinansowania w 80% pochodzącego z NFZ.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielaty u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co zostało uwzględnione w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Osiek. W ramach programu zaplanowano realizację cyklu zabiegów rehabilitacyjnych. Program skierowany jest do mieszkańców gminy Osiek dotkniętych chorobami układu ruchu o charakterze przewlekłym, którzy uzyskają skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne od lekarza POZ lub specjalisty. Koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 240 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Osiek wraz z dofinansowaniem NFZ. 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 ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono główne jednostki chorobowe układu mięśniowo-szkieletowego prowadzące do ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób starszych i wymagające postępowania rehabilitacyjnego oraz uwzględniono najczęściej występujące schorzenia narządu ruchu, takie jak choroby reumatologiczne, zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, chondropatie, choroby tkanek miękkich oraz osteoporoza, wskazując ich etiologię, mechanizmy, obraz kliniczny oraz konsekwencje zdrowotne. Podkreślono kluczową rolę profilaktyki i rehabilitacji w utrzymaniu samodzielności, zapobieganiu upadkom i poprawie jakości życia osób starszych. Przedstawiono również wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane krajowe, regionalne i lokalne. Powołano się na dane GUS i NFZ i wskazano, że w 2022 roku około 4,2 mln powyżej 65. roku życia cierpiało na przewlekłe choroby układu ruchu, a u ponad połowy z nich stwierdzano ograniczenia funkcjonalne wymagające wsparcia rehabilitacyjnego. Podkreślono również powszechność polipragmazji, która dotyczy około 70% seniorów i zwiększa ryzyko powikłań oraz konieczność kompleksowej opieki. W kontekście sytuacji regionalnej województwa świętokrzyskiego wskazano, że populacja osób powyżej 65. roku życia wynosi ok. 320 tys., z czego u ok. 150 tys. występują choroby układu mięśniowo-szkieletowego, a u ok. 80 tys. ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. W projekcie przedstawiono sytuację lokalną, wskazując, że w gminie Osiek mieszka ok. 7 500 osób, spośród których około 650 ma więcej niż 65 lat, natomiast ok. 270 seniorów zмага się z chorobami układu ruchu, a około 170 doświadcza ograniczeń funkcjonalnych wpływających na samodzielność. Należy wskazać, że w projekcie nie odwołano się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ).

W MPZ na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej na terenie woj. świętokrzyskiego wskazano na niską liczbę udzielanych porad rehabilitacyjnych (11 miejsce, o 40% mniej niż średnia krajowa). Jako rekomendowane kierunki działań wskazano m.in. na zapewnienie równomiernego, adekwatnego do potrzeb dostępu do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez podejmowanie działań w celu uruchomienia rehabilitacji w obszarach bez zabezpieczenia.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie dostępności do zabiegów rehabilitacyjnych, skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie dla mieszkańców gminy Osiek”.

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 nieprawidłowo, ponieważ składa się z dwóch odrębnych założeń. Ponadto zarówno pierwsze, jak i drugie założenie celu głównego nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo zwiększenie dostępności do świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ. Ponadto cel główny nie zawiera podanej wartości docelowej, do jakiej należy dążyć.

W projekcie zaproponowano 9 celów szczegółowych:

- (1) „usunięcie/ spowolnienie procesów chorobowych”;
- (2) „zapobieganie postępowaniu choroby/ nawrotom choroby”;
- (3) „zwalczanie bólu, stanów zapalnych”;
- (4) „usprawnianie czynności poszczególnych narządów”;
- (5) „zwiększanie siły mięśniowej”;
- (6) „przywracanie prawidłowego zakresu ruchu”;
- (7) „przywracanie odpowiednich elastyczności tkankom okołostawowym”;
- (8) „zwiększenie świadomości w zakresie zagrożeń wynikających z stosowania wielu leków jednocześnie”;
- (9) „kompleksowa rehabilitacja zakładająca osiągnięcie najlepszego stanu funkcjonalnego”.

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.

Należy wskazać, że przedstawione cele szczegółowe zostały sformułowane w sposób nieprawidłowy – zbyt ogólny, niejednoznaczny lub w formie przypominającej planowane działania, a nie oczekiwane efekty zdrowotne. W wielu przypadkach brakuje wskazania, jaki konkretnie efekt zdrowotny ma zostać osiągnięty u uczestników oraz w jaki sposób będzie on oceniany. Część sformułowań odnosi się do efektów terapeutycznych lub szerokich założeń medycznych, a nie do konkretnych, mierzalnych rezultatów. Należy również zaznaczyć, że w projekcie PPZ nie określono narzędzi umożliwiających pomiar ich realizacji. Nie przedstawiono standaryzowanych testów sprawności funkcjonalnej, zakresu ruchu, siły mięśniowej, skali bólu lub jakości życia. W żadnym z celów szczegółowych nie wskazano wartości docelowych, do których należy dążyć, ani wartości wyjściowych, które pozwoliłyby na ocenę zmiany stanu zdrowia uczestników. Należy zatem zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono poprawnie sformułowanego celu szczegółowego.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „ilość osób która wzięła udział w programie”;
- (2) „średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę/zabieg rehabilitacyjny (w dniach)”;
- (3) „wyniki ankiet przed i po programie dotyczące poziomu wiedzy na temat profilaktyki i rehabilitacji”;
- (4) „spadek liczby nowych przypadków powikłań i chorób przewlekłych układu mięśniowo-szkieletowego”;
- (5) „liczba objętych wsparciem pacjentów z grup ryzyka”;
- (6) „liczba osób powracających do codziennych aktywności po rehabilitacji”;
- (7) „poziom satysfakcji pacjentów z realizacji programu”.

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.

Mierniki nr 1, 2, 5, 6 i 7 nie spełniają funkcji miernika efektywności, mogą natomiast zostać wykorzystane podczas monitorowania. Miernik nr 3 został sformułowany nieprawidłowo. W ramach projektu zasadne byłoby zaplanowanie wzrostu wiedzy uczestników PPZ wraz z pomiarem tego wzrostu za pomocą pre- i post- testów, jednak w projekcie nie przewidziano działań edukacyjnych. Miernik nr 4 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ odnosi się do ogólnej sytuacji epidemiologicznej populacji, a nie do efektu programu. Należy zatem zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono poprawnie sformułowanego miernika efektywności.

Z uwagi na zaplanowane w projekcie interwencje, cel główny mógłby odnosić się np. do zmniejszenia dolegliwości bólowych w odpowiednio dobranej skali: *„zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej ...% uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne”*. Dostępne są również inne wiarygodne narzędzia umożliwiające subiektywne określenie nasilenia bólu przez pacjentów, tj. np. skala numeryczna NRS (ang. Numerical Rating Scale).

Dla danego problemu zdrowotnego warto zaplanować cele szczegółowe dotyczące uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego czy też poprawy jakości życia wśród uczestników programu, konstruując je analogiczne jak ww. przykładowy cel główny. W programie nie zaplanowano działań edukacyjnych, których skutkiem byłby wzrost poziomu wiedzy. Prawdłowo 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. 85% poprawnych odpowiedzi). Należałoby również zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy/umiejętności uczestników (np. o 30%). Przykładowy cel szczegółowy mógłby brzmieć: *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 85% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach realizacji programu”*.

Mierniki efektywności powinny być dobrane odpowiednio do zaplanowanych celów. Do powyżej zaproponowanego przykładowego celu, miernikami mogą być odpowiednio np.: „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)” czy „odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego za pomocą testu...” lub „odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę jakości życia na podstawie wyniku testu...”. Testy jakie mogą zostać użyte w programie to m.in. testy zgodne z ICF (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne); Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ); pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa, ang. Visual Analog Scale).

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Osiek dotkniętych chorobami układu ruchu o charakterze przewlekłym, którzy uzyskają skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne od lekarza POZ lub specjalisty. W treści projektu wskazano przewidywaną liczbę uczestników ogółem tj. 250 osób i przewidywaną liczbę uczestników rocznie tj. 240 osób. Zgodnie z zapisami uwzględnionymi w części dot. budżetu, programem wydaje się możliwe objęcie 240 osób. Należy zaznaczyć, że opis populacji docelowej został przedstawiony w sposób bardzo ogólny i wymaga doprecyzowania oraz przedstawienia szacunków i wyliczeń związanych z populacją docelową.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia, ale zostały one opisane w sposób ogólny. Nie określono szczegółowych warunków udziału, takich jak rozpoznania medyczne, przeciwwskazania do udziału czy wcześniejsze korzystanie z rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych. W programie brak również odniesień do dokumentów formalnych, takich jak pisemna zgoda uczestnika, oświadczenie o miejscu zamieszkania lub potwierdzenie statusu mieszkańca.

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

Interwencja

W programie zaplanowano wdrożenie cyklu zabiegów rehabilitacyjnych w schemacie 10 dni zabiegowych po maksymalnie 5 zabiegów dziennie dla każdego uczestnika. Świadczeń udzielać będzie lekarz POZ, specjalista, fizjoterapeuta. W projekcie przedstawiono katalog interwencji fizjoterapeutycznych, który obejmuje zabiegi z zakresu elektroterapii (jonoforeza, galwanizacja, prądy interferencyjne, przezskórna stymulacja nerwów (TENS), elektrostymulacja oraz prądy Träberta), magnetoterapii (zastosowanie pulsującego pola magnetycznego niskiej częstotliwości), laseroterapii (wykorzystanie lasera biostymulującego), światłolecznictwa (naświetlania przy użyciu lampy Sollux), ultradźwięki (ultrafonoforeza) oraz kinezyterapię.

Przedstawiony opis interwencji został opisany zbyt ogólnie. Należy zaznaczyć, że przedstawiony opis interwencji nie zawiera informacji o ścieżce postępowania z uczestnikiem projektu, nie zakłada przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej ani planu terapeutycznego dobranego do indywidualnych potrzeb uczestników. Schemat postępowania z pacjentem warto rozdzielić na osobne działania w ramach interwencji i np. wprowadzić interwencję pod nazwą wizyta kwalifikacyjna wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika i szczegółowo opisać planowane czynności w tym zakresie. Podobnie należy postąpić w zakresie interwencji dotyczących postępowania rehabilitacyjnego i wprowadzić interwencję pod nazwą np. zabiegi rehabilitacyjne. W opisie interwencji warto również wskazać szczegóły dotyczące poszczególnych działań tj. czas trwania, osoby, które będą przeprowadzać daną interwencję oraz w gdzie będą one prowadzone. Zaleca się również uzupełnić zaproponowane w programie interwencje o działania edukacyjne.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę 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 została zaplanowana na podstawie analizy „listy osób, które zakończyły udział w programie”. Należy jednak wskazać, że w opisie monitorowania nie przedstawiono wskaźników mających zastosowanie w procesie oceny zgłaszalności. W zakresie monitorowania, należy wskazać co najmniej liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie; liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. Dodatkowo można wykorzystać wskaźniki nr 1, 2, 5, 6 i 7 zaproponowane jako mierniki efektywności.

Ocena jakości świadczeń została zaplanowana na podstawie analizy uwag dotyczących jakości udzielanych świadczeń, składanych przez uczestników programu. Nie zaplanowano narzędzi umożliwiających ocenę jakości świadczeń ani nie załączono wzoru ankiety satysfakcji. Należy

zatem podkreślić, ten etap PPZ nie został zaplanowany prawidłowo. W tym celu należy zastosować wystandaryzowany kwestionariusz oceny jakości świadczeń.

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem danych będących w dyspozycji realizatora programu zdrowotnego dotyczących liczby osób, które skorzystały z programu i czasu oczekiwania. W programie jednak nie przedstawiono prawidłowych wskaźników efektywności. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Należy zatem podkreślić, że nie zaplanowano obiektywnego sposobu pomiaru efektów zaplanowanych interwencji rehabilitacyjnych przy wykorzystaniu obiektywnych narzędzi pomiarowych takich jak np. skala VAS. Należy także wskazać, że w treści projektu nie przedstawiono prawidłowo zaplanowanych mierników efektywności, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności nie jest możliwe.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w PPZ, co należy uzupełnić. Dodatkowo nie opisano sposobu zakończenia udziału w programie, a zaplanowana akcja informacyjna została opisana bardzo ogólnie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie wskazano, że realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie w ramach kosztów jednostkowych przedstawiono jedynie koszt pojedynczego zabiegu fizjoterapeutycznego tj. 20 zł. Wskazano również średni całościowy koszt na uczestnika 1 000 zł. Należy zaznaczyć, że nie odniesiono się do kosztów akcji informacyjnej oraz przeprowadzenia monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 240 000 zł.

Program w założeniu ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Osiek (20%) wraz z dofinansowaniem przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (80%).

Należy podkreślić, że zgodnie z art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, „Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej: 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys. lub 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1”. Biorąc pod uwagę powyższe zapisy, a także liczebność populacji gminy Osiek wynoszącą 7 500 mieszkańców, należy wskazać, że niepoprawnie przyjęto założenie dotyczące dofinansowania w 80% pochodzącego z 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 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

- 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 naceLOWANYMI 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. 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 (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.431.29.2025 „Poprawa jakości życia poprzez profilaktykę i rehabilitację osób cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, będących mieszkańcami Miasta i Gminy Osiek”; data ukończenia: grudzień 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 217/2025 z dnia 15 grudnia 2025 roku o projekcie programu „Poprawa jakości życia poprzez profilaktykę i rehabilitację osób cierpiących na choroby układu mięśniowo-szkieletowego, będących mieszkańcami Miasta i Gminy Osiek”.