



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 11/2026 z dnia 5 lutego 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2026-2030”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2026-2030”, **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 ośrodkowego układu nerwowego. Program zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Grębocice w wieku 18 lat i więcej 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, działania edukacyjne stanowią wartość dodaną.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię pozytywną warunkowo (121/2018). Zgłoszone wówczas uwagi zostały w większości uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu, a do Agencji wpłynął raport końcowy z realizacji poprzedniej edycji PPZ, w którym wskazano, że wszystkie cele programu zostały zrealizowane.

Projekt został opracowany prawidłowo. Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- zaplanowania testu wiedzy, który będzie odpowiadał zakresowi tematycznemu zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych;
- zaplanowania kosztów ewaluacji.

Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielały 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 Grębocice. Populację docelową stanowią mieszkańcy Gminy Grębocice w wieku 18 lat i więcej, którzy posiadają rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby ośrodkowego układu nerwowego. W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne. Okres realizacji programu zaplanowano na lata 2026-2030. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 230 000 zł (46 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy

Grębobocice (przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i/lub NFZ).

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 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 ramach opisu problemu zdrowotnego przedstawiono definicję oraz najczęściej stosowane metody rehabilitacji. Wskazano, że do najczęściej występujących jednostek chorobowych wymagających rehabilitacji należą choroby przewlekłe układu ruchu, urazy oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego, natomiast wśród wymienionych problemów zdrowotnych choroba zwyrodnieniowa stawów pozostaje najpowszechniejszym schorzeniem w tej grupie, dotyczącym ponad 80% osób powyżej 65. roku życia.

W projekcie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, krajowe, regionalne i lokalne. Powołano się na dane WHO i wskazano, że każdego roku w wyniku urazów zewnętrznych umiera około 4,4 miliona osób. Zaznaczono również, że najczęstsze przyczyny urazów na świecie to wypadki drogowe (24%), inne niezamierzone urazy i uszkodzenia ciała (18%), próby samobójcze (16%), upadki (14%), przemoc (zabójstwa – 10%), utonięcia (7%), oparzenia (5%), zatrucia (4%) oraz działania wojenne (2%). W kontekście sytuacji krajowej i regionalnej odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wskazując, że w 2024 r. ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało prawie 3,6 mln pacjentów. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej wyniósł w Polsce 9 215/100 tys. mieszkańców, w województwie dolnośląskim 7 746/100 tys., natomiast w powiecie polkowickim 8 596/100 tys. mieszkańców. Zgodnie ze wskazanymi danymi, w analizowanym okresie udzielono w Polsce ok. 1,7 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 419/100 tys. mieszkańców), w województwie dolnośląskim – ponad 80,9 tys. porad (2 821/100 tys.), natomiast w powiecie polkowickim 1 294 porad (2 124/100 tys.). Ponadto zrealizowano w Polsce blisko 5,9 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców), w województwie dolnośląskim – ponad 322,6 tys. wizyt (11 247/100 tys.), a w powiecie polkowickim – 18 346 wizyty (2 896/100 tys. mieszkańców). Wskazano również, że w powiecie polkowickim wykonano około 378,3 tys. zabiegów fizjoterapeutycznych (621 161/100 tys. mieszkańców), podczas gdy w województwie dolnośląskim było to ok. 17,5 mln zabiegów (612 284/100 tys.), a w skali kraju – 279,28 mln (746 368/100 tys. mieszkańców).

W ramach uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu odniesiono się do MPZ i zaznaczono, że wśród rekomendowanych kierunków działań na terenie woj. dolnośląskiego wskazuje się na wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Odniesiono się również do MPZ na lata 2027-2031, zaznaczając potrzebę rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2030”.

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

Cel główny został sformułowany prawidłowo. W programie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Należy jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- (1) *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70% osób z populacji docelowej w latach 2026-2030”.*

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 został sformułowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów, co jest działaniem zasadnym. Zdefiniowano również, co oznacza wysoki poziom wiedzy, wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi”. Do projektu załączono przykładowy test, jednak pytania w nim zawarte nie odzwierciedlają jednoznacznie zakresu tematycznego zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych, co należy poprawić. Dodatkowo, podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) *„odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”;*
- (2) *„odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.*

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Przedstawione mierniki zostały zaplanowane prawidłowo i korespondują z zaproponowanymi w programie celami.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Grębocice w wieku 18 lat i więcej, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby ośrodkowego układu nerwowego. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano

na ok. 365 pacjentów rocznie, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 40 osób rocznie (tj. ok. 200 osób w czasie trwania 5-letniego programu).

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia.

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 programie zaplanowano kompleksową rehabilitację uwzględniającą wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

Zgodnie z treścią programu, wizyta ma na celu kwalifikację uczestnika do programu. Podczas wizyty zostanie również ustalony indywidualny plan rehabilitacji oraz dokonana ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów ustalonego podczas wizyty fizjoterapeutycznej. W treści PPZ wskazano, że zabiegi które będą mogły wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacyjnego to zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1 (36,49 pkt), zabiegi kinezyterapii (8,55 pkt), ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe (3,21 pkt), zabiegi fizykalne (5,27 pkt), zabieg masażu (18,25 pkt), zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody (10,24 pkt) i zostaną one wybrane w oparciu o indywidualne wskazania pacjenta o łącznej sumie 450 ± 5 pkt na cały cykl rehabilitacyjny, trwający 10 dni. Ocena punktowa, która została przedstawiona w projekcie jest zgodna z taryfikacją zawartą w Załączniku nr 1 do zarządzenia nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r. W ostatnim dniu otrzymywania świadczeń przeprowadzona zostanie ponowna ocena dolegliwości bólowych w skali VAS wraz z ankietą satysfakcji.

Działania edukacyjne

W projekcie programu wskazano, że edukacja prowadzona będzie przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka w formie jednego spotkania trwającego 45 minut. Tematyka interwencji obejmuje: rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia i sposoby radzenia sobie ze stresem. W programie wskazano, że edukacja obejmuje badanie wzrostu poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre testu przed prelekcją oraz post testu po prelekcji. Do projektu załączono przykładowy test, jednak pytania w nim zawarte nie odzwierciedlają jednoznacznie zakresu tematycznego zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych, co należałoby poprawić.

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 została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane. Należałoby je uzupełnić o „liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz indywidualnych uwag uczestników PPZ. 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 oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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. W projekcie podkreślono, że działania informacyjne i monitorowanie realizowane będą bezkosztowo w ramach obowiązków pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Należy jednak wskazać, że w programie nie uwzględniono kosztów przeprowadzenia ewaluacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 230 000 zł (46 000 zł rocznie).

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Grębocice. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość ubiegania o środki z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu 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 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 innym 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 (łącznie czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.40.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2026-2030”; data ukończenia: styczeń 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 15/2026 z dnia 2 lutego 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Grębocice na lata 2026-2030”.