



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 15/2026 z dnia 11 lutego 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci
i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady postawy, ale również niepełnosprawność w kontekście narządu ruchu lub obniżonego napięcia mięśniowego. Program zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży zamieszkującej na terenie miasta Wodzisławia Śląskiego, w wieku do 18 roku życia poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację tj.: wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz wizyty fizjoterapeutycznej końcowej. Należy wskazać, że w projekcie uwzględniono interwencję, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone. Na poparcie pozytywnego zaopiniowania programu również wpływa fakt, że czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów poniżej 16 r.ż. w Wodzisławiu Śląskim wynosi ponad 2,5 miesiąca. Wartością dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej są działania edukacyjne dla dzieci i rodziców dzieci uczestniczących w programie.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię negatywną (61/2025). Zgłoszone wówczas uwagi zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

Projekt został opracowany prawidłowo. Należy wskazać, że zaproponowane w programie interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych oraz są zgodne z opiniami ekspertów klinicznych ankietowanych przez Agencję.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Miasto Wodzisław Śląski. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież zamieszkujące na terenie miasta Wodzisławia Śląskiego, w wieku do 18 roku życia z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub obniżonego napięcia mięśniowego. Program zakłada realizację kompleksowej rehabilitacji uczestników programu tj.: wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego, działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, działań edukacyjnych dla rodziców dzieci i młodzieży biorących udział w programie oraz wizyty fizjoterapeutycznej końcowej. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 2 310 000 zł (330 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków Miasta Wodzisław Śląski.

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 zagadnienie jakim są wady postawy oraz niepełnosprawność wśród dzieci. W projekcie m.in. zdefiniowano wady postawy oraz scharakteryzowano obraz nieprawidłowej postawy ciała. Przedstawiono metody korekcji wad postawy oraz pleców. Zaznaczono, że wśród działań skupiających się na wczesnym wykryciu wad postawy, ich przyczynach i diagnozowaniu wyróżnia się badania bilansowe dzieci i młodzieży. Zaznaczono jednocześnie, że w zapobieganiu wadom postawy istotną rolę pełni środowisko życia dziecka definiowane jako obiekty i siły zewnętrzne, które wpływają na organizm, zachowanie, funkcjonowanie oraz stany emocjonalne człowieka.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, krajowe, regionalne oraz lokalne. Powołano się na dane GUS i wskazano, że w 2024 r. w Polsce było 3,9 mln osób, które posiadały ważne orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne. Osoby te stanowiły 10,5% ogólnej liczby ludności. Populacja w wieku 19 lat i mniej stanowiła 7,2% tej grupy (285,7 tys. osób). Podkreślono, że w przeliczeniu na 1 tys. ludności najwięcej osób z niepełnosprawnościami mieszkało w województwie lubuskim (160,7), a najmniej w województwie mazowieckim (74). Wskazano także, że wskaźnik ten w województwie śląskim wyniósł 104,5/1 tys. ludności, a w Wodzisławiu Śląskim - 95,4/1 tys. ludności.

W ramach opisu odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) i wskazano, że wskaźnik chorobowości osób <18 r. ż. w rehabilitacji ogólnej, w roku 2024 w Polsce wyniósł 744/100 tys. mieszkańców. W województwie śląskim wskaźnik ten był na zbliżonym poziomie (754/100 tys.), natomiast na terenie powiatu wodzisławskiego osiągnął wartość znacznie wyższą od wojewódzkiej i krajowej (967/100 tys.).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne układu ruchu, u co najmniej 20% uczestników programu - dzieci i nastolatków z miasta Wodzisław Śląski, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie miasta w latach 2026-2032”*.

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. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań, co zostało zaplanowane w projekcie. Cel główny jednak należy uzupełnić o uzasadnienia dla podanych wartości docelowych.

W projekcie zaproponowano 2 cele szczegółowe:

- (1) *„podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu*

się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70% dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie”;

- (2) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70% rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie”.

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.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ oraz zostały zaplanowane prawidłowo. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym, a do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżenia.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu (wyniki testów funkcjonalnych - różnica pomiędzy wynikiem uzyskanym na pierwszej wizycie oraz ostatniej wizycie)”;
- (2) „odsetek dzieci, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)”;
- (3) „odsetek rodziców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)”.

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 określone 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 miasta Wodzisław Śląski w wieku do 18 r.ż., z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub obniżonego napięcia mięśniowego. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 3 700 pacjentów, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 130 osób rocznie tj. ok. 910 osób w całym okresie realizacji programu. Wskazano również, że działaniami edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie zakwalifikowane do programu dzieci w wieku powyżej

10 r. ż., mogące uczestniczyć w tego rodzaju działaniach biorąc pod uwagę rodzaj ich niepełnosprawności, oraz jeden rodzic/opiekun prawny tych dzieci.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia dla kobiet.

W projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy w kryteriach wyłączenia z programu tj.: korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub Urząd Miasta Wodzisławia Śląskiego z powodu ww. problemów zdrowotnych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie rodzica uczestnika).

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowej rehabilitacji uczestników programu tj.: wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego, działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, działań edukacyjnych dla rodziców dzieci i młodzieży biorących udział w programie oraz wizyty fizjoterapeutycznej końcowej. W projekcie wskazano, że w ramach realizacji poszczególnych działań PPZ prowadzący interwencję powinni wypełnić kartę uczestnika programu, a także przekazać uczestnikom ankietę satysfakcji.

Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa

W programie zaplanowano wizytę fizjoterapeutyczną, która ma celu kwalifikację uczestnika do programu oraz obejmie badanie fizjoterapeutyczne. Podkreślono, że wizyta ta będzie miała na celu zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego. Wizyta uwzględni ocenę funkcji układu ruchu poprzez zastosowanie wybranych przez fizjoterapeutę testów funkcjonalnych spośród rekomendowanych do stosowania w praktyce fizjoterapeutycznej przez Krajową Radę Fizjoterapeutów.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów. W treści PPZ wskazano, że zabiegi które będą mogły wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacyjnego to zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty, zabiegi kinezyterapii, zabiegi masażu; terapia zajęciowa; konsultacja ze specjalistą tj. konsultacja psychologiczna, konsultacja pedagogiczna, konsultacja logopedyczna/neurologopedyczna. W projekcie przedstawiono również przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny.

Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży

Edukacja skierowana jest do dzieci w wieku co najmniej 10 lat i obejmie 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych, prowadzona będzie przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Tematyka działań edukacyjnych obejmie: rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem oraz rolę stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej. Interwencja obejmie badanie poziomu wiedzy uczestników poprzez porównanie wyników opracowanego przez realizatora pre-testu i post-testu. Do projektu załączono wzór ww. testu, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Działania edukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie

Interwencja skierowana do rodziców podobnie jak w przypadku edukacji dla dzieci i młodzieży, obejmie 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych i będzie prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Tematyka działań edukacyjnych obejmie: rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, rolę stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej oraz korzystanie z publicznego systemu opieki zdrowotnej. Interwencja również obejmie badanie poziomu wiedzy uczestników poprzez porównanie wyników opracowanego przez realizatora pre-testu i post-testu. Do projektu załączono wzór ww. testu, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa

Wizyta realizowana będzie w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie. Zaznaczono, że wizyta uwzględni ponowną ocenę funkcji układu ruchu poprzez zastosowanie wybranych przez realizatora testów funkcjonalnych oraz przekazanie zaleceń dot. dalszego postępowania.

Należy podkreślić, że 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.). Należy także wskazać, że w obecnie ocenianym PPZ wskazano na działania edukacyjne zaprojektowane dla dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, co stanowi wartość dodaną.

Jako uzasadnienie dla wdrożenia programu w projekcie wskazano, że czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów poniżej 16 r.ż. w Wodzisławiu Śląskim wynosi ponad 2,5 miesiąca (75 dni wg stanu na 03.12.2025 r.). Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów.

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 uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczba dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczba rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji” oraz „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”. 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. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

W ocenie efektywności programu zostaną wykorzystane zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności. Warto wskazać, że zaplanowane w projekcie mierniki efektywności zostały sformułowane 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 zostało podkreślone również 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, koszt całkowity oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji wskazując, że procesy będą realizowane bezkosztowo w ramach zadań własnych

pracowników Urzędu Miasta Wodzisławia Śląskiego. W budżecie uwzględniono również koszty akcji informacyjno-promocyjnej.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 2 310 000 zł (330 000 zł rocznie).

Program ma zostać sfinansowany ze środków własnych miasta Wodzisław Śląski. Podkreślono również, że JST będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski Oddział 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 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.).

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi informacjami na terenie miasta Wodzisławia Śląskiego 3 świadczeniodawców ma podpisaną umowę z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Natomiast jeden świadczeniodawca posiada umowę z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.

Ocena technologii medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Główny zakres aktywności fizycznej nacelowanej na bóle okolic barków, powinien obejmować ćwiczenia rozciągające, wzmacniające oraz mobilizujące mięśnie okalające ten staw. W głównej mierze dotyczy to stożków rotatorów, środkowych i dolnych trapezów mięśnia równoległobocznego, mięśni piersiowych oraz mięśni zębatych przednich. Istotnym pozostaje także realizowanie tych ćwiczeń w sposób systematyczny oraz zgodnie z zalecanymi schematami odnośnie intensywności (OPTIMA 2021).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).

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 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. Ekspert wskazuje, 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.

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.431.48.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”; data ukończenia: luty 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 19/2026 z dnia 9 lutego 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”.