



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 24/2026 z dnia 8 kwietnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji
lecniczej dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk na lata 2026-2030”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji lecniczej dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk 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 układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności dla osób z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii; z chorobami kręgosłupa; z chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi, ścięgien). Program zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację tj.: wizyty fizjoterapeutycznej oraz indywidualnego planu rehabilitacyjnego. 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. Wartością dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej są działania edukacyjne osób uczestniczących w programie.

Należy wskazać, że zaproponowane w programie interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych oraz są zgodne z opiniami ekspertów klinicznych ankietowanych przez Agencję. Wątpliwość budzi szeroko zaplanowana populacja docelowa (bez ograniczenia na wiek). Należy zaznaczyć, że poszczególne grupy wiekowe charakteryzują się odmiennymi potrzebami zdrowotnymi w zakresie rehabilitacji oraz edukacji a także przeciwwskazaniami do stosowania odpowiednich metod rehabilitacji. Mając na uwadze powyższe, sugeruje się korektę zaplanowanej populacji docelowej.

Projekt zawiera również szereg drobnych uwag, które należy skorygować celem zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości. Należy więc uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- dopracowania części dotyczącej epidemiologii;
- skorygowania celu szczegółowego i zaplanowania odpowiadającego mu miernika efektywności;
- zaplanowania przeprowadzenia pre- i post-testów wiedzy umożliwiających weryfikację wzrostu nabytej wiedzy po udziale w interwencji edukacyjnej;
- skorygowania ankiety satysfakcji, która pozwoli na ocenę przez uczestników programu jakości świadczeń udzielonych w projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Czerwieńsk. Populację docelową stanowią mieszkańcy Gminy Czerwieńsk ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności: z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii; z chorobami kręgosłupa; z chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi, ścięgien), którzy uzyskali skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach programu zaplanowano realizację 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 1 687 500 zł (337 500 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Czerwieńsk (przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego 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 odniesiono się do definicji rehabilitacji, a także najczęściej stosowanych metod. W projekcie podkreślono, iż rehabilitacja lecznicza stanowi integralny element kompleksowego procesu terapeutycznego w przypadku schorzeń ograniczających sprawność organizmu. Wskazano również na istotną rolę rehabilitacji w postępowaniu terapeutycznym. W projekcie zaznaczono, że do najczęściej występujących jednostek chorobowych wymagających rehabilitacji należą choroby przewlekłe układu ruchu, urazy oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne, lecz opisano je w sposób zdawkowy. Powołano się na dane przedstawione w serwisie Nauka w Polsce i wskazano, że co najmniej 10 mln Polaków cierpi na choroby reumatyczne i mięśniowo-szkieletowe. Warto wskazać, że serwis informacyjny Nauka w Polsce ma charakter wtórny i informacyjny, w związku z czym jego wykorzystanie jako źródła danych epidemiologicznych budzi zastrzeżenia metodologiczne. Odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) (pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) wskazując, że w 2024 roku ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało ponad 3 mln pacjentów. W PPZ wskazano, że w województwie lubuskim z tego typu rehabilitacji skorzystało 79 185 osób, natomiast w powiecie zielonogórskim, na terenie, którego leży gmina Czerwieńsk – 6 060 osób. Wskazano również, że w województwie lubuskim wykonano 7 822 905 zabiegów fizjoterapii, a w powiecie zielonogórskim liczba zabiegów wynosiła 576 040.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa lubuskiego w zakresie rehabilitacji medycznej w warunkach ambulatoryjnych wskazano m.in. na potrzebę dążenia do zapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia i rehabilitacji, przy uwzględnieniu równomiernej dostępności terytorialnej, tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży, łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji, zaspokajanie potrzeb psychologicznych i rozpowszechnianie edukacji pacjentów

w zakresie samoopieki w domu oraz wdrażanie w skali województwa programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży czy osób pracujących.

Należy zaznaczyć, że odniesiono się do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2026 poz. 149), podczas gdy właściwą podstawę prawną dla realizacji programów polityki zdrowotnej stanowi ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

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 20% 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 projekcie 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 lub zwiększenie o co najmniej 15% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 20% uczestników Programu w latach 2026-2030 oraz zwiększenie aktywności fizycznej minimum 50% uczestników Programu 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 w zaproponowanym brzmieniu jest nieprawidłowy, ponieważ składa się z dwóch odrębnych założeń. Poszczególne założenia wydają się być zasadne i możliwe do realizacji w związku z zaplanowanymi w programie interwencjami. Niemniej jednak w odniesieniu do założenia pierwszego należy wskazać, że w projekcie nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post-testów wiedzy pozwalających na weryfikację wzrostu wiedzy uczestników. Warto podkreślić, że prawidłowo 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 w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników co uwzględniono w projekcie, wskazując na „co najmniej 15%”. W odniesieniu do założenia drugiego nie wskazano narzędzi pomiarowych oceniających wzrost aktywności fizycznej takich jak np. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ). W odniesieniu do celu szczegółowego również nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „*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; wd. co najmniej 20%);

- (2) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (co najmniej 20%);
- (3) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost aktywności fizycznej (min. 50%) w związku z uczestnictwem w Programie”.

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.

Miernik nr 1 został zaplanowany prawidłowo i koresponduje z zaproponowanym w programie celem. Nie jest możliwe przypisanie mierników nr 2 i nr 3 do zaproponowanego celu szczegółowego, ponieważ został on sformułowany w sposób nieprawidłowy. Mierniki nr 2 i 3 mogą zostać wykorzystane w procesie ewaluacji programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Czerwieńsk ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności: z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii; z chorobami kręgosłupa; z chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi, ścięgien), którzy uzyskali skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na około 600 osób rocznie jednak, ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 421 osób, co daje ok. 2 105 osób w trakcie 5-letniego programu.

W projekcie wskazano, że najliczniejszą grupę stanowić będą mieszkańcy w przedziale wiekowym 19-65, a więc w okresie największej aktywności fizycznej i zawodowej, jednak inne zapisy programu wskazują na brak ograniczeń wiekowych. Należy wskazać, że zaproponowana w ten sposób populacja docelowa jest zbyt szeroka. Różne grupy wiekowe np. niemowlęta czy osoby starsze wymagają odmiennych metod rehabilitacji. Zasadne byłoby wyodrębnienie poszczególnych grup wiekowych i przypisanie im dedykowanych, dostosowanych interwencji lub zawężenie populacji np. do wskazanej w projekcie jako najliczniejsza tj. 19-65 lat. Należy również uwzględnić w ramach kryteriów kwalifikacji i wyłączenia, odpowiednie zapisy odpowiadające wiekowi populacji docelowej. Ponadto w przypadku dopuszczenia do udziału w programie osób poniżej 18. roku życia, należy uwzględnić w kryteriach formalnych konieczność uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica lub opiekuna prawnego) na udział w programie.

W projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. wyłączenia z programu tj.: każdorazowo przed przystąpieniem do Programu jego uczestnik będzie proszony o wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanym przez NFZ, a także z innych środków publicznych.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowej rehabilitacji, uwzględniającej wizytę fizjoterapeutyczną, realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych.

Wizyta fizjoterapeutyczna

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.

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 zostaną wybrane w oparciu o indywidualne wskazania pacjenta o łącznej sumie 300 ± 5 pkt na cały cykl rehabilitacyjny, trwający 10 dni po ok. 4 zabiegi dziennie i mogą obejmować: 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). 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. Wskazano, że w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń przeprowadzona zostanie ponowna ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.

W projekcie doprecyzowano, że w ramach programu realizowane będą zabiegi z zakresu fizjoterapii, obejmujące w szczególności fizykoterapię, kinezyterapię oraz masaż leczniczy. W zakresie fizykoterapii planuje się wykonywanie następujących zabiegów: jonoforeza, galwanizacja, prądy diadynamiczne, TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów), prądy interferencyjne (Interdyn), prądy Kotza, prądy Traberta, tonoliza, elektrostymulacja, elektrostymulacja urologiczna, masaż podciśnieniowy Intervac, terapia skojarzona (np. ultradźwięki z elektroterapią), ultradźwięki i ultrafonoforeza (sonoterapia), terapia podciśnieniem (VACO), zabiegi ciepłolecznictwa (termoterapia), światłolecznictwo z wykorzystaniem lampy Sollux oraz lampy Bioptron, laseroterapia (laser wysokoenergetyczny oraz laser skanerowy), leczenie impulsowym polem magnetycznym niskiej częstotliwości (Magnetronik), diatermia krótkofalowa, hydroterapia w postaci kąpeli wirowych kończyn górnych i dolnych oraz krioterapia miejscowa. W zakresie kinezyterapii planuje się prowadzenie ćwiczeń indywidualnych czynnych, ćwiczeń w odciążeniu i z oporem, ćwiczeń sensomotorycznych i równoważnych, ćwiczeń izometrycznych, wyciągów, poizometrycznej relaksacji mięśni, a także metod specjalnych, w tym PNF oraz elementów terapii manualnej. Ponadto w ramach programu wykonywany będzie masaż leczniczy, w szczególności masaż klasyczny oraz masaż limfatyczny z wykorzystaniem aparatu BOA.

Działania edukacyjne

Edukacja prowadzona będzie przez realizatora w trakcie wizyty fizjoterapeutycznej i obejmie zagadnienia związane z zachowaniami prozdrowotnymi z uwzględnieniem informacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Należy podkreślić, że w programie nie zaplanowano przeprowadzenia obiektywnego pomiaru poziomu wiedzy uczestników przy pomocy pre- i post-testów. Do projektu dołączono jedynie „ankietę pacjenta” oraz „ankietę ewaluacyjną”, która zawiera pytania dotyczące wiedzy uczestników, jednak mają one charakter wyłącznie deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym.

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, co stanowi wartość dodaną.

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 zabiegach rehabilitacyjnych”, „liczby osób, u których zostały prowadzone działania edukacyjne”, „liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania”. 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, która jednak łączy ocenę satysfakcji z deklaracyjną oceną wiedzy i efektów zdrowotnych co jest podejściem nieprawidłowym. Ankieta satysfakcji powinna zawierać jedynie pytania odnoszące się do oceny przez uczestnika jakości świadczeń, które zostały udzielone w programie, natomiast pre- i post-testy wiedzy powinny zawierać pytania merytoryczne, adekwatne do danego problemu zdrowotnego, dostosowane do grup wiekowych, które pozwolą zweryfikować wiedzę nabytą po zrealizowaniu interwencji edukacyjnej.

Dla oceny efektywności programu zaplanowano analizę wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, które są możliwe do wykorzystania w procesie ewaluacji. 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 ewaluacji wskazując, że będzie realizowana bezkosztowo w ramach obowiązków pracowników Urzędu Gminy i Miasta w Czerwieńsku, monitorowanie natomiast uwzględniono w ramach kosztów jednostkowych. W budżecie odniesiono się także do kosztów akcji informacyjno-promocyjnej.

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi informacjami, na terenie gminy Czerwieńsk żaden świadczeniodawca nie posiada umowy z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 1 687 500 zł (337 500 zł rocznie).

Należy wskazać, na pewną rozbieżność, która wymaga korekty, mianowicie w zakresie rocznych kosztów realizacji PPZ. w „Tabeli IV. Szacunkowe koszty Programu w podziale na poszczególne lata realizacji” (str. 24-25 projektu) przedstawiono koszty w podziale na lata 2026–2029, podczas gdy na str. 23-24 na lata 2026-2030. Jednocześnie jednak suma kosztów w ww. tabeli IV odpowiada 5-letniemu okresowi realizacji programu.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Czerwieńsk. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość ubiegania o środki z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego i/lub Lubuskiego 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.).

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 do 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 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. 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 (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.451.9.2026 „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk na lata 2026-2030”; data ukończenia: kwiecień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 43/2026 z dnia 7 kwietnia 2026 roku o projekcie programu „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Czerwieńsk na lata 2026-2030”.