



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 1/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Program zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Kobierzyce w wieku 50 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.

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;
- określenia czasu trwania interwencji edukacyjnej zaplanowanej w programie.

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 Kobierzyce. W ramach programu zaplanowano realizację wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacji oraz edukacji. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Kobierzyce w wieku 50 lat i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 1 030 152 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Kobierzyce (przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków NFZ). Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2029.

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 informacje dotyczące jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego. Opisano również problemy zdrowotne mogące prowadzić do niepełnosprawności, przedstawiono ich etiologię i czynniki ryzyka. Wśród wymienionych grup schorzeń wskazano: przewlekłe choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz choroby obwodowego układu nerwowego.

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 choroby stawów dotyczą 10-15% dorosłych, w tym 30% osób powyżej 65. roku życia ponad 30%. Na podstawie danych NFZ wskazano, że w Polsce w 2023 roku ok. 25% dorosłych miało zdiagnozowane choroby układu kostno-stawowego, co stanowi istotny wzrost w porównaniu z poprzednią dekadą. Odniesiono się również do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) (pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) wskazując, że w 2023 roku ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało ponad 3 mln pacjentów. Współczynnik liczby świadczeń wyniósł 8 141/100 tys. mieszkańców w kraju, 6 899 w województwie dolnośląskim – co oznacza wartość niższą od ogólnokrajowej. Z danych przedstawionych przez wnioskodawcę wynika, że w latach 2020-2024 najczęściej występującymi schorzeniami wśród mieszkańców gminy Kobierzyce były choroby układu ruchu (1 915 przypadków) oraz choroby układu endokrynologicznego (1 971 przypadków) u osób w wieku 65 lat i więcej.

W MPZ na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej na terenie woj. dolnośląskiego wskazano na niską dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń. Jako rekomendowane kierunki działań wskazano m.in. wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem chorób układu ruchu, urazów lub chorób układu nerwowego, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie Gminy Kobierzyce w latach 2026-2029”*.

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.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- (1) „utrzymanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu, chorób obwodowego układu nerwowego oraz urazów u co najmniej 50 % uczestników programu”.

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. Do projektu załączono przykładowy test, jednak pytania w nim zawarte nie odzwierciedlają jednoznacznie zakresu tematycznego zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%), ponieważ prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. W projekcie uzasadniono także wskazane wartości docelowe celu głównego i celu szczegółowego podkreślając, że przyjęto je na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono treści rekomendacji eksperta.

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 mierzony w skali VAS w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica)”;
- (2) „odsetek osób, u których odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) w post - teście 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 Kobierzyce w wieku 50 lat i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 1000 pacjentów rocznie, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, program obejmie 500 osób (tj. ok. 2000 osób w czasie trwania 4-letniego programu).

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia.

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

Interwencja

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

Wizyta fizjoterapeutyczna

Zgodnie z treścią programu, wizyta kwalifikacyjna ma na celu kwalifikację uczestnika do programu. Podczas wizyty zostanie również ustalony indywidualny plan rehabilitacji.

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 programie wskazano, że pakiet rehabilitacyjny będzie obejmować co najmniej: kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapię, hydroterapię, krioterapię. Dla każdego z uczestników programu zaplanowano średnio 3 zabiegi dziennie (nie więcej niż 5 zabiegów) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Ocena stanu funkcjonalnego została zaplanowana przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych.

Działania edukacyjne

W projekcie programu wskazano, że edukacja prowadzona będzie przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, dietetyka lub edukatora w formie m.in. wykładu, szkolenia online lub webinaru, dodatkowo realizator jest odpowiedzialny za przygotowanie materiałów edukacyjnych takich jak ulotki czy broszury. Tematyka interwencji obejmuje: promocję elementów składających się na zdrowy styl życia, rolę aktywności fizycznej, diety oraz suplementacji w rehabilitacji, aspekty ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. W programie wskazano, że edukacja obejmie 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 również podkreślić, że nie określono czasu trwania działań edukacyjnych dla uczestników programu.

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 świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę fizjoterapeutyczną”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji”, „liczby wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie (z uwzględnieniem przyczyn rezygnacji)”. Przedstawione w projekcie wskaźniki monitorowania zostały prawidłowo sformułowane. Należałoby je uzupełnić o „liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie” oraz „liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń. Dodatkowo przedstawiono dwa wskaźniki: „liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu

satysfakcji” oraz „liczba ankietowych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego”, które zostały zaplanowane prawidłowo.

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 bezpośrednie (dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie) oraz koszty pośrednie (niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową oraz koszty związane z ewaluacją i monitorowaniem). Przedstawiono również koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 030 152 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Kobierzyce. Zaznaczono także, że jednocześnie Gmina bierze pod uwagę możliwość pozyskania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych, w tym z Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarabkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako „(...) zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”.

Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021). Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018).
- W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się na istotną rolę edukacji pacjenta w procesie rehabilitacji. W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017).
- W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMA 2021).
- W wytycznych dotyczących rehabilitacji osób po złamaniu stawu biodrowego wskazuje się, że działania rehabilitacyjne należy połączyć z innymi działaniami 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 (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.431.30.2025 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”; data ukończenia: styczeń 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 1/2026 z dnia 12 stycznia 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”.