



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 41/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Brochów na lata
2026-2029”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Brochów na lata 2026-2029”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności. Program zakłada przeprowadzenie oceny funkcjonalnej uczestników, realizację indywidualnego planu rehabilitacji oraz działania edukacyjne, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi i opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów. Warto wskazać, że w projekcie uwzględniono interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast w treści projektu znajdują się zapisy wskazujące na zabezpieczenie ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Należy zaznaczyć, że Agencja opiniowała podobny PPZ z zakresu rehabilitacji przesłany przez Gminę Brochów, tj. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w gminnym ośrodku zdrowia w Brochowie”, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji nr 204/2017 z dnia 10 sierpnia 2017 r. Należy podkreślić, że w projekcie PPZ będącym przedmiotem niniejszej opinii uwzględniono częściowo uwagi z ww. opinii (nr 204/2017). Wprowadzono modyfikacje m.in. w części dotyczącej celów i mierników efektywności programu, jednak niektóre z nich wciąż budzą zastrzeżenia. Istotnym pozostaje fakt, że obecnie oceniany projekt w dalszym ciągu nie zawiera opisu działań edukacyjnych zaplanowanych w programie, w tym informacji dotyczących formy w jakiej będą one prowadzone, ich zakresu oraz osób odpowiedzialnych za ich realizację, co również wymaga uzupełnienia. Ponadto, do Agencji nie wpłynął raport końcowy z realizacji pierwszego PPZ, którego realizację zaplanowano na lata 2017-2022.

W projekcie, oprócz wyżej wymienionych uwag, zauważono również liczne braki i uchybienia, w szczególności dotyczące:

- niewystarczającego opisu epidemiologii,
- nieprawidłowego sformułowania celu głównego oraz części celów szczegółowych,
- nieadekwatnego przedstawienia uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych do celu głównego oraz dwóch celów szczegółowych,
- niezrozumiałego i nieprecyzyjnego sformułowania jednego z kryteriów wykluczenia z udziału w PPZ,
- niejasności w odniesieniu do częstości korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu (1 lub 2 cykle rehabilitacyjne w ciągu roku),

- wątpliwości związanych z procedurą wyłonienia realizatora, tj. wskazywanie konkretnego podmiotu, który ma realizować program oraz przedstawienie niektórych wymagań wykluczających możliwość udziału w konkursie innych podmiotów,
- zbyt ogólnego opisu budżetu programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Brochów, zakładający przeprowadzenie oceny funkcjonalnej (przed i po rehabilitacji), indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Brochów w wieku powyżej 18 r.ż., wymagających rehabilitacji ambulatoryjnej z powodu schorzeń narządu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, w szczególności osób z przewlekłymi zespołami bólowymi, zmianami zwyrodnieniowymi, następstwami urazów oraz schorzeniami wymagającymi usprawniania funkcjonalnego. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 621 000-805 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Brochów.

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

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono definicję niepełnosprawności oraz podkreślono rolę rehabilitacji leczniczej jako elementu procesu terapeutycznego. Omówiono najczęstsze schorzenia wymagające rehabilitacji, w tym wybrane przewlekłe choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy narządu ruchu oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego. Wskazano również przyczyny, objawy oraz metody rehabilitacji wybranych schorzeń. Podkreślono, że brak odpowiedniej rehabilitacji może prowadzić do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności. Odniesiono się także do niewystarczającego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych na terenie Gminy Brochów oraz długiego czasu oczekiwania na świadczenia.

Projekt programu zawiera również referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt.

Projekt zawiera pobieżny opis sytuacji epidemiologicznej w zakresie niepełnosprawności, który wymaga doszczegółowienia. Powołując się na dane Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), wskazano m.in., że ponad miliard osób na świecie dotkniętych jest niepełnosprawnością, przy czym ok. połowy z nich nie stać na opiekę zdrowotną. W odniesieniu do danych ogólnopolskich, powołano się na wyniki Narodowego Spisu Powszechnego, zgodnie z którym „w 2021 roku osoby niepełnosprawne stanowiły 14,3% ogólnej populacji Polski, z czego 55% stanowiły kobiety. Na przestrzeni 10 lat nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych o 750 501 osób, tj. o 16%. W miastach w 2021 r. mieszkało 3 357 421 osób niepełnosprawnych, stanowiąc 14,8% ogółu ludności tam mieszkającej. W grupie osób niepełnosprawnych biologicznie 37,5% uznało za główną przyczynę swoich ograniczeń uszkodzenia i choroby narządu ruchu, kobiety (ponad 40%) częściej niż mężczyźni (ponad 33,9%) wskazywały tę grupę schorzeń jako główną”.

W kontekście danych regionalnych i lokalnych, wnioskodawca przedstawił jedynie informacje dotyczące dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W odniesieniu do danych dla Gminy Brochów przedstawiono informacje dotyczące jedynej w gminie świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji

– Gminnego Centrum Medyczno-Rehabilitacyjnego w Brochowie. Wskazano, że w październiku 2025 r. czas oczekiwania na świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej wynosił w tej placówce 108 dni. W projekcie przedstawiono jednak rozbieżne informacje nt. trybu przyjęcia jakiego dotyczyły ww. dane – wskazano, że dotyczyły one świadczeń udzielnych w trybie pilnym, zaś w innej części projektu – stabilnym. Wnioskodawca odwołał się również do danych zgodnych ze stanem na 25.03.2026 r. wskazując, że najbliższy wolny termin dla przypadków pilnych przypadał wówczas na 14.09.2026 r. (ok. 6 miesięcy oczekiwania), natomiast dla przypadków stabilnych – na 11.01.2027 r. (ok. 10 miesięcy). W projekcie podkreślono, że istnieje krytyczna niedostępność świadczeń rehabilitacyjnych na terenie Gminy Brochów.

W odniesieniu do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 wskazano jedynie, że „[...] rehabilitacja lecznicza jest jednym z priorytetowych obszarów wymagających zwiększenia dostępności świadczeń, w szczególności w obszarach o utrudnionym dostępie do specjalistycznej opieki zdrowotnej, do których zalicza się gminy wiejskie województwa mazowieckiego”.

Należy natomiast wskazać, że MPZ na lata 2022-2026 zawierają więcej informacji w kontekście świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej na terenie województwa mazowieckiego. Wskazano, że „wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 5 (14. miejsce w kraju, -27% w stosunku do średniej dla Polski). Ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej były we wszystkich powiatach. Dużą koncentrację ośrodków widać w Warszawie. W odniesieniu do 2016 r. przybyło 14 świadczeniodawców. Z rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 88,2% wszystkich pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności (wg miejsca udzielania świadczeń) wyniosła 8 629 (4. miejsce w Polsce, powyżej średniej dla kraju o 11 %). Z kolei wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej wskazano, że „popyt na świadczenia przewyższa podaż – czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jest długi (przeciętny czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w przypadku stabilnym w lutym 2020 r. wynosił 156 dni)”. Natomiast rekomendowanym kierunkiem działań jest skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów.

W najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej wskazano m.in., że na terenie województwa mazowieckiego funkcjonowało: „165 ośrodków rehabilitacji dziennej (2,99 na 100 tys. ludności, o 32% więcej niż średnio w RP), 60 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,09 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w RP), 83 ośrodki rehabilitacji domowej (1,51 na 100 tys. ludności, co jest równe średniej w RP), 263 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (4,77 na 100 tys. ludności, o 30% mniej niż średnio w RP). Łącznie w województwie funkcjonowało 6,59 ośrodków rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 22% mniej niż średnio w RP)”. Wyzwaniem dla opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej jest „zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej”, natomiast jako rekomendowany kierunek działań – „wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej u co najmniej 15% uczestników programu poprawy stanu zdrowia w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie gminy Brochów w latach realizacji programu wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ jest niezrozumiały oraz składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie pierwsze odnoszące się do poprawy stanu zdrowia

zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny. Poprawa stanu zdrowia może nastąpić w wyniku wielu innych czynników niezwiązanych z realizacją PPZ, w związku z tym trudno będzie określić skuteczność działań podejmowanych w programie. Założenie drugie odnosi się do poprawy sprawności funkcjonalnej, co wydaje się możliwe do realizacji poprzez zaplanowane w projekcie działania rehabilitacyjne oraz ocenę stanu funkcjonalnego uczestników przez fizjoterapeutę przed i po realizacji tych działań. W dalszej części celu ponownie wskazano na poprawę stanu zdrowia, precyzując przy tym, że będzie to poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne.

W uzasadnieniu przyjętej wartości docelowej w celu głównym wskazano, że „przyjęto co najmniej 15% poprawę zdrowia, gdyż według danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych obserwowano w latach 2014-2015 tendencję wzrostową wśród przewlekłych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, które stanowią 15-20% wszystkich chorób zawodowych”. Należy wskazać, że przedstawione informacje odnoszą się jedynie do częstości występowania niektórych jednostek chorobowych uwzględnionych w projekcie i nie stanowią uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej w zakresie poprawy stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej uczestników.

W projekcie zaproponowano również 6 celów szczegółowych, tj.:

- (1) „zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15% pacjentów, u których był to cel rehabilitacji i o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (tj. 14 mm) zgodnie ze skalą VAS”,
- (2) „poprawa sprawności funkcjonalnej u co najmniej 15% uczestników programu, ocenianej na podstawie badania funkcjonalnego przed i po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego”,
- (3) „zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u o najmniej 60% uczestników programu o co najmniej 50%”,
- (4) „zwiększenie poziomu wiedzy zdrowotnej uczestników programu w zakresie profilaktyki wtórnej, ergonomii, aktywności fizycznej oraz zasad postępowania po zakończeniu terapii”,
- (5) „zwiększenie dostępności świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Brochów poprzez zapewnienie możliwości szybszego rozpoczęcia rehabilitacji”,
- (6) „ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z opóźnionego rozpoczęcia rehabilitacji”.

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, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany prawidłowo. Cel ten wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi działaniami rehabilitacyjnymi oraz pomiarami dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS w pierwszym i ostatnim dniu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych.

Cel szczegółowy nr 2 również wydaje się możliwy do osiągnięcia, jednak stanowi on powielenie części celu głównego.

Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zwiększenia poziomu wiedzy uczestników, a w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu wiedzy, co jest działaniem zasadnym. Nie załączono jednak wzoru ww. testu, w związku z czym jego weryfikacja nie była możliwa. Należy również wskazać, że w projekcie nie przedstawiono opisu zaplanowanych działań edukacyjnych. 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. 75% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników, co uwzględniono wskazując na „o co najmniej 50%”.

Cel szczegółowy nr 4 również dotyczy wzrostu wiedzy uczestników i stanowi częściowe powielenie celu szczegółowego nr 3 (oba cele odnoszą się do zwiększenia poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej). Należy zwrócić uwagę, że nie wskazano wartości docelowej, do jakiej należy dążyć.

Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ samo zwiększenie dostępu do świadczeń nie musi przełożyć się na uzyskanie efektu zdrowotnego. Ponadto, w przypadku tego celu również nie wskazano wartości docelowej.

Cel szczegółowy nr 6 został sformułowany nieprawidłowo i jest w istocie niemierzalny. Cel ten również nie zawiera wartości docelowej.

W projekcie odniesiono się do uzasadnienia wartości docelowych niektórych celów szczegółowych. W kontekście celów nr 1 oraz 2 przywołano uzasadnienie dla celu głównego, które jak wskazano wyżej – nie jest właściwe. Natomiast w odniesieniu do celu szczegółowego nr 3 wskazano, że „założenie do wskazanego progu procentowego przyjęto na podstawie Raportu końcowego oceny skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach OP WER, według którego podejmowanie działań edukacyjnych w ramach programów profilaktycznych poszerzyło wiedzę uczestników – 82,1 % pacjentów stwierdziło wzrost posiadanej przez siebie wiedzy. Dlatego założono w przypadku beneficjantów tego programu wzrost o 60%, który jest bardziej realny do osiągnięcia”. Przyjęte założenie nie budzi zastrzeżeń.

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.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne”,
- (2) „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)”,
- (3) „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post testu)”,
- (4) „liczba osób, które ukończyły udział w programie”.

Mierniki nr 1-3 korespondują z zaproponowanymi w programie celami, odpowiednio z celami szczegółowymi nr 2, 1 i 3.

Wskaźnik nr 4 nie spełnia funkcji miernika efektywności, ale może zostać wykorzystany w ramach monitorowania.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców Gminy Brochów w wieku powyżej 18 r.ż., „tj. do osób dorosłych: pracujących, w tym pracujących w rolnictwie, a także seniorów”, wymagających rehabilitacji ambulatoryjnej z powodu schorzeń narządu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, w szczególności osób z przewlekłymi zespołami bólowymi, zmianami zwyrodnieniowymi, następstwami urazów oraz schorzeniami wymagającymi usprawniania

funkcjonalnego. Powołując się na wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 r., zgodnie z którymi wskaźnik niepełnosprawności kształtuje się na poziomie ok. 14,3% populacji, oszacowano liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ na ok. 502 osoby. Jednocześnie w projekcie wskazano, że z uwagi na możliwości budżetowe i organizacyjne, planuje się objęcie programem ok. 200 osób rocznie, tj. ok. 800 osób w całym okresie realizacji programu. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z informacjami wskazanymi w projekcie, uczestnicy będą mieli możliwość wielokrotnego uczestnictwa w PPZ, w związku z czym rzeczywista liczba osób objętych PPZ może być niższa niż wskazana powyżej.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia do programu. W kontekście kryteriów wykluczenia z udziału w programie, jeden z zapisów jest niezrozumiały i nieprecyzyjny, tj. „osoby rozpoczynające korzystanie z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie”. Nie jest jasne, jakich środków dotyczy powyższe kryterium. Z kolei kwestii podwójnego finansowania nie uwzględniono w kryteriach wyłączenia, niemniej jednak odniesiono się do niej w innych częściach projektu (np. opis aktualnego postępowania, warunki realizacji PPZ). Ponadto przedstawiono również zasady przyjmowania uczestników do PPZ w przypadku przekroczenia planowanej liczby zgłoszeń.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie oceny funkcjonalnej uczestników, realizację indywidualnego planu rehabilitacji oraz działania edukacyjne. Akcja informacyjna o programie prowadzona będzie za pośrednictwem strony internetowej gminy i realizatora, lokalnych mediów, tablic ogłoszeń oraz plakatów i ulotek.

Ocena funkcjonalna uczestników

W części dot. celów programu wskazano, że fizjoterapeuta będzie przeprowadzał ocenę funkcjonalną uczestnika przed rozpoczęciem i po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego. Ww. ocena ma opierać się na zasadach zawartych w Wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów i obejmować m.in.: wywiad, badanie, analizę ruchu (chodu, biegu, wyskoku), postawy, kształtu oraz ułożenia ciała, testy, pomiary oraz ewentualną diagnostykę różnicową.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

W treści projektu wskazano, że zakres świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w ramach programu zostanie wybrany w oparciu o indywidualne potrzeby zdrowotne uczestnika, uwzględniające wskazania medyczne, ocenę funkcjonalną i cel terapeutyczny. Jeden cykl rehabilitacyjny ma obejmować od 3 do maksymalnie 10 dni zabiegowych (w zależności od decyzji fizjoterapeuty wynikającej z potrzeb uczestnika). Wśród możliwych zabiegów realizowanych w programie wskazano: kinezyterapię (w tym: ćwiczenia/gimnastyka ruchowa; indywidualna praca z pacjentem – tj. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje; pionizacja; ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem; ćwiczenia izometryczne; nauka czynności lokomocji – długość trwania zabiegu: 15-30 minut; seria do 10 zabiegów); masaż (w tym masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy – 15-30 minut, seria do 10 zabiegów); elektrolecznictwo (w tym: galwanizacja – 10 minut, 10 zabiegów; jonoforeza – 10 minut, do 10 zabiegów; elektrostymulacja – min. 10-15 minut, do 10 zabiegów; prądy diadynamiczne – 6-8 minut, do 10 zabiegów; prądy interferencyjne – 10-15 minut, do 10 zabiegów), prądy TENS – 10-15 minut, do 10 zabiegów; prądy Treaberta – 10 minut, do 10 zabiegów; prądy KOTZA – 10-15 minut, do 10 zabiegów); leczenie polem magnetycznym (w tym: impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – 10-15 minut, do 10 zabiegów; pole elektromagnetyczne o wysokiej intensywności – 10 minut, 10 zabiegów); światłolecznictwo i ciepłolecznictwo (w tym: naświetlanie promieniami IR – 15 minut, do 10 zabiegów; naświetlanie promieniami UV – 15 minut, do 10 zabiegów; laseroterapia punktowa – 5 minut, do 10 zabiegów); krioterapia (krioterapia miejscowa – 3 minuty, do 10 zabiegów); sonoterapia (w tym: ultradźwięki miejscowe – 5-10 minut, do 10 zabiegów; ultrafonoforeza – min. 5 minut, do 10 zabiegów); radialna fala uderzeniowa.

W projekcie wskazano również, że w przypadku przygotowania indywidualnie dostosowanych ćwiczeń, uczestnik będzie edukowany przez realizatora programu o sposobie wykonywania ćwiczeń w celu ich samodzielnej, prawidłowej i systematycznej realizacji.

Należy zwrócić uwagę, że w projekcie występuje nieścisłość w odniesieniu do częstości korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach programu, co wymaga wyjaśnienia. W opisie planowanych interwencji wskazano, że „jeden uczestnik programu może skorzystać z jednego cyklu rehabilitacyjnego w danym roku, obejmującego maksymalnie 10 dni zabiegowych, zgodnie z indywidualnym planem terapii”. Natomiast w opisie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ wskazano, że „jeden uczestnik programu może przystąpić do maksymalnie dwóch pełnych cykli rehabilitacyjnych w danym roku w okresie realizacji programu (2026-2029), z zastrzeżeniem zachowania 180 dniowej (dni kalendarzowe) przerwy między cyklami oraz dostępności miejsc w programie”.

Należy również podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Działania edukacyjne

Projekt nie zawiera opisu działań edukacyjnych zaplanowanych w ramach programu. O ich planowanej realizacji można wnioskować jedynie na podstawie przedstawionych w projekcie celów szczegółowych oraz opisu ewaluacji PPZ, z których wynika, że dotyczyć będą one „profilaktyki wtórnej, ergonomii, aktywności fizycznej oraz zasad postępowania po zakończeniu terapii”. W ramach działań edukacyjnych zaplanowano również pomiar poziomu wiedzy uczestników na podstawie pre- i post-testu wiedzy, jednak nie dołączono wzoru ww. testu, w związku z czym niemożliwa była jego weryfikacja. W projekcie nie zawarto żadnych informacji dotyczących formy w jakiej prowadzone będą działania edukacyjne, czy też osób, które będą je realizować. Należy zatem podkreślić, że projekt wymaga uzupełnienia opisu działań edukacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem informacji dotyczących formy i zakresu ich prowadzenia oraz osób odpowiedzialnych za ich realizację,

Odnalezione wytyczne podkreślają 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 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 2018B, EULAR 2016, EULAR 2013). Każdemu pacjentowi należy też zapewnić edukację i szkolenie w zakresie zasad ergonomii, tempa aktywności i korzystania z urządzeń wspomagających (EULAR 2018B). W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub reumatoidalnym zapaleniem stawów (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).

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:

- (1) „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie”,
- (2) „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”,
- (3) „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”,
- (4) „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności (nr 1-3), które zostały sformułowane prawidłowo.

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. W projekcie przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Wątpliwości budzi jednak fakt, że w treści projektu wielokrotnie wskazuje się na konkretny podmiot, który będzie realizować przedmiotowy program, tj. Gminne Centrum Medyczno-Rehabilitacyjne (GCMR) w Brochowie. Przedstawiono także wymagania, jakie zostaną postawione potencjalnym realizatorom, przy czym niektóre z nich wykluczają możliwość udziału w konkursie innych podmiotów niż wskazany w projekcie GCMR, np. „dysponowanie wyodrębnionym pomieszczeniem przeznaczonym wyłącznie na realizację niniejszego programu, spełniającym wymagania przepisów prawa, które przed rozpoczęciem realizacji pierwszych świadczeń zostanie wyposażone w nowy specjalistyczny sprzęt fizjoterapeutyczny zakupiony przez Gminę Brochów ze środków inwestycyjnych i przekazany realizatorowi”. Innym z kolei wymaganiem jest także „posiadanie aktualnego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia [...]”, a zgodnie z odnalezionymi informacjami – na terenie gminy Brochów umowę z NFZ na realizację świadczeń posiada tylko jeden świadczeniodawca, którym jest GCMR. Ponadto w projekcie wskazano, że „z uwagi na charakter programu realizowanego w ściśle określonym, wyodrębnionym pomieszczeniu istniejącego zakładu leczniczego działającego na terenie gminy wiejskiej Brochów, dysponującego aktywnym kontraktem NFZ w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – jedynym podmiotem wykonującym działalność leczniczą na terenie Gminy Brochów spełniającym powyższe wymagania jest Gminne Centrum Medyczno-Rehabilitacyjne w Brochowie. GCMR jest podmiotem, którego funkcjonowanie Gmina Brochów współfinansuje w ramach realizacji zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia, co zapewnia ciągłość i trwałość realizacji programu przez cały okres 2026-2029. W przypadku gdy w konkursie ofert nie wpłynie żadna inna ważna oferta poza ofertą GCMR w Brochowie, konkurs zostanie rozstrzygnięty poprzez zawarcie umowy dotacyjnej z tym podmiotem”.

Budżet PPZ został przedstawiony w sposób bardzo ogólny i wymaga uzupełnienia oraz doprecyzowania kosztów. W treści projektu wskazano koszty jednostkowe, roczne i całkowite. W ramach kosztów jednostkowych wskazano jedynie koszty związane z wynagrodzeniem fizjoterapeuty (koszt dzienny i roczny) oraz działaniami edukacyjnymi, akcją informacyjną i promocyjną, które zostaną poniesione tylko w 2026 r. Dodatkowo wskazano na brak dodatkowych kosztów związanych z wynajmem lokalu (które mają zostać zapewnione przez GCMR w ramach prowadzonej działalności leczniczej) oraz monitorowaniem i ewaluacją PPZ (czynności te będą wykonywane w ramach obowiązków służbowych pracownika Urzędu Gminy Brochów).

Koszt całkowity programu oszacowano na 621 000-805 000 zł. Wskazano przy tym, że na koszt ten składa się wyłącznie wynagrodzenie fizjoterapeuty (154 000-200 000 zł rocznie) oraz jednorazowy koszt akcji informacyjnej w 2026 roku (5 000 zł). Zaznaczono również, że ostateczna wysokość środków przeznaczanych na realizację programu w poszczególnych latach uzależniona będzie od corocznej uchwały budżetowej Gminy Brochów.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Brochów.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, 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”.

Alternatywne świadczenia

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.).

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), na podstawie art. 9a, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego (uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa) może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Szczegóły dot. finansowania ww. świadczeń zostały określone w art. 9b ustawy.

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).

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. Ponadto w sytuacji wystąpienia bólów barków zaleca się wdrożenie procesów diagnostycznych mających na celu wykluczenie czynników ryzyka wykształcenia się poważnych patologii (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków trwających ≤ 3 miesięcy, zaleca się wdrożenie rehabilitacji z wykorzystaniem: manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-lędźwiowego, manipulacji odcinka piersiowego kręgosłupa, terapii z użyciem lasera niskoenergetycznego, wieloelementowej terapii (terapia ciepłem/chłodem, mobilizacja stawów, ćwiczenia zwieszające zakres ruchów stawów) (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków trwających > 3 miesięcy, zaleca się wdrożenie rehabilitacji z wykorzystaniem: ćwiczeń nacelowanych na zwiększenie siły oraz rozciągnięcie mięśni, manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-piersiowego kręgosłupa, manipulacji odcinka piersiowego kręgosłupa, terapii z użyciem lasera niskoenergetycznego, akupunktury laserowej, ogólnej opieki lekarskiej (włączając w to edukację, poradnictwo i farmakoterapię) oraz wieloelementowej terapii (terapia ciepłem/chłodem, mobilizacja stawów, ćwiczenia zwieszające zakres ruchów stawów) (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków nie zaleca się realizacji rehabilitacji opierającej się na: fibrolizie śródskórnej, terapii ultradźwiękami, terapii prądami interferencyjnymi, kinezytapingu, masażu tkanek miękkich, terapii falą uderzeniową, manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-piersiowego kręgosłupa jako dodatku do ćwiczeń nacelowanych na minimalizację bólów barków (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).
- U osób z zapaleniem stawów zaleca się prowadzenie oceny stanu zdrowia poprzez określenie obecnych uszkodzeń stawów i ich odkształceń, ogólnej tolerancji na wysiłek fizyczny, poziomu odczuwanego bólu oraz funkcjonalność mięśni podczas aktywności fizycznej. Całość tych działań powinno mieć na celu dopasowanie do pacjenta rehabilitacji i poziomu aktywności fizycznej (ACR 2022, APTA 2021).

- Promowanie aktywności powinno być integralną częścią standardowej opieki w całym przebiegu choroby u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), zwyrodnieniową chorobą stawów, spondyloartrozą (SpA), reumatyzmem biodra (HOA) lub kolana (KOA). Wskazuje się, że osoby w wieku 18-65 lat ze schorzeniami reumatycznymi powinny uczestniczyć w ćwiczeniach aerobowych o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 30 minut przez 5 dni w tygodniu lub w intensywnych ćwiczeniach aerobowych przez minimum 20 minut przez 3 dni w tygodniu. Aby spełnić powyższe zalecenie, można wykonywać kombinacje ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności. Aktywność aerobową o umiarkowanej intensywności skumulować do minimum 30 minut, wykonując sesje trwające ≥ 10 minut. Każda osoba dorosła powinna wykonywać czynności utrzymujące lub zwiększające siłę i wytrzymałość mięśni przez co najmniej 2 dni w tygodniu (EULAR 2018A).
- 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).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących. Każdemu pacjentowi należy też zapewnić edukację i szkolenie w zakresie zasad ergonomii, tempa aktywności i korzystania z urządzeń wspomagających (EULAR 2018B).

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 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.

- Wyniki metaanalizy 26 RCT (Fari 2022) wskazują, że terapia za pomocą fal radiowych (RF) może stanowić obiecujące rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza gdy inne podejścia lecznicze są nieskuteczne lub niepraktyczne. RF okazała się być bardziej skuteczna w zmniejszaniu bólu niż leczenie kontrolne, zgodnie z wynikami pomiaru za pomocą VAS ($p=0,017$), natomiast nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie funkcjonalności mierzonej za pomocą narzędzia SPADI (*Shoulder Pain and Disability Index*) ($p=0,035$). Jeśli chodzi o ból stawu krzyżowo-biodrowego, RF okazała się skuteczniejsza w zakresie poprawy funkcji stawu, niż leczenie pozorowane, przy zastosowaniu pomiarów funkcjonalności stawów metodą ODI (*Owestry Disability Index*) ($p<0,001$). Nie wykazano natomiast statystycznie istotnej różnicy między interwencjami a komparatorem w zakresie leczenia bólu ocenianego przy użyciu metody NRS (*Numerical Rating Scale*) ($p=0,115$). U pacjentów cierpiących na bóle szyi i krzyża RF wydaje się bardziej skuteczna niż leczenie kontrolne, prowadząc tym samym do poprawy jakości życia, wyrażonej w skali SF-36 ($p=0,043$). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic jeśli chodzi o łagodzenie bólu mierzonego w skali VAS i NRS oraz poprawę sprawności funkcjonalnej mierzonej metodą ODI.
- Wyniki przeglądu systematycznego i metaanalizy RCT oraz badań kliniczno-kontrolnych ($n=25$) wskazują, że terapia oparta o miejscową aplikację ciepła (LHA, *local heat application*) odznacza większym i szybszym działaniem przeciwbólowym w porównaniu z brakiem leczenia, standardową farmakoterapią oraz placebo/leczeniem pozorowanym (Clijsen 2022).
- Wyniki metaanalizy 18 RCT (Yang 2022) wskazują, że u pacjentów z bólem szyi trening izometryczny może pomóc w złagodzeniu bólu, poprawić dysfunkcję szyi oraz zakres ruchu w 3 różnych ustawieniach. Wykazano, że trening ten istotnie poprawia wyniki pacjentów w skali wzrokowo-analogowej VAS w stosunku do wyniku uzyskanego w grupie kontrolnej ($SMD=-0,80$ [95%CI: (-0,88; -0,73)]; $p<0,0001$), a także istotnie obniża wskaźnik niepełnosprawności szyi pacjentów, oceniany wskaźnikiem niepełnosprawności szyi (NDI, *Neck Disability Index*) [$SMD=5,55$ [95%CI: (4,57; 6,53)]; $p<0,0001$]. Wykazano też korzystny wpływ treningu izometrycznego na zakresy ruchu w płaszczyźnie strzałkowej ($SMD=1,53$ [95%CI: (-0,40; 3,63)]; $p=0,12$), czołowej ($SMD=2,12$ [95%CI: (0,56; 3,68)]; $p=0,008$) oraz poziomej ($SMD=3,58$ [95%CI: (1,56-5,59)]; $p=0,0005$). Stwierdzono, że trening izometryczny trwający dłużej niż 8 tygodni odznacza się istotnym statystycznie wpływem na uzyskiwane w ramach skali VAS i NDI wyniki, w porównaniu do interwencji trwających krócej.
- Wyniki uzyskane w przeglądzie systematycznym 14 RCT (Wilhelm 2020) wskazują, że stosowanie ćwiczeń fizycznych w leczeniu objawów związanych z zaburzeniami funkcjonalności szyi, przynoszą korzyści w postaci zmniejszania intensywności odczuwanego bólu i stopnia niepełnosprawności. Ogólny wpływ ćwiczeń na ból oceniono w 13 badaniach ($n=1\ 080$). Zidentyfikowano dowody o umiarkowanej jakości wskazujące, że ćwiczenia fizyczne wiązały się z klinicznie znaczącym obniżeniem natężenia bólu w stosunku do grupy kontrolnej ($MD=-15,32$ mm [95%CI: (-19,20, -11,44)]) w obserwacji średnio- i długoterminowej.
- Wyniki uzyskane w metaanalizie 30 RCT (Rampazo 2022) wskazują, że elektrostymulacja stosowana w połączeniu z innymi interwencjami może okazać się przydatną metodą w łagodzeniu bólu i zmniejszaniu niepełnosprawności u osób z bólem szyi. Elektrostymulacja wydaje się skutecznie zmniejszać ból bezpośrednio po zabiegu, choć jest stosowana głównie jako uzupełnienie modalności terapeutycznej. Zbiorcza analiza wyników 3 badań (dowody średniej jakości) wykazała, że elektrostymulacja w połączeniu z innymi interwencjami znacząco zmniejsza intensywność bólu ocenianego w ramach skali VAS

(0–10) w porównaniu z innymi interwencjami, których skuteczność oceniano w krótkim okresie obserwacji (MD=-1,02 [95%CI: (-1,41; -0,64)]).

Podsumowanie opinii ekspertów

W ramach opinii eksperckich jeden z ekspertów wskazał, że w PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna być 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. Natomiast 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. W kontekście działań edukacyjnych, eksperci wskazują m.in. na następujące zagadnienia: czynniki ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, rola profilaktyki i aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcji narządów ruchu, profilaktyka upadków, sposób radzenia sobie ze stresem, instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 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.451.25.2026 „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Brochów na lata 2026-2029”; data ukończenia: maj 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 88/2026 z dnia 1 czerwca 2026 roku o projekcie programu „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Brochów na lata 2026-2029”.