



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 49/2026 z dnia 29 lipca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu
rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Łubniany na lata
2026-2029”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Łubniany na lata 2026-2029”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności.

Projekt zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej poprzez realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych wśród mieszkańców gminy, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ekspertów ankietowanych przez Agencję.

Realizacja działań z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców gminy znajduje również uzasadnienie w rekomendowanych kierunkach działań dla województwa opolskiego wskazanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych.

Zaplanowane do realizacji interwencje z zakresu rehabilitacji leczniczej powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, natomiast w treści projektu zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez odpowiednie kryteria wyłączenia z udziału w PPZ.

Celem zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii dotyczące:

- określenia minimalnej wartości zmiany w skali VAS, która będzie uznawana za poprawę z zakresu dolegliwości bólowych,
- doprecyzowania kryteriów wykluczenia z udziału w PPZ w kontekście statusu zawodowego mieszkańców oraz obecności wskazanych problemów zdrowotnych,
- uwzględnienia w treści projektu sposobu oraz zakresu poprzedzającej wizyty fizjoterapeutycznej, a także realizacji działań edukacyjnych wśród rodzin i opiekunów osób niepełnosprawnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Łubniany, zakładający zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej poprzez realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Łubniany w wieku 30-64 lata, aktywnych na rynku pracy, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz

posiadających skierowanie na rehabilitację leczniczą. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 294 490 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Łubniany.

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 rolę fizjoterapii i rehabilitacji leczniczej jako elementów postępowania terapeutycznego ukierunkowanych na przywracanie, rozwijanie oraz utrzymywanie funkcji ruchowych i zdolności funkcjonalnych pacjenta. Omówiono wybrane schorzenia wymagające rehabilitacji, w tym przewlekłe choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazy narządu ruchu. W odniesieniu do wskazanych jednostek przedstawiono podstawowe informacje dotyczące czynników ryzyka, objawów oraz możliwego postępowania rehabilitacyjnego. W projekcie zwrócono również uwagę na znaczenie wczesnej, kompleksowej i indywidualnie dobranej rehabilitacji w ograniczaniu następstw chorób i urazów układu ruchu oraz w poprawie funkcjonowania pacjentów.

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

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne, a także uwzględniono dane z Map Potrzeb zdrowotnych (pozyskane z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych). Wskazano, że w 2024 r. na terenie Gminy Łubniany funkcjonował jeden podmiot realizujący ambulatoryjną rehabilitację finansowaną ze środków publicznych, natomiast średni czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną wynosił 182 dni dla przypadków stabilnych oraz 141 dni dla przypadków pilnych. Należy zaznaczyć, że zgodnie z informacjami odnalezionymi w trakcie prac analitycznych, w 2026 r. na terenie gminy Łubniany umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej obecnie nie posiada żaden świadczeniodawca.

W najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej wskazano m.in., że na terenie województwa opolskiego funkcjonowało: „32 ośrodki rehabilitacji dziennej (3,42 na 100 tys. ludności, o 51% więcej niż średnio w Polsce), 15 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,6 na 100 tys. ludności, o 27% więcej niż średnio w Polsce), 21 ośrodków rehabilitacji domowej (2,24 na 100 tys. ludności, o 48% więcej niż średnio w Polsce), 85 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (9,07 na 100 tys. ludności, o 34% więcej niż średnio w Polsce)”. Wyzwaniem dla opieki zdrowotnej w tym kontekście jest „utrzymanie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na poziomie wyższym, niż średnio w Polsce”, natomiast rekomendowanym kierunkiem działań jest „aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla Polski”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników Programu, zmagających się z urazami, chorobami obwodowego układu nerwowego lub schorzeniami układu ruchu, poprzez realizację kompleksowych działań rehabilitacyjnych na terenie Gminy Łubniany w latach 2026-2029”.

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 wydaje się możliwy do realizacji poprzez wdrożenie działań rehabilitacyjnych zaplanowanych w projekcie. Założono również prowadzenie pomiaru dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS, w pierwszym i ostatnim dniu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych u danego uczestnika, co jest działaniem prawidłowym i zasadnym. Należy jednak wskazać, że w programie nie określono minimalnej wartości zmiany w skali VAS, która będzie uznawana za poprawę. W związku z tym zasadnym byłoby przyjęcie zmiany poziomu bólu w skali VAS o co najmniej 14 mm jako wartość uznawaną za istotną klinicznie. Sugeruje się następujące brzmienie celu głównego – „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej ...% uczestników Programu, zmagających się z urazami, chorobami obwodowego układu nerwowego lub schorzeniami układu ruchu, poprzez realizację kompleksowych działań rehabilitacyjnych na terenie Gminy Łubniany w latach 2026-2029”.

Wskazano również 1 cel szczegółowy, tj. „uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej lub jej zwiększenie o co najmniej 10% w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz schorzeń układu ruchu – u co najmniej 40% osób z populacji docelowej w latach 2026-2029”.

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 został sformułowany prawidłowo. Wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano również przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie budzi zastrzeżeń. Dla celu zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „minimum 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście” oraz pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników jako „o co najmniej 10%”.

W projekcie wskazano uzasadnienie przyjętej wartości docelowej dla celu szczegółowego, odwołując się do doświadczeń innych samorządów w realizacji PPZ. Nie jest natomiast jasne, czy uzasadnienie te również dotyczy celu głównego.

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 uczestników Programu, u których odnotowano poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych, na podstawie różnicy w wynikach skali VAS między pierwszym a ostatnim dniem korzystania ze świadczeń (minimum 30%)”,
- (2) „odsetek uczestników Programu, którzy w teście końcowym (post-test) uzyskali taki sam wysoki poziom wiedzy jak w teście wstępnym (tj. minimum 75% poprawnych odpowiedzi) lub odnotowano u nich wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem wyniku testu wstępnego”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego, a miernik nr 2 do celu szczegółowego. Mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców Gminy Łubniany w wieku 30-64 lat, aktywnych na rynku pracy, u których zdiagnozowano chorobę układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz posiadających skierowanie na rehabilitację leczniczą. Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) zaznaczono, że liczba mieszkańców Gminy w wieku 30-64 lat wynosi 5 470 osób, a populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 1 200 osób. Jednocześnie w projekcie wskazano, że przy zachowaniu równego dostępu do działań programowych oraz posiadanych zasobach, planuje się objęcie programem ok. 191 osób (co stanowi ok. 16% populacji docelowej).

W projekcie w większości przedstawiono prawidłowo kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu, jednak wymagają one doszczegółowienia. Należy zwrócić uwagę, że populację docelową stanowią aktywni na rynku pracy mieszkańcy Gminy Łubniany w wieku 30-64 lata, jednak kryteria włączenia nie obejmują kryterium aktywności zawodowej ani sposobu jego weryfikacji. Ponadto należy zwrócić uwagę na niespójność pomiędzy zakresem problemów zdrowotnych wskazanych w celu głównym programu a kryteriami kwalifikacji. Cel główny odnosi się m.in. do urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, natomiast kryteria włączenia obejmują osoby ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. niekorzystania w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu ze świadczeń rehabilitacyjnych określonych w programie finansowanych ze środków Gminy Łubniany oraz z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działania edukacyjne. Projekt zakłada także prowadzenie akcji informacyjnej nt. prowadzonego programu.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Indywidualny plan rehabilitacyjny zostanie opracowany na podstawie rodzaju i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą wystawionym przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę, albo określonych przez fizjoterapeutę podczas kwalifikacji uczestnika do programu.

Wśród możliwych zabiegów realizowanych w indywidualnym planie rehabilitacyjnym wskazano: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1 : 1 (30 min), kinezyterapię, ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe, zabiegi fizykalne oraz masaż. Ponadto w projekcie wskazano, że na jeden cykl zabiegów fizykoterapeutycznych składać się będzie maksymalnie 5 zabiegów dziennie realizowanych przez 10 dni.

Należy zwrócić uwagę, że w części dot. planowanych interwencji nie opisano sposobu oraz zakresu poprzedzającej wizyty fizjoterapeutycznej. Z kolei w części budżetowej wskazano koszt wizyty fizjoterapeutycznej, która ma obejmować opracowanie indywidualnego planu rehabilitacji. W związku z tym projekt wymaga uzupełnienia opisu przeprowadzenia ww. wizyty.

W odnalezionych rekomendacjach *National Stroke Foundation* (NSF 2017) wskazuje się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Wytyczne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE 2022) oraz *The Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP 2018) wskazują, że ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede wszystkim zapobiegać

pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia, a także być zorientowany na cel i mieć określone ramy czasowe (RCA/PGLO 2021).

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

W ramach programu zaplanowano także realizację 45-minutowych grupowych działań edukacyjnych (maksymalnie 10 uczestników). Spotkanie może być prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. W ramach tej części ocenę poziomu wiedzy uczestników z wykorzystaniem testu wstępnego oraz końcowego, zawierających co najmniej 5 pytań zamkniętych. Do projektu załączono przykładowy test, co do którego nie ma uwag. Zakres tematyczny działań edukacyjnych ma obejmować m.in. rolę diety i suplementacji, znaczenie aktywności fizycznej i ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu i urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, znaczenie zdrowego stylu życia oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

Warto wskazać, że edukacja zdrowotna ma objąć również rodziny i opiekunów osób niepełnosprawnych, przy czym informację tę zawarto w innej części projektu, tj. organizacji PPZ. Należy natomiast podkreślić, że nie doprecyzowano sposobu ich włączenia, zasad udziału, liczby osób ani odrębnego zakresu organizacyjnego, co wymaga uzupełnienia.

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 nacełowanymi 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 zawrzeć 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.

Wskazano następujące wskaźniki dla oceny zgłaszalności do programu:

- (1) „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w Programie”,
- (2) „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami Programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”,
- (3) „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji Programu polityki zdrowotnej”,
- (4) „liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”,
- (5) „liczba osób uczestniczących w działaniach rehabilitacyjnych”,
- (6) „liczba osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne”,
- (7) „rodzaj schorzenia osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania do udziału w Programie”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. W projekcie wskazano, że wyniki ankiet będą wykorzystywane w ramach monitorowania jakości realizacji programu, a docelowy wskaźnik jakości określono na poziomie 70% ankiet z oceną pozytywną. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, 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.

Ponadto, jak wskazano w projekcie, ocenie podlegać będzie również stopień zrealizowanej potrzeby zdrowotnej populacji docelowej, na podstawie następujących wskaźników:

- (1) „odsetek osób zmagających się z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych świadczonych w Programie odnotowano poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS)”,
- (2) „ilość dalszego postępowania, wydanych uczestnikom Programu na potrzeby ich wdrożenia przez lekarza POZ”,
- (3) „liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy ocenianego na podstawie pre-testu i post-testu”.

Warto wskazać, że wskaźniki nr 1 i 3 stanowią powtórzenie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności.

Z kolei wskaźnik nr 2 wymaga poprawy i doprecyzowania. Warto rozważyć, aby wskaźnik ten został sformułowany w następujący sposób: „odsetek świadczeniobiorców skierowanych do dalszego postępowania w ramach NFZ, w stosunku do wszystkich świadczeniobiorców, u których zrealizowano indywidualny plan rehabilitacyjny”.

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.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, roczne i całkowite, które nie budzą zastrzeżeń. Budżet zawiera także koszty monitorowania i ewaluacji PPZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 294 490 zł. Zaznaczono również, że ostateczna wysokość środków przeznaczanych na jego realizację zostanie określona uchwałą Rady Gminy. Jednocześnie podkreślono, że poziom finansowania może ulec zmianie w zależności od aktualnych możliwości finansowych Gminy

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Łubniany.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) 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).
- 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).
- 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 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 samodzielnego zarządzania 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).

- o 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

- o 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.
- o W większości z 28 RCT włączonych do metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się z 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.
- o 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).
- o 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.
- o 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.451.36.2026 „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Łubniany na lata 2026-2029”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 101/2026 z dnia 20 lipca 2026 roku o projekcie programu „Program zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Łubniany na lata 2026-2029”.