



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 59/2026 z dnia 13 sierpnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Wińsko na lata 2027-2031”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Wińsko na lata 2027-2031”.

Uzasadnienie

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

Projekt zakłada realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego (poprzedzonego wizytą fizjoterapeutyczną) obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów.

Należy wskazać, że w projekcie uwzględniono interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Wińsko. Populację docelową stanowią mieszkańcy gminy Wińsko, którzy ukończyli 18 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby układu nerwowego. W ramach programu zaplanowano realizację wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne. Okres realizacji programu zaplanowano na lata 2027-2031. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 1 491 875 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Wińsko przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego oraz innych źródeł dofinansowania.

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 rozległego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności. W ramach opisu problemu zdrowotnego odniesiono się do znaczenia rehabilitacji w leczeniu schorzeń przewlekłych i zapalnych układu ruchu, urazów narządu ruchu oraz chorób układu nerwowego. W projekcie wskazano, że do najczęściej występujących jednostek chorobowych wymagających rehabilitacji należą: choroba zwyrodnieniowa stawów, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dyskopatie oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Odniesiono się również do znaczenia rehabilitacji po urazach, takich jak złamania, skręcenia i zwichnięcia, a także w leczeniu mononeuropatii, polineuropatii oraz radikulopatii. Podkreślono, że wdrożenie kompleksowych działań rehabilitacyjnych pozwala na zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprawę sprawności funkcjonalnej, zwiększenie samodzielności pacjentów oraz ograniczenie ryzyka trwałej niepełnosprawności.

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

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane światowe, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne. Powołano się na dane Światowej Organizacji Zdrowia z 2021 roku, zgodnie z którymi dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego dotyczą na świecie ponad 1,7 mld osób, a w 2024 roku urazy zewnętrzne odpowiadały za około 4,4 mln zgonów rocznie. Odniesiono się także do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) (pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) wskazując, że w 2024 roku ze świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce skorzystało blisko 3,6 mln osób. W projekcie przedstawiono również wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej, który wyniósł 9 215/100 tys. mieszkańców w całym kraju, w województwie dolnośląskim wskaźnik ten był ok. 16% niższy i wyniósł 7 746/100 tys. mieszkańców, zaś w powiecie wołowskim (na terenie którego znajduje się Gmina Wińsko) było to 7 124/100 tys. mieszkańców. Wskazano także, że w 2024 roku w Polsce udzielono prawie 1,7 mln porad lekarskich rehabilitacyjnych (4 419/100 tys. mieszkańców), ponad 80,9 tys. porad w województwie dolnośląskim (2 821/100 tys. mieszkańców) oraz 1 081 porad w powiecie wołowskim (2 396/100 tys. mieszkańców). Natomiast w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w całym kraju zrealizowano ponad 5,9 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców), 322,6 tys. wizyt w województwie dolnośląskim (11 247/100 tys. mieszkańców) oraz 3 943 wizyty w powiecie wołowskim (8 740/100 tys. mieszkańców). Ponadto w 2024 roku w całej Polsce wykonano ponad 279,28 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (746 368/100 tys. mieszkańców), zaś w województwie dolnośląskim ponad 17,5 mln zabiegów (612 284/100 tys. mieszkańców), a w powiecie wołowskim około 226,9 tys. zabiegów (502 911/100 tys. mieszkańców).

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa dolnośląskiego w zakresie rehabilitacji medycznej w warunkach ambulatoryjnych wskazano na „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”. Natomiast w części dotyczącej wyzwań systemu opieki zdrowotnej podkreślono, że „dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach świadczeń kontraktowanych z NFZ zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych jest znikoma, z uwagi na niedostateczną liczbę specjalistycznych ośrodków i limitowanie tych świadczeń”.

Zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ na lata 2027-2031 w przypadku województwa dolnośląskiego odniesiono się do rekomendowanych kierunków działań w zakresie danego problemu zdrowotnego, tj.: „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”,

„optymalizacja miejsc rehabilitacyjnych we wczesnej i przewlekłej rehabilitacji szpitalnej (po nowotworowej i pulmonologicznej) oraz realizowanej w warunkach” oraz „zwiększenie nakładów finansowych na świadczenia rehabilitacyjne uznawane jako kontynuacja leczenia „ostrego”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 30% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2027-2031”.

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 prawidłowo i wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej. W projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie. Warto jednak zaznaczyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Wskazano również 1 cel szczegółowy, tj. „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70% osób z populacji docelowej w latach 2027-2031”.

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 oraz wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu oraz załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Dla celu szczegółowego zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „80% poprawnych odpowiedzi”. Warto zaznaczyć, że podobnie jak przy celu głównym – nie przedstawiono uzasadnienia dla podanych wartości docelowych.

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 stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”

- (2) „odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.

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 Wińsko, którzy ukończyli 18 lat z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby układu nerwowego. Na podstawie danych epidemiologicznych i danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na około 2 275 osób (rocznie około 455 osób). Z uwagi na ograniczone środki finansowe planuje się objęcie programem 975 osób, tj. 195 osób rocznie.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. niekorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej o analogicznym charakterze finansowanych przez Gminę Wińsko, NFZ, PEFRON, ZUS, KRUS w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowej rehabilitacji uwzględniającej wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

W ramach wizyty fizjoterapeuta będzie kwalifikował uczestnika do programu, potwierdzając wcześniejsze lekarskie rozpoznanie przewlekłej lub zapalnej choroby układu ruchu, urazu bądź schorzenia układu nerwowego. Ocena ta będzie przeprowadzana na podstawie badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) albo specjalisty, zgodnie z formularzem dołączonym do projektu. Podczas wizyty fizjoterapeuta będzie również planował indywidualny plan rehabilitacyjny oraz oceniał nasilenie dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Indywidualny plan rehabilitacyjny, przygotowany podczas wizyty fizjoterapeutycznej, uwzględniać będzie rodzaj i liczbę zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę. W treści projektu wskazano, że ww. zabiegi zostaną wybrane w oparciu o indywidualne wskazania pacjenta o łącznej sumie 1 280 ($\pm$ 15) pkt na cały cykl rehabilitacyjny, trwający 10 dni po ok. 4-5 zabiegów dziennie. Wśród możliwych zabiegów realizowanych w indywidualnym planie rehabilitacyjnym wskazano zabiegi fizyczne (w tym diadynamik, jonoforeza, prądy TENS, prądy interferencyjne, prądy Traberta, galwanizacja, magnetron, laser, ultradźwięki, fonoforeza, Sollux, krioterapia oraz fala uderzeniowa), zabiegi kinezyterapii (w tym ćwiczenia indywidualne (30 min.), ćwiczenia na przyrządach, zabieg masażu częściowego, kinesiotaping jednej okolicy, terapię indywidualną, terapię manualną oraz drenaż limfatyczny manualny (30 min)). Zgodnie z zapisami projektu zabiegi fizjoterapeutyczne mają być realizowane pod nadzorem osób posiadających odpowiednie kwalifikacje, tj. fizjoterapeuta. Ponadto wskazano, że w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń przeprowadzona zostanie ponowna ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.

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 podkreślić, że większość zaplanowanych interwencji fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych znajduje 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.). Natomiast poza katalogiem świadczeń gwarantowanych pozostaje fala uderzeniowa.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne będą obejmowały jedno 45-minutowe spotkanie, realizowane w grupach liczących maksymalnie 25 osób. Zajęcia mają być prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę, w tym lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka. Uczestnicy wezmą udział w ocenie poziomu wiedzy poprzez przeprowadzenie pre-testu oraz post-testu. W projekcie wskazano, że testy przygotowane przez realizatora programu będą zawierały co najmniej pięć pytań zamkniętych. Do projektu załączono przykładowy test, co do którego nie ma uwag. Zakres tematyczny działań edukacyjnych będzie obejmował zagadnienia związane z rolą prawidłowej diety i suplementacji, znaczeniem aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu i urazów, a także sposobami zapobiegania wypadkom i zranieniom. Podczas zajęć podkreślona zostanie również istotność prowadzenia zdrowego stylu życia oraz przedstawione zostaną metody radzenia sobie ze stresem.

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 programu”,
- (2) „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”,
- (3) „liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”,
- (4) „liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny”,
- (5) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego
- (6) 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. 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.

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 szczegółowo przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania, które nie budzą zastrzeżeń. Budżet zawiera także koszty monitorowania i ewaluacji PPZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 491 875 zł (298 375 zł rocznie). Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość ubiegania o środki z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych źródeł dofinansowania.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Wińsko.

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 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 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).
- 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 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.

- 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 funkcjonalność 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 (Clijssen 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.451.44.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Wińsko na lata 2027-2031”; data ukończenia: sierpień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 113/2026 z dnia 10 sierpnia 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Wińsko na lata 2027-2031”.