



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 62/2026 z dnia 20 sierpnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Lesznowola 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 Lesznowola 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.

Warto podkreślić, że Agencja opiniowała już projekt PPZ o zbliżonej tematyce, przesłany przez Gminę Lesznowola, tj. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”. Ww. projekt uzyskał opinię negatywną Prezesa Agencji (nr 33/2025 z dnia 18 kwietnia 2025 r.). Należy wskazać, że w obecnie ocenianym projekcie odniesiono się i uwzględniono wszystkie uwagi zawarte w poprzedniej opinii Prezesa Agencji (nr 33/2025).

Mając na względzie realizację programu o możliwie jak najwyższej jakości, warto rozważyć uwzględnienie drobnych uwag przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii, szczególnie w odniesieniu do kwestii związanych z dostosowaniem testu wiedzy do wieku uczestników oraz uwzględnienia w kryterium kwalifikacji do programu zgody rodzica bądź opiekuna prawnego dla uczestników poniżej 18 r.ż.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Lesznowola, zakładający przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej oraz realizację indywidualnego planu rehabilitacyjnego i działań edukacyjnych. Program skierowany jest do mieszkańców gminy w wieku 15 lat i więcej z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Realizację programu przewidziano na lata 2027-2031. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 1 125 000 zł (225 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Lesznowola (przy ewentualnym dofinansowaniu z Narodowego Funduszu Zdrowia).

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 korespondujące z problemem zdrowotnym. W projekcie wskazano, że według danych Światowej Organizacji Zdrowia, schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego dotyczą około 1,7 mld osób na świecie i stanowią jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Podkreślono, że do najważniejszych problemów zdrowotnych w tej grupie należą choroba zwyrodnieniowa stawów oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa. Wskazano również, że liczba osób żyjących z osteoartrozą stale wzrasta, natomiast ból dolnego odcinka kręgosłupa dotyczy obecnie ponad 600 mln osób na świecie i jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności. Ponadto przedstawiono dane dotyczące urazów wskazując, że każdego roku na świecie z powodu urazów zewnętrznych umiera około 4,4 mln osób, a najczęstszymi przyczynami urazów są wypadki drogowe, inne niecelowe urazy, próby samobójcze oraz upadki.

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 PPZ wskazano, że wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej wyniósł w Polsce 9 215/100 tys. mieszkańców, w województwie mazowieckim 9 765/100 tys., natomiast w powiecie piaseczyńskim, na terenie którego znajduje się gmina Lesznowola – 9 726/100 tys. mieszkańców. W analizowanym okresie udzielono w województwie mazowieckim ponad 346,2 tys. (6 286/100 tys. mieszkańców) rehabilitacyjnych porad lekarskich, natomiast w powiecie piaseczyńskim – 13,4 tys. porad (6 179/100 tys. mieszkańców). Ponadto w województwie mazowieckim zrealizowano ponad 886,7 tys. wizyt fizjoterapeutycznych (16 097/100 tys. mieszkańców), a w powiecie piaseczyńskim – 20,1 tys. wizyt (9 222/100 tys. mieszkańców). Wskazano również, że w powiecie piaseczyńskim wykonano około 1,1 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (539 918/100 tys. mieszkańców), podczas gdy w województwie mazowieckim oraz w Polsce było to odpowiednio 40,2 mln zabiegów (731 181/100 tys. mieszkańców) oraz 279,28 mln (746 368/100 tys. mieszkańców).

MPZ na lata 2022-2026 w odniesieniu do realizacji 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 %). Jako wyzwanie dla opieki zdrowotnej w tym kontekście 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 jako rekomendowanym kierunkiem pozostaje „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 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 22% mniej niż średnio w RP)”. Wyzwaniem dla opieki zdrowotnej w tym zakresie pozostaje „zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej”. Z kolei rekomendowanym kierunkiem działań jest „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 „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 obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie Gminy Lesznów 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 dolegliwości bólowych 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. „podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego 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 jednak wzbudza pewne zastrzeżenia. Warto zwrócić uwagę, że ze względu na szeroki zakres wiekowy populacji docelowej PPZ, test wiedzy powinien być odpowiednio dostosowany do wieku uczestników.

W związku z tym zasadne wydaje się opracowanie odrębnych narzędzi ewaluacyjnych dla młodszych i starszych uczestników programu. 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 uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test”.

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 Lesznowola w wieku 15 lat i więcej, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Na podstawie danych epidemiologicznych oraz danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), a także ze względu na ograniczenia finansowe gminy, planuje się objąć 1 000 osób w trakcie trwania 5-letniego PPZ (corocznie ok. 200 mieszkańców), co stanowi ok. 7% rocznej populacji docelowej.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu. Należy jednak zaznaczyć, że w ramach kryteriów formalnych nie odniesiono się do konieczności uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego w przypadku udziału osób poniżej 18. roku życia, co należy uzupełnić.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. niekorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej o analogicznym charakterze finansowanych przez Gminę Lesznowola, 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 (w tym do działań edukacyjnych), 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. Wizyta ma na celu zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego dla uczestnika. Podczas wizyty zostanie przeprowadzona także ocena dolegliwości bólowych w 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 500 ± 15 pkt na cały cykl rehabilitacyjny, trwający 10 dni. Wśród możliwych zabiegów realizowanych w indywidualnym planie rehabilitacyjnym wskazano: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1, kinezyterapię, ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe, zabiegi fizykalne, masaż, zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody oraz zabieg w kriokomorze. 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 wszystkie zaplanowane 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

Działania edukacyjne będą obejmowały jedno 45-minutowe spotkanie, realizowane w grupach liczących maksymalnie 25 osób. Zajęcia mają być prowadzone przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, dietetyka, edukatora zdrowotnego, profilaktyka lub specjalistę zdrowia publicznego.

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.

W ramach spotkania przeprowadzona zostanie ocena poziomu wiedzy uczestników przy użyciu pre-testu (przed rozpoczęciem zajęć) oraz post-testu (po ich zakończeniu). Należy wskazać, że w odniesieniu do ww. uwagi wskazanej przy celu szczegółowym, zasadnym pozostaje opracowanie odrębnych narzędzi ewaluacyjnych dla młodszych i starszych uczestników programu.

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). Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018B, EULAR 2016). 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 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).

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 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 ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu. 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 1 125 000 zł (225 000 zł rocznie). Zaznaczono także, że dopuszcza się możliwość ubiegania o środki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Lesznawola.

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 podsztywnym. 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 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 (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 złagodzeniu 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.451.46.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola na lata 2027-2031”; data ukończenia: sierpień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 117/2026 z dnia 17 sierpnia 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola na lata 2027-2031”.