



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 69/2026 z dnia 2 września 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Rehabilitacja mieszkańców Gminy Osieczna na lata 2027-2029”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Osieczna na lata 2027-2029”.

Uzasadnienie

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

Projekt zakłada realizację zabiegów rehabilitacyjnych (poprzedzonych badaniem lekarskim), co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów. Należy jednak podkreślić, że przedstawiony opis zaplanowanych interwencji jest zdawkowy oraz niewystarczający, co uniemożliwia wydanie opinii pozytywnej.

Istotnym pozostaje również fakt, że wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, natomiast nie wskazano sposobu wyeliminowania ryzyka ich podwójnego finansowania ze środków publicznych.

Warto podkreślić, że Agencja opiniowała już projekt PPZ o zbliżonej tematyce, przesłany przez Gminę Osieczna, tj. „Program rehabilitacji mieszkańców Miasta i Gminy Osieczna na lata 2018-2020”. Ww. projekt uzyskał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji (nr 25/2018 z dnia 8 lutego 2018 r.). Należy wskazać, że w obecnie ocenianym projekcie nie uwzględniono albo uwzględniono jedynie częściowo uwagi zawarte w poprzedniej opinii Prezesa Agencji (nr 25/2018).

Należy również wskazać, że oprócz wymienionych wyżej uwag, projekt zawiera również liczne braki i uchybienia, w szczególności dotyczące:

- niewystarczającego opisu problemu zdrowotnego i epidemiologii, a także braku referencji bibliograficznych, na podstawie których opracowano ich treść,
- braku odniesienia się do Map Potrzeb Zdrowotnych,
- nieprawidłowego zaprojektowania celu głównego, celów szczegółowych oraz mierników efektywności,
- braku sposobu oszacowania liczebności populacji docelowej kwalifikującej się do udziału w PPZ,
- braku precyzyjnych kryteriów włączenia i wyłączenia z udziału w PPZ,
- nieuwzględnienia działań edukacyjnych w ramach programu,
- braku wskaźników monitorowania w zakresie oceny zgłaszalności do programu oraz nieprawidłowego sformułowania wskaźników ewaluacyjnych,
- braku opisu ścieżki w przypadku dalszego postępowania oraz niewystarczający opis sposobu zakończenia udziału w programie,

- o zbyt ogólnego oraz niewystarczającego opisu budżetu programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Osieczna, zakładający przeprowadzenie badania lekarskiego oraz cyklu zabiegów rehabilitacyjnych skierowanych do mieszkańców Gminy Osieczna w wieku ≥ 50 r.ż., którzy zmagają się z dolegliwościami narządu ruchu. Realizację programu przewidziano na lata 2027-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 450 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Osieczna.

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. Należy jednak zaznaczyć, że opis problemu zdrowotnego w projekcie ma charakter ogólny i został przedstawiony w sposób ogólny. Ponadto projekt programu nie zawiera referencji bibliograficznych oraz wykazu piśmiennictwa, na podstawie których opracowano projekt.

W kontekście sytuacji epidemiologicznej odwołano się do danych Światowej Organizacji Zdrowia, w których wskazano, że około 15% dorosłej populacji cierpi na różnego rodzaju schorzenia stawów, a w grupie osób powyżej 65 roku życia odsetek ten przekracza 30%. Przytoczono także dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wskazujące, że w 2023 r. choroby układu kostno-stawowego były zdiagnozowane u ok. 25% dorosłej populacji, a w 2024 r. świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej uzyskało 3,6 mln osób. Przedstawiono również czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną (161 dni) oraz rehabilitację leczniczą dzienną (156 dni).

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ).

Warto wskazać, że zgodnie z danymi pozyskanymi z MPZ (w ramach Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) za grudzień 2024 r., liczba osób oczekujących do „ośrodka rehabilitacji dziennej” w miejscowości Osieczna wynosiła 213 osób z średnim czasem oczekiwania 243 dni dla przypadków stabilnych i 43 osoby oraz 71 dni w przypadkach pilnych.

Z kolei według najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 świadczenia rehabilitacji leczniczej stanowią wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. W MPZ przytoczono dane z dotyczące liczby osób oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne (959 tys., 124 tys. i 118 tys.) oraz korzystających z rehabilitacji w ramach NFZ w 2023 r. (1,66 mln osób w wieku produkcyjnym i 1,46 mln osób w wieku poprodukcyjnym).

Należy wskazać, że projekt PPZ wymaga uzupełnienia informacji nt. problemu zdrowotnego i danych epidemiologicznych oraz wskazania odpowiednich źródeł.

Warto podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi informacjami, na terenie Gminy Osieczna umowę z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej posiada tylko jeden świadczeniodawca.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wśród mieszkańców Gminy Osiecznej”.

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 zaprojektowany nieprawidłowo, ponieważ założenie odnoszące się do zahamowania lub ograniczania skutków procesów chorobowych zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny. Należy podkreślić, że omawiane efekty mogą nastąpić w wyniku wielu innych czynników realizowanych również poza PPZ. Ponadto nie określono, na jakiej podstawie będzie możliwe wykazanie, że u uczestników programu doszło do zahamowania lub ograniczenia skutków wskazanych procesów. Warto podkreślić, że cel ten nie odnosi się jedynie do uczestników programu, a do całej populacji mieszkańców gminy, co jest niemożliwe do osiągnięcia w programie. Dodatkowo nie przyjęto wartości docelowych, do których należy dążyć, aby osiągnąć cel.

W treści projektu wskazano również 2 cele szczegółowe:

- (1) „zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony układu ruchowego po zakończeniu pełnego cyklu kompleksowej rehabilitacji, tj. kinezyterapii i fizykoterapii ustalonych indywidualnie przez lekarza w porównaniu do stanu wyjściowego w oparciu o skalę wybraną przez realizatora programu”,
- (2) „podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby w ocenie wg ankiety jakości życia wybranej przez realizatora programu oraz utrwalanie prawidłowych nawyków ruchowych u osób uczestniczących w programie”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie wskazano sposobu pomiaru dolegliwości bólowych, pozostawiając wybór narzędzia realizatorowi programu. Ponadto nie określono wartości docelowej, do której należy dążyć w programie.

Cel szczegółowy nr 2 również został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z kilku odrębnych założeń. W przypadku pierwszej części, cel odnosi się do poprawy zarówno jakości życia, jak i ograniczenia postępu choroby, co jest nieprawidłowe, ponieważ oba te elementy, mimo że są od siebie zależne, mierzone są za pomocą różnych kwestionariuszy i metod pomiarowych. W przypadku drugiej części, cel koncentruje się na utrwalaniu prawidłowych nawyków ruchowych u osób uczestniczących w programie, co jest założeniem zbyt ogólnym oraz niemierzalnym. Ostatecznie, w ramach omawianego drugiego celu szczegółowego nie wskazano docelowego sposobu pomiaru poszczególnych kwestii. Ponadto w przypadku tego celu również nie wskazano wartości docelowej, do jakiej należy dążyć.

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) „liczba osób biorąca udział w programie, u których odnotowano zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu”,
- (2) „wyniki ankiety jakości życia wybranej przez realizatora programu”,
- (3) „ocena świadczeń przez uczestników programu”.

Ze względu na nieprawidłowo sformułowany cel szczegółowy nr 1, miernik nr 1 może zostać wykorzystany podczas ewaluacji.

Mierniki nr 2 i 3 zostały sformułowane nieprawidłowo.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców Gminy Osieczna w wieku ≥ 50 r.ż., zmagających się z dolegliwościami narządu ruchu. Program ma objąć ok. 200-250 osób rocznie. Należy zwrócić uwagę, że w projekcie nie przedstawiono sposobu oszacowania liczebności populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia.

W projekcie nie przedstawiono kryteriów kwalifikacji do udziału w programie. Wskazano jedynie charakterystykę populacji docelowej.

Warto podkreślić, że nie zabezpieczono ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Interwencja

W programie zaplanowano badanie lekarskie oraz działania rehabilitacyjne.

Badanie lekarskie

Należy podkreślić, że w projekcie ograniczono się jedynie do wskazania, że uczestnicy zostaną objęci badaniem lekarskim, nie przedstawiając szczegółów dotyczących jego zakresu ani sposobu przeprowadzenia.

Działania rehabilitacyjne

W treści projektu wskazano, że każdy z zakwalifikowanych pacjentów zostanie skierowany na 10-cio dniowy cykl rehabilitacyjny, obejmujący minimum 3 zabiegi w każdym dniu. Podczas badania lekarskiego zostanie określony rodzaj wskazanych procedur rehabilitacyjnych (w tym liczba oraz czas trwania zabiegów). Wśród możliwych zabiegów realizowanych w planie rehabilitacyjnym wskazano: kinezyterapię, hydroterapię, krioterapię, magnetoterapię, laseroterapię, terapię ultradźwiękową, elektrostymulację oraz światłolecznictwo.

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). Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

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

Projekt nie zawiera opisu działań edukacyjnych zaplanowanych w ramach programu. O ich planowanej realizacji można wnioskować jedynie na podstawie przedstawionych w projekcie celów szczegółowych, „oczekiwanych efektów” oraz załączonej ankiety satysfakcji.

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 zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021). Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

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.

W projekcie nie przedstawiono wskaźników do oceny zgłaszalności do programu, co wymaga uzupełnienia.

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

W projekcie jako wskaźniki ewaluacji ponownie wskazano mierniki efektywności, tj.:

- (1) „liczba osób biorących udział w Programie, u których odnotowano zmniejszenie dolegliwości bólowych ze strony układu ruchowego w porównaniu do stanu wyjściowego”,
- (2) „wyniki ankiety jakości życia wybranej przez realizatora programu stanowiący załącznik do Programu Rehabilitacji Mieszkańców Gminy Osieczna na lata 2027-2029”,
- (3) „ocena świadczeń przez uczestników programu”.

Wskaźnik nr 1 został sformułowany prawidłowo.

Wskaźniki nr 2 i 3 zostały sformułowane nieprawidłowo.

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

Warunki realizacji

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

Należy zaznaczyć, że w projekcie wskazano jeden sposób zakończenia udziału w programie, tj. „następuje z chwilą zakończenia zabiegów rehabilitacyjnych”. Innymi sposobami zakończenia udziału w programie mogłoby być np. „stwierdzenie podczas badania lekarskiego przeciwwskazań do rehabilitacji” czy „zgłoszenia przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ”.

W projekcie zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W budżecie zdawkowo przedstawiono koszty jednostkowe programu, co wymaga doprecyzowania.

Koszt całkowity programu oszacowano na 450 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Osieczna.

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

- Osoby starsze, podobnie jak wszyscy dorośli, powinny podejmować regularną aktywność fizyczną (WHO 2020).
- W ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (ICFSR 2021, RCA/PGLO 2021, PTK 2017).

- Ćwiczenia aerobowe i oporowe są skuteczne w profilaktyce takich chorób wieku starczego, jak np.: reumatyzm, rak (jelita grubego, prostaty), POChP, demencja, zastoinowa niewydolność serca, choroba wieńcowa, udar czy osteoporoza (ICFSR 2021). Ćwiczenia takie zmniejszają też ryzyko upadków, poprawiają mobilność, redukują ból, nietrzymanie moczu (RCA/PGLO 2021, PTK 2017).
- 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 niskoenerygetycznego, 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 niskoenerygetycznego, 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).
- 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 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 (łącznie 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.451.53.2026 Rehabilitacja mieszkańców Gminy Osieczna na lata 2027-2029"; data ukończenia: sierpień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 127/2026 z dnia 31 sierpnia 2026 roku o projekcie programu „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Osieczna na lata 2027-2029”.