Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 77/2026 z dnia 6 listopada 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Rehabilitacja lecznicza dzieci i młodzieży z terenu Gminy Gorzyce na lata 2027-2033”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza dzieci i młodzieży z terenu Gminy Gorzyce na lata 2027-2033”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) obejmuje problematykę prawidłowej postawy ciała oraz odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy u dzieci i młodzieży.

Projekt zakłada realizację kompleksowej rehabilitacji (poprzedzonej i zakończonej wizytą fizjoterapeutyczną) dzieci i młodzieży z wadą postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu i/lub obniżonym napięciem mięśniowym. W programie przewidziano także prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Warto zaznaczyć, że zaplanowane interwencje pozostają zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów.

Należy wskazać, że wszystkie zaplanowane interwencje z zakresu rehabilitacji leczniczej znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone.

Jednakże mając na względzie realizację programu o możliwie najwyższej jakości, **należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii**, w szczególności dotyczące:

- doprecyzowania liczebności populacji docelowej programu,
- określenia konkretnych wymagań dla personelu medycznego odpowiedzialnego za realizację konsultacji specjalistycznych,
- konieczności weryfikacji i ponownej kalkulacji budżetu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Gorzyce, zakładający realizację kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży do 18. r.ż. z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub obniżonego napięcia mięśniowego. W programie zaplanowano także prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Realizację programu przewidziano na lata 2027-2033. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 265 090 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Gorzyce, przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

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 problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności w populacji dzieci i młodzieży. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się przede wszystkim do wad postawy, niepełnosprawności narządu ruchu oraz obniżonego napięcia mięśniowego. Scharakteryzowano m.in. skoliozę, nieprawidłowości w zakresie krzywizn kręgosłupa, wady kończyn dolnych i stóp oraz zaburzenia napięcia mięśniowego. W projekcie podkreślono znaczenie wczesnego wykrywania nieprawidłowości, aktywności fizycznej, przestrzegania zasad ergonomii oraz prowadzenia działań rehabilitacyjnych w zapobieganiu pogłębianiu się zaburzeń funkcjonalnych i ograniczeń sprawności.

W projekcie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których opracowano projekt programu.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane europejskie, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne. Wskazano, że w 2023 r. 27% ludności Unii Europejskiej w wieku powyżej 16 lat miało jakąś formę niepełnosprawności, natomiast w Polsce odsetek ten wynosił 24,4%.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w grudniu 2024 r. w Polsce 3,9 mln osób posiadało ważne orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, z czego 7,2% (285,7 tys.) stanowiły osoby do 19. r.ż. Upośledzenie narządu ruchu było przyczyną niepełnosprawności w 35% przypadków. W projekcie wskazano również, że zniekształcenia kręgosłupa mogą dotyczyć 50-60% dzieci w wieku szkolnym, a zgodnie z przywołanymi danymi NFZ – nawet 90% dzieci w Polsce może mieć wady postawy kręgosłupa, stóp lub kolan. Zniekształcenia te stanowią około 24% schorzeń przewlekłych występujących wśród dzieci i młodzieży do 18. r.ż.

Odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, wskazując, że w 2024 r. rehabilitacją finansowaną przez NFZ objęto ponad 3,6 mln pacjentów, w tym 400,1 tys. osób w wieku 0-17 lat. Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej w populacji poniżej 18 r.ż. wyniósł 744/100 tys. mieszkańców w Polsce, 754/100 tys. w województwie śląskim i 967/100 tys. w powiecie wodzisławskim. W tej grupie wiekowej udzielono ponad 204,4 tys. rehabilitacyjnych porad lekarskich, w tym ponad 27,6 tys. w województwie śląskim i 1 219 w powiecie wodzisławskim oraz zrealizowano ponad 335,5 tys. wizyt fizjoterapeutycznych (odpowiednio ponad 28,6 tys. i 2 804). Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych wyniosła natomiast ponad 11,3 mln w Polsce, ponad 1 mln w województwie śląskim i ponad 54,5 tys. w powiecie wodzisławskim.

Zgodnie z MPZ na lata 2027-2031 „w 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa [śląskiego] skorzystało: 797 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 24% mniej niż średnio w Polsce), 888 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 42% więcej niż średnio w Polsce), 181 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 31% mniej niż średnio w Polsce), 8 023 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 1% mniej niż średnio w Polsce)". W ww. MPZ na lata 2027-2031 jednym z wyzwań systemu opieki zdrowotnej w województwie śląskim pozostaje „zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej".

Warto podkreślić, że w części projektu dot. uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu błędnie wskazano okres obowiązywania MPZ, tj. lata 2027-2033 zamiast 2027-2031.

Należy wskazać, że w 2026 r. na terenie Gminy Gorzyce umowy z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób przed 16 r.ż. nie posiada żaden świadczeniodawca.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne układu ruchu, u co najmniej 20% uczestników programu - dzieci i młodzieży z Gminy Gorzyce, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2027-2033".

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

Cel główny wydaje się możliwy do realizacji dzięki zaplanowanym w programie działaniom rehabilitacyjnym. Warto wskazać, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi lub skal umożliwiających pomiar tego efektu zdrowotnego.

W treści projektu wskazano również 2 cele szczegółowe:

(1) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70% dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie",

(2) „podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70% rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych 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.

Wszystkie przedstawione cele szczegółowe odnoszą się do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy wśród uczestników programu. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z zaplanowanymi działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów oraz załączono przykładowe testy, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Zaznaczono także, że uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi będzie wskazywać na wysoki poziom wiedzy.

W projekcie przedstawiono uzasadnienia dla wskazanych wartości docelowych w celu głównym i celach szczegółowych, które nie budzą zastrzeżeń.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

(1) „odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu (wyniki testów funkcjonalnych - różnica pomiędzy wynikiem uzyskanym na pierwszej wizycie oraz ostatniej wizycie)",

(2) „odsetek dzieci, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)",

(3) „odsetek rodziców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)".

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego.

Mierniki nr 2 i 3 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 1 i 2.

Należy wskazać, że ww. mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców Gminy Gorzyce w wieku do 18. r.ż. z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub obniżonego napięcia mięśniowego. Liczebność tej populacji oszacowano na ok. 4,1 tys. osób, nie wskazując roku, którego dotyczą dane. Natomiast zgodnie z informacjami GUS w 2025 r. w Gminie Gorzyce mieszkały 4 603 osoby w wieku do 18 r.ż. Na podstawie danych epidemiologicznych przyjęto, że problem wad postawy i/lub niepełnosprawności wynikającej z dysfunkcji narządu ruchu dotyczy ok. 50% dzieci, w związku z czym liczebność populacji docelowej oszacowano na 2 tys. osób. Jednocześnie z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, program ma objąć ok. 85 osób w całym okresie jego realizacji. Należy jednak zaznaczyć, że **dane dotyczące liczebności populacji są niespójne**, ponieważ w części budżetowej wskazano liczbę 126 osób oraz od 15 do 21 uczestników rocznie. Nie wiadomo zatem, jaka liczba osób ostatecznie zostanie objęta programem. W projekcie przewidziano także działania edukacyjne skierowane do zakwalifikowanych do programu dzieci powyżej 10. r.ż., „mogących uczestniczyć w tego rodzaju działaniach biorąc pod uwagę rodzaj ich niepełnosprawności" oraz do jednego z rodziców/opiekunów prawnych każdego dziecka. **Nie podano jednak liczby uczestników tych działań, co należy uzupełnić**.

Mając na względzie powyższe informacje, część dotycząca liczebności populacji docelowej programu wymaga doprecyzowania.

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 w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub Urząd Gminy w Gorzycach z powodu ww. problemów zdrowotnych.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży, obejmującej początkową i końcową wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne. Program zakłada także prowadzenie działań edukacyjnych dla rodziców/ opiekunów prawnych dzieci/młodzieży zakwalifikowanej do programu.

Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa

Początkowa wizyta fizjoterapeutyczna obejmie kwalifikację uczestnika do programu, w ramach której zostanie przeprowadzone badanie fizjoterapeutyczne oraz ocena funkcji układu ruchu z wykorzystaniem testów funkcjonalnych rekomendowanych przez Krajową Radę Fizjoterapeutów. Na tej podstawie zostanie opracowany indywidualny plan rehabilitacyjny.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Indywidualny plan rehabilitacyjny będzie uwzględniał rodzaj, liczbę i częstotliwość świadczeń określonych przez fizjoterapeutę podczas kwalifikacji do programu oraz procedury dobrane do indywidualnych wskazań pacjenta, o łącznej wartości 620 punktów (± 20 pkt) w całym cyklu obejmującym 11 świadczeń rehabilitacyjnych. Założono, że ww. plan będzie realizowany przez maksymalnie 8 tygodni, stosownie do indywidualnych potrzeb uczestnika i zgodnie z aktualnymi zaleceniami towarzystw naukowych. Wśród możliwych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych wskazano: zabiegi wymagające bezpośredniego zaangażowania fizjoterapeuty, kinezyterapię, terapię zajęciową, masaże oraz konsultacje specjalistyczne, w tym psychologiczne, pedagogiczne i logopedyczne.

Odnalezione wytyczne wskazują na zasadność stosowania kinezyterapii u dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy. Interwencje te powinny być realizowane w warunkach ambulatoryjnych przez odpowiednio wykwalifikowany i przeszkolony personel (SOSORT 2014). Podkreśla się również, że rehabilitacja powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, co zostało uwzględnione w projekcie programu (SOSORT 2024). Dodatkowo w wytycznych wskazuje się, że dzieci i młodzież mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Jednocześnie wskazano, że w przypadku wątpliwości dotyczących wpływu aktywności fizycznej na stan zdrowia dziecka z wadą postawy zaleca się przeprowadzenie konsultacji lekarsko-fizjoterapeutycznej w celu określenia ewentualnych przeciwwskazań do wykonywania określonych form aktywności ruchowej (SOSORT 2024, SRS/AAOS/POSNA/AAP 2015, SOSORT 2014, MZ 2009).

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane działania rehabilitacyjne 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 dla dzieci i młodzieży

Działania edukacyjne będą skierowane do uczestników w wieku co najmniej 10 lat i dostosowane do ich wieku. Obejmą jedno 45-minutowe spotkanie w grupach do 20 osób, prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Zgodnie z treścią programu, zajęcia dotyczyć będą następujących zagadnień: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, rola stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej. W ramach zajęć przeprowadzona zostanie ocena poziomu wiedzy uczestników przy użyciu pre- i post-testu. Do projektu załączono przykładowy test, co do którego nie ma uwag.

Odnalezione rekomendacje oraz eksperci kliniczni wskazują na zasadność realizacji działań informacyjno-edukacyjnych jako elementu profilaktyki i leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży. Ich celem powinno być promowanie codziennej aktywności fizycznej oraz nauka samodzielnego wykonywania ćwiczeń (SOSORT 2024, MZ 2009).

Również eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych w ramach PPZ. Powinny one dotyczyć zarówno dzieci, jak i rodziców/opiekunów prawnych. Dodatkowo, omawiane działania edukacyjne powinny być skoncentrowane na promowaniu aktywności fizycznej i prawidłowej ergonomii pracy/nauki oraz zachowań mających na celu obniżenie ryzyka wystąpienia wad postawy.

Działania edukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży

Działania edukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży będą realizowane w formie jednego 45-minutowego spotkania w grupach liczących maksymalnie 20 osób, prowadzonego przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Zakres tematyczny zajęć będzie odpowiadał zagadnieniom przewidzianym w ramach działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży. Dodatkowo uwzględnione zostaną kwestie związane z korzystaniem ze świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Zaplanowano również ocenę poziomu wiedzy przed i po zakończeniu działań. Do projektu załączono przykładowy pre/post-test, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Część rekomendacji wskazuje także na zasadność realizacji działań edukacyjnych wśród rodziców i/lub opiekunów prawnych dzieci. Edukacja ta powinna mieć na celu utrwalanie u dzieci dobrych nawyków oraz zachęcenie ich do regularnej aktywności fizycznej (SOSORT 2014).

Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa

Końcowa wizyta fizjoterapeutyczna, realizowana w ostatnim dniu udzielania świadczeń, obejmie ponowną ocenę funkcji układu ruchu z wykorzystaniem testów funkcjonalnych oraz przekazanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

W projekcie wskazano, że w ramach poszczególnych działań PPZ wymagane będzie uzupełnienie odpowiednich pól karty uczestnika programu.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu przeprowadzona zostanie na podstawie następujących wskaźników:

(1) „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie”,

(2) „liczba osób zakwalifikowanych do programu”,

(3) „liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”,

(4) „liczba dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych”,

(5) „liczba rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych”,

(6) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”,

(7) „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, opracowanej dla rodziców uczestnika programu, 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. Warto natomiast wskazać, że **nie określono konkretnych wymagań dla specjalistów odpowiedzialnych za realizację terapii zajęciowej oraz konsultacji psychologicznych, pedagogicznych i logopedycznych/neurologopedycznych**, mimo że świadczenia te zostały uwzględnione w ramach indywidualnego planu rehabilitacyjnego, **co wymaga uzupełnienia.**

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

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Należy natomiast zwrócić uwagę **na niespójności w zakresie oszacowania kosztów programu**. W części opisowej koszt uczestnictwa jednego pacjenta określono na 2 480 zł, natomiast w przedstawionej tabeli wskazano kwotę 1 965 zł. Ponadto przyjęte założenia, tj. 620 pkt i wartość punktu wynosząca 2,8 zł wskazują na koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego w wysokości 1 736 zł, podczas gdy w projekcie przyjęto kwotę 1 735 zł. Należy również zaznaczyć, że działania edukacyjne mają być skierowane wyłącznie do uczestników w wieku od 10 do 18 r.ż., którzy ze względu na rodzaj niepełnosprawności mogą w nich uczestniczyć, natomiast w budżecie liczbę działań edukacyjnych oszacowano na takim samym poziomie jak liczbę indywidualnych planów rehabilitacyjnych, tj. 126. Ponadto, jak wskazano w uwadze przedstawionej w części dot. populacji docelowej – program obejmie w całym okresie realizacji około 85 osób, natomiast w części budżetowej liczbę poszczególnych interwencji oszacowano na 126 osób/działań. W projekcie nie wyjaśniono przyczyn tej rozbieżności. W związku z powyższym **konieczna jest weryfikacja i ponowna kalkulacja budżetu programu**, **z uwzględnieniem przyjętej liczebności populacji docelowej, zakresu i liczby zaplanowanych interwencji oraz przedstawionych kosztów jednostkowych**, tak aby zapewnić spójność części budżetowej z pozostałymi założeniami projektu.

Budżet zawiera koszty monitorowania i ewaluacji PPZ. Zaznaczono także, że dopuszcza się możliwość ubiegania o środki NFZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na 265 090 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Gorzyce.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danej osoby. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia człowieka, postawa ciała ulega zmianom – największym w okresie jego wzrostu, wpływając tym samym na kondycję zdrowotną w dalszych latach życia. W wieku 7-10 lat, czyli w młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się wysoce biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana – może być najważniejszym czynnikiem rozwoju organizmu.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca wykrywanie zaburzeń układu ruchu, może być przeprowadzana u dzieci w ramach świadczeń gwarantowanych przez lekarza i pielęgniarkę POZ oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Świadczenia te powinny być realizowane w okresach szczególnie istotnych dla rozwoju dziecka, w tym m.in. w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej.

Interwencje z zakresu rehabilitacji 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.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Rekomendacje wskazują na zasadność wdrażania interwencji fizjoterapeutycznych (kinezyterapii) u dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy. Podkreśla się, że świadczenia powinny być realizowane w warunkach ambulatoryjnych przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, a zakres i przebieg terapii powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta (SOSORT 2024, SOSORT 2024).
- Wytyczne podkreślają znaczenie utrzymywania regularnej aktywności fizycznej przez dzieci i młodzież z wadami postawy. Wskazuje się, że mogą one uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym, natomiast w przypadku wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa określonych form aktywności zaleca się przeprowadzenie konsultacji lekarsko-fizjoterapeutycznej w celu identyfikacji ewentualnych przeciwwskazań (SOSORT 2024, SRS/AAOS/POSNA/AAP 2015, SOSORT 2014, SOSORT 2011, MZ 2009).
- Zgodnie z rekomendacjami działania informacyjno-edukacyjne stanowią istotny element profilaktyki i leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży. Powinny one promować regularną aktywność fizyczną oraz wspierać nabywanie umiejętności samodzielnego wykonywania ćwiczeń (SOSORT 2024, MZ 2009).
- Warto podkreślić, że rekomendacje zwracają szczególną uwagę na znaczenie edukacji zarówno dzieci, jak i ich rodziców lub opiekunów prawnych. Wskazuje się, że zwiększenie wiedzy na temat charakteru schorzenia, jego przebiegu oraz potencjalnych konsekwencji braku leczenia może przyczynić się do wzrostu motywacji do uczestnictwa w terapii i wykonywania zaleconych ćwiczeń. W uzasadnionych przypadkach zaleca się również rozważenie objęcia pacjenta wsparciem psychologicznym lub psychoterapeutycznym (SOSORT 2016).
- W celu zapobiegania lub ograniczenia postępu deformacji, zaleca się prowadzenie specyficznej fizjoterapii (PSSE, *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises*) jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej. Zaleca się, aby PSSE uwzględniała autokorekcję postawy w 3D, trening podstawowych czynności życia codziennego (ADL, *activities of daily living*), stabilizację prawidłowej postawy oraz edukację pacjenta. Wskazuje się, aby specyficzna fizjoterapia była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia, również w przypadku prowadzenia PSSE w małych grupach. Poziom trudności powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta, a nauka przeprowadzana indywidualnie (SOSORT 2016).

- W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W dokumencie podkreślono, że wybór strategii terapeutycznej powinien opierać się zarówno na zasadach medycyny opartej na dowodach naukowych, jak i na preferencjach pacjenta oraz jego opiekunów, z uwzględnieniem doświadczenia klinicysty w stosowaniu danego modelu postępowania.

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- Na podstawie metaanalizy Leite 2023 wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji aktywności fizycznej przez dzieci i młodzież cierpiących z powodu zaburzeń funkcjonalności układu mięśniowo szkieletowego, może wpłynąć na obniżenie intensywności odczuwanego przez nie bólu – SMD=-0,45 [95%CI: (-0,82; -0,08)]. Dodatkowo aktywność fizyczna u tych dzieci może także odgrywać istotną statystycznie rolę w obniżaniu odczuwanego przez nie stopnia niepełnosprawności – MD=-0,27 [95%CI: (-0,51; -0,02)].
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie Fisher 2022 wykazano, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, przy czym najbardziej wiarygodne dowody dotyczą terapii psychologicznych. Stwierdzono, że fizjoterapia wiązała się z redukcją bólu, ale zidentyfikowane dowody nie pozwalają na połączenie wyników w postaci metaanalizy. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, ale brak jest pewności co do wiarygodności tego efektu. Zgłoszono bardzo niewiele zdarzeń niepożądanych związanych z fizjoterapią (bardzo niska pewność dowodów) i nie stwierdzono różnic między grupami leczonymi i kontrolnymi.
- Autorzy przeglądu systematycznego Negrini 2008 stwierdzili, że ćwiczenia prowadzone metodą Schroth, Lyon i SEAS są skuteczne w redukowaniu wskaźnika progresji skoliozy. Dodatkowo stwierdzono, że ćwiczenia prowadzone ww. metodami są skuteczne w redukowaniu stosowania gorsetowania pacjentów. Wskazano także, że ćwiczenia fizyczne mogą być zalecane w celu zmniejszenia progresji skoliozy. Nie jest jednak możliwe dokładne określenie szczegółowego planu ćwiczeń z ich podziałem z uwagi na fakt, że plan ćwiczeń powinien być dopasowany indywidualnie do pacjenta.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci wskazują, że wady postawy stanowią poważne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe).

W opiniach podkreślono, że do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego.

Jak wskazują eksperci, postępowanie terapeutyczne musi być indywidualnie dostosowane do dziecka. Nie zaleca się realizacji grupowych zajęć korekcyjnych. Podkreślono, że skuteczność zajęć korekcyjnych musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów co badania wstępne.

Kluczowym elementem w profilaktyce wad postawy są działania edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbogacona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach.

dr n. med. Przemysław Rzodkiewicz

Zastępca Prezesa wykonujący zadania Prezesa Agencji

/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.451.65.2026 „Rehabilitacja lecznicza dzieci i młodzieży z terenu Gminy Gorzyce na lata 2027-2033"; data ukończenia: październik 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 141/2026 z dnia 26 października 2026 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza dzieci i młodzieży z terenu Gminy Gorzyce na lata 2027-2033".