



Opinia Rady Przejrzystości
nr 90/2025 z dnia 2 czerwca 2025 roku
w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań
przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz
warunków realizacji tych programów, dotyczących bólów kręgosłupa

Rada Przejrzystości uważa za zasadne finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej:

- 1. działań informacyjno-edukacyjnych,*
- 2. szkoleń dla personelu medycznego,*
- 3. szkoleń dla pracodawców,*
- 4. lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej,*
- 5. działań rehabilitacyjnych.*

Jednocześnie Rada wyraża pozytywną opinię o modelowym rozwiązaniu pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa” i sugeruje rozważenie stosowania go przez jednostki samorządu terytorialnego.

Uzasadnienie

Problem zdrowotny

W ramach opracowania Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, przeprowadzono analizę w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości lat życia skorygowanych niesprawnością DALY na 100 tys. ludności w 2019 r. W przypadku Rzeczypospolitej Polskiej trzecim w kolejności problemem zdrowotnym, które odznaczał się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY wskazano ból dolnego odcinka kręgosłupa (MPZ 2021).

W 2019 r. wartość wskaźnika lat przeżytych w niesprawności YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim bóle dolnego odcinka kręgosłupa) (MPZ 2021).

Inne choroby kręgosłupa (ICD-10: M48), inne choroby grzbietu niesklasyfikowane gdzie indziej (ICD-10: M53) oraz bóle grzbietu (ICD-10: M54) były w 2023 roku przyczyną 9 374 923 dni absencji chorobowej w pracy (BASiW 2025).

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań ankietowych w 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi osób

dorosłych (co najmniej 15 lat) były: wysokie ciśnienie krwi (niemal 27%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (blisko 26%) (GUS 2021).

Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

Informacje dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS oraz rehabilitacji leczniczej w zakresie związanym z bólami kręgosłupa nie zmieniły się od czasu wydania pierwotnego raportu.

W zakresie przewlekłych bólów kręgosłupa NFZ na swoich stronach internetowych opublikował zarówno materiały edukacyjne oraz filmy instruktarzowe dotyczące zapobieganiu temu problemowi. Ponadto opracowano aplikację mobilną na smartfony pod nazwą „Moje Fizjo+”.

W latach 2019-2023 Ministerstwo Zdrowia prowadziło program polityki zdrowotnej pod nazwą „Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój.

Pozostałe odnalezione rekomendacje:

- Dwie rekomendacje przedstawiają zalecane algorytmy diagnostyczne u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców: ogólny algorytm (VA/DoD 2022) i określający rodzaj/fenotyp bólu (BACPAP 2024).
- Eksperci zalecają, aby ocena pacjenta uwzględniała tzw. „czerwone flagi” oraz jego historię medyczną (VA/DoD 2022).
- Diagnostyka obrazowa i testy laboratoryjne zalecane są u osób z deficytami neurologicznymi, natomiast odradzane w rutynowym badaniu u osób z występującym bólem ostrym (ang. acute) (VA/DoD 2022).

W zakresie edukacji:

- Edukacja pacjentów z przewlekłym bólem pleców zalecana jest jako część interwencji wielokomponentowej (BACPAP 2024, WHO 2023, APTA 2021).
- Według organizacji VA/DoD nie ma wystarczających dowodów na skuteczność takich interwencji, jednak nie są też odradzane (VA/DoD 2022).

Do zalecanych interwencji fizycznych należą: ustrukturyzowane programy (ćwiczeń), terapie igłowe, masaż (WHO2023, VA/DoD 2022), terapia manipulacyjna kręgosłupa (WHO2023, VA/DoD 2022, APTA 2021), ćwiczenia fizyczne na mięśnie tułowia, ogólny trening fizyczny czy metoda neuromobilizacji (APTA 2021).

W ramach interwencji psychologicznych rekomenduje się możliwość dodatku interwencji psychologicznych u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka

pleców, jednak nie ma jednogłośnej zgodności co do konkretnych metod (BACPC 2024, WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021).

Jednocześnie rekomenduje się indywidualne podejście do pacjenta i doboru sposobu terapii ze względu na rodzaj/fenotyp bólu (BACPAP 2024) lub zgodnie z modelem biopsychospołecznym (WHO 2023, VA/DoD 2022).

Zgodnie z informacjami zawartymi w ramach odnalezionych rekomendacji i dowodach wtórnych, jednym z elementów profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa są działania informacyjno-edukacyjne. Zakres przekazywanych informacji w trakcie działań edukacyjnych może być zróżnicowany. Część z dostępnych rekomendacji zachęca osoby mające kontakt z pacjentem do edukowania go w zakresie m.in. neurobiologii bólu, czynników ryzyka występowania bólów kręgosłupa oraz korzyści wynikających z utrzymywania aktywnego trybu życia.

Oprócz działań edukacyjnych, dostępne rekomendacje i dowody naukowe wskazują także na istotność wdrożenia działań z zakresu aktywności fizycznej. Z uwagi na fakt, że przewlekłe bóle kręgosłupa nierzadko powiązane są z siedzącym trybem życia, brakiem aktywności fizycznej oraz nieprawidłową ergonomią codziennego funkcjonowania, rekomendacje podkreślają istotę rozpoczęcia ćwiczeń ukierunkowanych na wzmocnienie mięśni w obszarze występowania bólu. W ramach dostępnych badań wtórnych również wykazano, że realizacja poszczególnych form ćwiczeń (m.in. wzmacniających poszczególne partie mięśni, wzmacniających rdzeń ciała czy kontroli motorycznej) może prowadzić do istotnego statystycznie obniżenia poziomu odczuwanego bólu. Aktywności te mogą także doprowadzić do istotnego statystycznie zwiększenia zakresów ruchów pacjenta. Warto także podkreślić, że ćwiczenia ogólnorozwojowe jak pilates czy joga, również mogą przynieść pewne korzyści dla pacjenta w zakresie ograniczania obciążenia wynikającego z omawianego problemu zdrowotnego.

W ramach dostępnych rekomendacji, częstym elementem podejmowanym przez towarzystwa naukowe pozostaje kwestia działań z zakresu diagnostyki obrazowej (np. USG, RTG). Autorzy rekomendacji stosunkowo często wskazywali na istotę wdrożenia tych działań, głównie z uwagi na potrzebę identyfikacji źródła bólu, a następnie dostosowania ścieżki jego leczenia. Element ten jest nieodzowny, aby możliwe było skuteczne zarządzanie problemem zdrowotnym.

W ramach przeglądu odnaleziono także publikacje wskazujące na zasadność wdrożenia działań z zakresu fizykoterapii. Omawiane działania podejmowane są głównie u osób z już obecnymi przewlekłymi bólami kręgosłupa celem obniżenia poziomu odczuwanego bólu oraz zwiększenia zakresów ruchu danego obszaru anatomicznego. Dostępne dowody naukowe wskazują, że przynajmniej część dostępnych na rynku metod fizykoterapeutycznych może przynosić korzyści dla pacjenta w postaci obniżenia natężenia bólu.

Pewna część rekomendacji oraz dowodów wtórnych podejmowała także kwestie związane z efektywnością prowadzenia interwencji psychologicznych wśród osób z przewlekłymi bólami kręgosłupa. Zdaniem autorów rekomendacji jest to w pewnym stopniu zasadne, gdyż podłożem dla niektórych bólów kręgosłupa pozostają czynniki psychospołeczne występujące w środowisku życia czy pracy. Dostępne dowody wtórne z kolei nie są co do tej kwestii zgodne. W pewnej części publikacji wskazuje się na skuteczność takich interwencji w zakresie obniżania poziomu odczuwanego bólu, w innych natomiast (np. w porównaniu do standardowej fizjoterapii) takie działania mogą nie mieć istotnego statystycznie wpływu na ból. Istotnym determinantem mającym wpływ na skuteczność wspomnianych metod psychologicznych pozostaje podłoże objawów bólowych. Warto jednak nadmienić że brak jest informacji, które wskazywałyby na zasadność zastąpienia standardowego leczenia omawianym modułem.

Dowody naukowe

Edukacja

Interwencje edukacyjno-doradcze wykazały istotny statystycznie wpływ na zmniejszenie poziomu bólu w przewlekłym pierwotnym bólu krzyża. Jednakże w populacji osób starszych powyżej 60 r.ż. interwencja ta nie uzyskała istotnego statystycznie efektu (Southerst 2023).

Interwencje z zakresu edukacji na temat neurobiologii bólu istotnie statystycznie zmniejszały natężenie bólu u osób z przewlekłym bólem szyi. Jednak jako uzupełnienie innych interwencji terapeutycznych edukacja nie wykazała istotnie statystycznego wpływu na ból (Li 2024).

Ćwiczenia fizyczne

- Wykazano, że ćwiczenia: siłowe, łączone, ćwiczenia core, umysłowo-fizyczne oraz pilates, w porównaniu do braku interwencji lub standardowej opieki, istotnie statystycznie zmniejszają poziom bólu wśród osób dorosłych z przewlekłym bólem krzyża (Fernández-Rodríguez 2022).
- Terapia ruchowa (w tym: ćwiczenia aerobowe, joga, rozciąganie itp.) istotnie statystycznie obniżała poziom bólu w okresie do 3 mies. oraz w okresach obserwacji 6-12 tyg., 6 i 12 mies. (Hayden 2021).

Interwencje multikomponentowe

- Terapia ruchowa połączona z edukacją zdrowotną wśród pacjentów z nieswoistym bólem pleców, w porównaniu do ćwiczeń lub edukacji zdrowotnej (jako osobnych interwencji), wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu, niepełnosprawności i związanej z nim kinezyfobii (Hernandez-Lucas 2024a).

- *Uczestnictwo osób z nieswoistym bólem pleców w programie „Szkoła Pleców” wpływa istotnie statystycznie na zmniejszenie bólu w odcinku lędźwiowym i niepełnosprawności w porównaniu do braku interwencji lub innych interwencji terapeutycznych (Hernandez-Lucas 2024b).*
- *Różne typy aktywności fizycznej lub ćwiczeń mogą przynieść krótkookresowe obniżenie poziomu odczuwanego bólu, w perspektywie do 3 miesięcy. Jednocześnie nie jest możliwe wskazanie najlepszej formy ćwiczeń z uwagi na brak istotnych statystycznie różnic (Rasmussen-Bar 2023).*
- *Ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na obszar szyi, ramion i barków, trwające co najmniej 2 tygodnie, skutecznie obniżają poziom bólu i niepełnosprawności szyi u pracowników biurowych z objawami przewlekłego bólu szyi (Jones 2024).*

Fizykoterapia

- *Masaż w porównaniu z placebo lub interwencją pozorowaną nie wpływał istotnie statystycznie na natężenie bólu u osób dorosłych z bólem szyi. Natomiast w porównaniu z brakiem interwencji lub jako uzupełnienie innej interwencji, masaż istotnie statystycznie zmniejszał poziom odczuwanego bólu (Gross 2024).*
- *Interwencje z zastosowaniem metod rozluźniania mięśniowo-powięziowego nie wykazały istotnej różnicy w natężeniu bólu u osób dorosłych z przewlekłym bólem szyi (Guo 2023).*

Bezpieczeństwo

- *Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu wykonywania ćwiczeń mieszanych oraz ćwiczeń kontroli motorycznej przez osoby z przewlekłym bólem dolnego na szansę wystąpienia zdarzeń niepożądanych (Verville 2023a).*
- *Nie wykazano, aby terapie igłowe miały istotny statystycznie związek ze zmianą szansy wystąpienia zdarzeń niepożądanych wśród osób z przewlekłymi bólami dolnego odcinka pleców (Yu 2023).*
- *Masaż, w porównaniu z placebo lub interwencją pozorowaną, nie ma istotnego statystycznie związku ze zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia niewielkich/moło istotnych zdarzeń niepożądanych u osób z przewlekłymi bólami szyi (Gross 2024).*
- *Multikomponentowe metody zachowawcze (igłowanie, terapia behawioralno-poznawcza, edukacja ćwiczenia osobno lub w skojarzeniu) mogą być bezpieczne i skuteczne w zmniejszaniu bólu u osób z niespecyficznym bólem szyi (Castellini 2022).*

Opcjonalne technologie medyczne

Alternatywne metody realizacji działań profilaktycznych i leczniczych nacelowane są na przewlekłe bóle kręgosłupa. W ramach aktualnie obowiązujących wytycznych klinicznych oraz dostępnych wtórnych dowodów naukowych, możliwe jest realizowanie następujących interwencji:

- działania informacyjno-edukacyjne;
- działania z zakresu aktywności fizycznej;
- działania z zakresu diagnostyki obrazowej;
- fizykoterapia;
- interwencje psychologiczne.

Wskaźniki monitorowania i ewaluacji

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
- Odsetek osób we włączonych do programu zakładach pracy, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z włączonych do programu zakładów pracy, którzy wypełnili pre-test.

Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu:

- Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne.
- Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie.
- Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie.
- Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym.
- Liczba osób, które ukończyły szkolenie w zakładach pracy.
- Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej.
- Liczba osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne.
- Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie.

- Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów.

Ocena jakości świadczeń w ramach programu:

- Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

Ewaluacja:

- Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).
- Liczba świadczeniobiorców biorących udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).
- Liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga).
- Liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji.
- Liczba osób, które w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zostały skierowane na działania rehabilitacyjne.
- Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla pracodawców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).
- Liczba osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, u których doszło do poprawy sprawności funkcjonalnej po zakończeniu działań rehabilitacyjnych (ocena wstępna i końcowa za pomocą np. testu marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej).
- Liczba osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS).

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48aa ust. 1, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem z uwzględnieniem raportu w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań

przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów nr: OT.434.4.2025 „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa”; data ukończenia: czerwiec 2025.