



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 22/2026 z dnia 2 kwietnia 2026 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„REGIONALNY PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ – Zdrowe**  
**starzenie się – rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla**  
**mieszkańców Gminy Kamień Pomorski”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „REGIONALNY PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ Zdrowe starzenie się rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski w wieku od 50 do 80 lat z rozpoznaniem schorzenia z grupy: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów oraz następstwa urazów w obrębie narządu ruchu poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi oraz opiniami ekspertów klinicznych. Oceniany projekt zawiera interwencje fizykoterapeutyczne, balneoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych. Działania edukacyjne stanowią wartość dodaną dla programu.

Należy jednak zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji podkreśla w szczególności następujące kwestie dotyczące konieczności:

- uzupełnienia opisu problemu zdrowotnego o kwestie kluczowe dla projektu;
- przywołania prawidłowych danych dot. epidemiologii;
- prawidłowego zaplanowania celu głównego oraz celów szczegółowych, a także zaprojektowania odpowiadającym celom mierników efektywności;
- zaplanowania w projekcie elementów interwencji edukacyjnej pozwalających na weryfikację wzrostu wiedzy uzyskanej w ramach zaplanowanych działań np. w formie pre- i post-testów wiedzy;
- jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, planowanej do objęcia programem;
- uspołnienia kryteriów kwalifikacji oraz wyłączenia z programu oraz doszczegółowienia kryteriów w zakresie wieku uczestnika;
- doprecyzowania i uspołnienia opisu interwencji, wskazania czasu trwania terapii indywidualnej dla każdego uczestnika, specjalisty prowadzącego oraz czasu trwania edukacji, załączenia do programu przykładowej karty pacjenta oraz uzupełnienia opisu dot. poradnictwa dietetycznego w projekcie;
- zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- doprecyzowania informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych;
- zaplanowania przeprowadzenia konkursu ofert w kwestii wyboru realizatora programu
- przedstawienia wskaźników pozwalających na przeprowadzenie procesu ewaluacji;

- o uzupełnienia budżetu o koszty związane z działaniami edukacyjnymi oraz wizytami fizjoterapeutycznymi;
- o ponownego przeliczenia kwoty dla budżetu całkowitego programu.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Kamień Pomorski. W ramach programu zaplanowano realizację dwóch wizyt fizjoterapeutycznych, indywidualnego planu rehabilitacji oraz edukacji. Program skierowany jest do osób zameldowanych na terenie Gminy Kamień Pomorski w wieku od 50 do 80 lat z rozpoznaniem schorzenia z grupy: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów, następstwa urazów w obrębie narządu ruchu dla osób posiadających skierowanie na rehabilitację lub leczenie uzdrowskowe w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza rodzinnego lub specjalistę. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 1 800 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Kamień Pomorski (przy ewentualnym dofinansowaniu z Narodowego Funduszu Zdrowia). Realizację zaplanowano na lata 2025-2029.

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

W ramach opisu problemu zdrowotnego wskazano, że choroby przewlekłe, w tym choroba zwyrodnieniowa stawów, przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), są jednymi z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności, utraty jakości życia oraz kosztów społecznych i ekonomicznych w krajach rozwiniętych. Następnie odniesiono się do zabiegów borowinowych, przedstawiając definicję borowiny, informacji o jej wykorzystywaniu oraz mechanizmie działania. Kolejno wskazano, że zabiegi borowinowe są finansowane ze środków publicznych ramach pobytów: stacjonarnych (np. sanatoria, szpitale uzdrowskowe), ambulatoryjnych – w ramach cyklicznych wizyt w placówkach rehabilitacyjnych oraz dziennych o profilu rehabilitacyjnym – pozwalających pacjentom na codzienne uczestnictwo w zabiegach bez konieczności hospitalizacji. Należy więc podkreślić, że w opisie problemu zdrowotnego skoncentrowano się głównie na zabiegach borowinowych, a nie na samym problemie zdrowotnym, jakim jest niepełnosprawność, co należy poprawić.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, krajowe i regionalne. Powołano się na dane Światowej Organizacji Zdrowia z 2023 roku i wskazano, że na poziomie globalnym choroby układu mięśniowo szkieletowego stanowią główną przyczynę ograniczenia sprawności funkcjonalnej po 60. roku życia. W odniesieniu do sytuacji krajowej wskazano, że najczęściej występującą jednostką chorobową w kraju jest choroba zwyrodnieniowa stawów, obejmująca około 2 mln. pacjentów, z przewlekłymi bólami pleców, stawów i mięśni zmagają się około 9 mln. osób, w grupie powyżej 65. roku życia jest to blisko 50%. Odniesiono się również do danych dotyczących lecznictwa uzdrowskowego i rehabilitacji, wskazując, że w Polsce w 2023 roku funkcjonowało 257 zakładów lecznictwa uzdrowskowego, które przyjęły 903,8 tysiąca kuracjuszy, w tym 819,2 tysiąca w trybie stacjonarnym. Średni czas pobytu wynosił 15,9 dnia, a osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 56,1% wszystkich pacjentów. Natomiast w rehabilitacji stacjonarnej leczono 73 tysiące pacjentów, z czego 64,9 tysiąca w trybie stacjonarnym, przy średniej długości pobytu wynoszącej 13,6 dnia.

W odniesieniu do sytuacji regionalnej powołano się na dane pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wskazując, że w województwie zachodniopomorskim chorobowość w grupie osób w wieku 50-69 lat wynosi od 36 000 do 39 000 przypadków na 100 000 mieszkańców, natomiast w grupie powyżej 70. roku życia osiąga poziom 48 000-49 000 przypadków na 100 000 mieszkańców. W projekcie opisano, że roczna zapadalność utrzymuje się na stałym poziomie tj. ok. 10 500/100 000 nowych przypadków, natomiast śmiertelność w grupie wiekowej 50-69 lat jak i powyżej 70 r.ż. uległa obniżeniu. Warto podkreślić, że dane przedstawione w projekcie są błędne, gdyż nie są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzają informacje zawarte w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej i jakości życia mieszkańców Gminy Kamień Pomorski w wieku 50-80 lat poprzez zwiększenie dostępności do rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z dwóch odrębnych założeń. Pierwsze założenie dotyczy poprawy sprawności funkcjonalnej. W projekcie wskazano, że analiza stanu funkcjonalnego będzie dokonywana wg klasyfikacji ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), poprzez porównanie wyników wejściowych i wyjściowych (m.in. skala VAS, NRS, skale mobilności i samodzielności) co jest działaniem zasadnym. Drugie założenie dotyczy poprawy jakości życia, które zostanie poddane ocenie poprzez kwestionariusz satysfakcji. Należy podkreślić, że sformułowanie „subiektywna ocena poprawy przez pacjenta (kwestionariusz satysfakcji)” nie jest precyzyjne, ponieważ kwestionariusz satysfakcji dotyczy oceny jakości świadczeń udzielonych w programie, a nie stanu zdrowia czy efektów leczenia, dlatego w tym kontekście nie znajduje zastosowania. Dodatkowo do projektu nie załączono przykładowego kwestionariusza dotyczącego poprawy jakości życia pacjenta, przez co weryfikacja nie była możliwa. W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „zmniejszenie nasilenia dolegliwości bólowych i ograniczeń ruchomości u co najmniej 80% uczestników programu”;
- (2) „zwiększenie odsetka mieszkańców Gminy Kamień Pomorski w wieku 50-80 lat korzystających z leczenia uzdrowiskowego do poziomu 3% populacji rocznie (ok. 300 osób)”;
- (3) „podniesienie o 50% świadomości pacjentów na temat roli regularnej aktywności fizycznej w profilaktyce chorób układu mięśniowo-szkieletowego (np. wśród uczestników spotkania edukacyjnego w ramach działalności kamieńskiego Domu Seniora)”.

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 programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, składa się z dwóch odrębnych założeń odnoszących się do zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz ograniczeń ruchomości co wydaje się być elementem oceny funkcjonalnej. Ponadto nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Cel odnoszący się do zmniejszenia dolegliwości bólowych mógłby mieć brzmienie: „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej ...% uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne”. Dostępne są również inne wiarygodne narzędzia

umożliwiający subiektywne określenie nasilenia bólu przez pacjentów, tj. np. skala numeryczna NRS (ang. Numerical Rating Scale).

Cel szczegółowy nr 2 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego.

Cel szczegółowy nr 3 dotyczący podniesienia świadomości został sformułowany nieprawidłowo i jest w istocie niemierzalny. Możliwe byłoby zwiększenie poziomu wiedzy uczestników programu poprzez przeprowadzenie adekwatnych działań edukacyjnych i zaplanowanie przeprowadzenia pomiaru wzrostu nabytej wiedzy poprzez wykorzystanie pre- i post-testów. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Ponadto w celu szczegółowym nr 3 wskazano błędną liczbę procentową populacji (udział procentowy 300 osób z 5 841 osób to 5 %).

Należy podkreślić, że wszystkie cele szczegółowe zostały błędnie zaplanowane.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „100% pacjentów / uczestników programu, którzy zakończyli pełny cykl zabiegów”;
- (2) „odsetek uczestników z poprawą w zakresie ICF (minimum 1 stopień w kluczowych domenach)”;
- (3) „liczba mieszkańców 50-80 lat objętych programem rocznie i w całym okresie”;
- (4) „liczba rezygnacji z programu oraz ich przyczyny”.

Mierniki efektywności powinny być dobrane odpowiednio do zaplanowanych celów, 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.

Mierniki nr 1, 3 oraz 4 nie spełniają funkcji miernika efektywności, ale mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Jednocześnie nie jest możliwe przypisanie miernika nr 2 do celu szczegółowego nr 1, ponieważ cel ten został sformułowany w sposób nieprawidłowy. Ze względu na błędne sformułowanie wszystkich celów szczegółowych, żaden z mierników nie może pełnić funkcji miernika efektywności.

Dla zaproponowanego przykładowego celu odnoszącego się do dolegliwości bólowych, miernik mógłby brzmieć: „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).

#### Populacja docelowa

Program skierowany jest do osób zameldowanych na terenie Gminy Kamień Pomorski w wieku od 50 do 80 lat z rozpoznaniem schorzenia z grupy: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów, następstwa urazów w obrębie narządu ruchu, posiadające skierowanie na rehabilitację lub leczenie uzdrowiskowe w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza rodzinnego lub specjalistę. Zaznaczono, że liczba ludności w gminie w wieku od 50 do 80 lat wynosi 5 841 osób, jednak informacje przedstawione w projekcie nie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, które wskazują na 7 454 osób. Populację docelową oszacowano na poziomie ok. 1 460 osób. Natomiast w dziale dotyczącym budżetu założono, że liczba uczestników programu to ok. 1250-1500 osób w okresie 5 lat. Istnieją zatem pewne nieścisłości co do liczby populacji docelowej, która ma zostać włączona do PPZ, co należy poprawić.

W części dotyczącej kryteriów kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz kryteriów wyłączenia z programu polityki zdrowotnej wskazano, że do programu zostaną zaproszone osoby w wieku 50-80 lat zameldowane na terenie Gminy Kamień Pomorski, które uzyskały skierowanie na rehabilitację lub leczenie uzdrowskowe w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza rodzinnego lub specjalistę z rozpoznaniem schorzenia z grupy: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów, następstwa urazów w obrębie narządu ruchu (rekomendowane kody: ICD-10: M15–M19, M47, M50, M51, M96, T91–T93 oraz ICD-11: FA80.x (zwyrodnienia), NA80.x (następstwa urazów)), nie posiadają przeciwwskazań lekarskich do leczenia uzdrowskowego lub rehabilitacji oraz wyrażą pisemną zgodę do udziału w programie. Należy zaznaczyć, że kryteria wskazane w projekcie nie są spójne. W ogólnym opisie na str. 13 wskazano konkretne schorzenia, natomiast na str. 14, w kryteriach kwalifikacji, informacji tych już nie ma, a pojawia się jedynie zapis o pozytywnym badaniu kwalifikacyjnym.

Wśród kryteriów wyłączenia z programu wskazano: wiek poniżej 50 r.ż., obecność przeciwwskazań zdrowotnych do leczenia uzdrowskowego lub rehabilitacji, brak pisemnej zgody na udział w programie, niezamieszkiwanie na terenie gminy Kamień Pomorski, oraz wcześniejszy udział w programie polityki zdrowotnej. Warto zaznaczyć, że w odniesieniu do wieku, wnioskodawca nie wskazał kryterium wieku powyżej 80. roku życia.

W ramach kryteriów wyłączenia należy również uwzględnić zapisy dotyczące zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń, odnoszące się nie tylko do wcześniejszego uczestnictwa w podobnych PPZ, ale również korzystania ze świadczeń finansowanych ramach NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, co nie zostało zaznaczone w projekcie.

#### Interwencja

W programie zaplanowano kompleksową rehabilitację uwzględniającą pierwszą konsultację fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny, drugą konsultację fizjoterapeutyczną oraz działania edukacyjne (w tym poradnictwo dietetyczne).

#### *Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna (kwalifikująca)*

Zgodnie z treścią projektu, w trakcie pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej zostanie wykonane badanie wstępne oceny funkcjonowania, potwierdzające spełnianie warunków włączenia do programu w zakresie rozpoznania choroby. Wskazano, że badanie zostanie wykonane według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), przez fizjoterapeutę posiadającego kompetencje do samodzielnej oceny funkcjonalnej i obejmie całościową analizę stanu pacjenta w oparciu o struktury i funkcje ciała, poziom aktywności oraz czynniki środowiskowe wpływające na funkcjonowanie. Wyniki badania umożliwią dobór odpowiednich zabiegów dostosowanych do indywidualnych potrzeb i ograniczeń. Fizjoterapeuta ustali również cel funkcjonalny terapii, obejmujący zwiększenie zakresu ruchomości, redukcję dolegliwości bólowych lub poprawę samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności. Zgodnie z treścią programu, zostanie oceniona intensywność bólu w skali VAS oraz poziom funkcjonalny. Zgodnie z treścią PPZ, podczas wizyty dla każdego uczestnika zostanie opracowany indywidualny plan rehabilitacji, zawierający liczbę i rodzaj zabiegów fizjoterapeutycznych zleconych przez fizjoterapeutę. Wszystkie wyniki będą musiały zostać odnotowane w karcie uczestnika.

#### *Indywidualny plan rehabilitacyjny*

W ramach programu zaplanowano wdrożenie indywidualnego planu rehabilitacji, który zostanie określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów ustalonego podczas pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej. Każdy uczestnik będzie mógł skorzystać z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych, w schemacie 10 dni zabiegowych po maksymalnie 3 zabiegów dziennie. W PPZ wskazano również, że zakres świadczeń winien wynikać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W programie w ramach opisu interwencji wskazano następujące grupy zabiegów: kinezyterapię, fizykoterapię, balneoterapię, krioterapię, hydroterapię oraz pozostałe zabiegi (w tym: ultradźwięki i laseroterapię). Należy zaznaczyć, że w projekcie nie wskazano czasu trwania terapii indywidualnej, dla każdego z uczestników programu.

#### *Druga konsultacja fizjoterapeutyczna*

Zgodnie z treścią programu, podczas drugiej konsultacji fizjoterapeuta przeprowadzi końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego uczestnika po zakończeniu fizjoterapii. W ramach analizy fizjoterapeuta zestawia wyniki uzyskane na początku terapii z rezultatami końcowymi, wykorzystując między innymi takie narzędzia jak skala VAS oraz skale mobilności i samodzielności. Uczestnik programu na drugiej wizycie otrzyma zalecenia dotyczące kontynuacji ćwiczeń, wymaganej kontroli u lekarza POZ oraz zmiany stylu życia. Wskazano, że uwzględniona zostanie również subiektywna ocena pacjenta dotycząca odczuwanej poprawy, zgodnie z informacjami uzyskanymi z kwestionariusza satysfakcji oraz odczuwalnymi zmianami dotyczącymi jakości życia. Końcowa ocena efektów leczenia obejmie ocenę poprawy zdolności do wykonywania codziennych czynności oraz ewentualne zmniejszenie zapotrzebowania na farmakoterapię, w tym na niesteroidowe leki przeciwzapalne. Wszystkie wyniki zostaną odnotowane w karcie uczestnika. Należy zaznaczyć, że do projektu nie została załączona przykładowa karta pacjenta.

#### *Działania edukacyjne*

Zakończenie udziału w programie obejmuje krótkie spotkanie edukacyjne, podczas którego pacjent otrzymuje informacje dotyczące możliwości dalszej kontynuacji działań profilaktycznych, w tym udziału w lokalnych formach aktywności ruchowej, takich jak zajęcia grupowe, nordic walking czy programy przeznaczone dla osób starszych. W trakcie spotkania przekazywana zostanie również broszura zawierająca zalecenia dotyczące samodzielnego podtrzymywania efektów terapii, obejmujące między innymi zestawy ćwiczeń domowych, zasady ergonomii oraz zalecenia żywieniowe. Pacjent otrzymuje ponadto informacje o instytucjach i organizacjach działających na rzecz aktywizacji osób starszych w środowisku lokalnym, do których należą między innymi Uniwersytety Trzeciego Wieku, kluby seniora oraz poradnie oferujące wsparcie dietetyczne lub psychologiczne. Warto zaznaczyć, że w opisie interwencji nie wskazano przez jakiego specjalistę będą prowadzone zajęcia edukacyjne oraz ile czasu będą trwać. Ponadto nie zaplanowano przeprowadzenia testu wiedzy, co wymaga doprecyzowania. Natomiast opis tematyczny działań edukacyjnych przedstawiono w sposób zdawkowy. Dodatkowo należy podkreślić, że na stronie 16 projektu wskazano poradnictwo dietetyczne („redukcja masy ciała, dieta przeciwzapalna”) jako interwencję dodatkową (opcjonalną), jednak w pozostałej części projektu nie przedstawiono żadnych informacji, ani szczegółów dotyczących tego zagadnienia.

Należy również wskazać, że przedstawiony opis planowanych interwencji ma zbyt ogólny charakter i koncentruje się głównie na zaprezentowaniu katalogu działań wraz z ich efektami terapeutycznymi, a także jedynie wzmiankuje dodatkowe, opcjonalne elementy, takie jak edukacja pacjenta (szkoła kręgosłupa, ergonomia, techniki relaksacyjne) czy poradnictwo dietetyczne (redukcja masy ciała, dieta przeciwzapalna). Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych działań zostały rozproszone w różnych częściach projektu, co skutkuje niespójnościami oraz brakami w zakresie opisu planowanych interwencji.

Należy podkreślić, że część projektu poświęcona interwencjom powinna zawierać kompleksowy i spójny opis wszystkich planowanych w programie działań, uwzględniający szczegóły w zakresie czasu trwania, osób, które będą przeprowadzać daną interwencję oraz miejsca, gdzie będą one prowadzone. W tej części projektu zaleca się opisanie kampanii promującej program oraz działań edukacyjnych pozwalających uzyskać wzrost wiedzy uczestników programu oraz pomiar tego wzrostu.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane w programie interwencje fizykoterapeutyczne, balneoterapeutyczne 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.). Należy zaznaczyć, że wskazane zabiegi z zakresu leczenia uzdrowiskowego („kąpiele solankowe oraz okłady i zawijania borowinowe miejscowe”) mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, określonym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia

jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2024 poz. 529).

### 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 została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników: „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w PPZ”, „liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z przyczyn zdrowotnych”, „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie”, „liczba przekazanych i wypełnionych ankiet satysfakcji”. Wskaźniki te można uzupełnić o: „liczbę osób, które zakończyły udział w programie”. Dodatkowo można wykorzystać wskaźniki „100% pacjentów / uczestników programu, którzy zakończyli pełny cykl zabiegów”, oraz „liczba mieszkańców 50-80 lat objętych programem rocznie i w całym okresie” zaproponowane jako mierniki efektywności.

Ocena jakości świadczeń została zaplanowana na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz możliwość zgłaszania uwag przez uczestników do realizatorów w formie pisemnej. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, przez co weryfikacja nie była możliwa.

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem wskazanych w programie mierników efektywności oraz w oparciu o realizację celu głównego oraz celów szczegółowych na podstawie 7 zaproponowanych wskaźników. Mimo iż w projekcie wskazano, że ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co jest działaniem zasadnym, to ze względu na błędne sformułowanie zarówno mierników efektywności jak i zaproponowanych wskaźników, proces ewaluacji programu wydaje się niemożliwy do przeprowadzenia.

### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono opis etapów i działań podejmowanych w PPZ, sposób informowania oraz zakończenia udziału w programie. Należy wskazać, że odniesiono się w sposób zdawkowy do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Podkreślono, że świadczenia realizowane będą w „Uzdrowisku Kamień Pomorski” S.A. w Zakładzie Fizjoterapii „Mieszko” mieszczącym się przy ul. Wojska Polskiego 2 w Kamieniu Pomorskim. Warto zaznaczyć, że świadczenia będą realizowane przez świadczeniodawcę, który posiada umowę z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazano, że ośrodek spełnia wymagania lokalowe i kadrowe oraz posiada wyposażenie określone w przepisach dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i lecznictwa uzdrowiskowego. W niniejszym punkcie nie przedstawiono wymagań dotyczących personelu medycznego. Natomiast na str. 17 podkreślono, że konsultacje fizjoterapeutyczne muszą być realizowane przez „fizjoterapeutyczne i balneologiczne będą wykonywane wyłącznie przez personel posiadający wymagane kwalifikacje zawodowe i doświadczenie kliniczne, zgodnie z aktualnymi standardami postępowania w rehabilitacji i lecznictwie uzdrowiskowym”. Należy podkreślić, że nie wskazano również specjalisty, który będzie przeprowadzał działania edukacyjne. Dodatkowo należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) „w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert”, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Realizację programu zaplanowano na lata 2025–2029. Biorąc pod uwagę termin przekazania Programu do oceny (5.02.2026 r.), wskazany okres realizacji jest nieaktualny i wymaga korekty.

W budżecie wskazano koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Należy wskazać, że nie wyszczególniono kosztów działań edukacyjnych, a także kosztów pierwszej oraz drugiej wizyty fizjoterapeutycznej.

Koszt całkowity programu oszacowano na 1 800 000 zł. Należy jednak podkreślić, że całkowite koszty programu zostały oszacowane nieprawidłowo. Zgodnie z obliczeniami, przy założeniu rocznych wydatków na poziomie 377 500 zł, łączny koszt realizacji programu w perspektywie pięciu lat powinien wynosić 1 887 500 zł.

Program zostanie sfinansowany ze środków pochodzących z budżetu Gminy Kamień Pomorski. W projekcie wskazano również na możliwość pozyskania „dodatkowych środków finansowych m.in. z NFZ”.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

#### Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO 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”.

#### Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

### Alternatywne świadczenia

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). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu 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*

- 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).
- Starszym dorosłym (w wieku 65 lat i więcej) zaleca się to samo, co osobom w wieku 18-64 lata. Dodatkowo, 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 (WHO 2020).
- Cele opieki rehabilitacyjnej, które są oparte na indywidualnych potrzebach i priorytetach, muszą zostać opracowane we współpracy ze starszą osobą dorosłą żyjącą z lub zagrożoną słabością i ich partnerem/ami opiekującymi się. Plan opieki rehabilitacyjnej powinien przede

wszystkim zapobiegać pogorszeniu funkcjonowania organizmu i skupiać się na promocji zdrowia. 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 (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, ANZHFR 2014).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- 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).
- 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 (OPTIMa 2021).

#### *Zalecane interwencje*

- Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego i/lub kolanowego powinno mieć charakter indywidualny, być zgodne z życzeniami i oczekiwaniami danej osoby oraz uwzględniać: lokalizację reumatyzmu, czynniki ryzyka (takie jak wiek, płeć, choroby współistniejące, otyłość i niekorzystne czynniki mechaniczne), obecność stanu zapalnego, nasilenie zmian strukturalnych, poziom bólu, ograniczenie codziennych czynności, udział w życiu społecznym oraz jakość życia (EULAR 2013).
- Interwencje nefarmakologiczne, takie jak ćwiczenia dynamiczne i terapia zajęciowa, należy rozważyć jako uzupełnienie farmakoterapii pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów (EULAR 2016).
- Ogólna aktywność fizyczna wykazuje korzyści zdrowotne u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), zwyrodnieniową chorobą stawów, spondyloartrozą (SpA), reumatyzmem biodra (HOA) lub kolana (KOA). Zasady takiej aktywności są opisane w wytycznych American College of Sports Medicine (ACSM) i American Heart Association

(AHA) z roku 2017 (ACSM/AHA 2017) dotyczących ogólnych zasad wykonywania ćwiczeń fizycznych w ramach zdrowego trybu życia (EULAR 2018 A).

- Promowanie aktywności zgodne z ogólnymi zaleceniami ACSM/AHA powinno być integralną częścią standardowej opieki w całym przebiegu choroby u osób z RZS, SpA, HOA, KOA. A zatem 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  $\geq 10$  minut. Każda osoba dorosła powinna wykonywać czynności utrzymujące lub zwiększające siłę i wytrzymałość mięśni przez co najmniej 2 dni w tygodniu (EULAR 2018 A).
- Ze względu na zależność dawka-odpowiedź między aktywnością fizyczną i zdrowiem, osoby, które zechcą nadal poprawiać swoją sprawność fizyczną, zredukują ryzyko chorób przewlekłych i niepełnosprawności oraz/ lub zapobiegną niezdrowemu przybieraniu na wadze dzięki przekroczeniu minimalnych zalecanych dawek aktywności fizycznej (EULAR 2018 A).
- U każdego pacjenta z reumatyzmem dłoni należy rozważyć ćwiczenia poprawiające funkcję i siłę mięśni oraz zmniejszające ból. Ortezy należy rozważyć w celu złagodzenia objawów u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową podstawy kciuka. Zalecane jest długotrwałe stosowanie ortozy (EULAR 2018 B).
- Niefarmakologiczne metody leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego o potwierdzonej skuteczności obejmują: interwencje biomechaniczne, chodzenie o lasce, ćwiczenia terenowe (ćwiczenia siłowe, ruchowe, aerobowe, tai-chi), ćwiczenia w wodzie, ćwiczenia siłowe, samokontrolę i edukację, kontrolę masy ciała (EULAR 2018 B).
- Do metod niefarmakologicznego leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego o niepewnej (lub braku) skuteczności należą: TENS, elektroterapia, balneoterapia. Balneoterapia może jednak przynosić korzyści pacjentom z wielostawową chorobą zwyrodnieniową stawów i chorobami współistniejącymi (EULAR 2018 B).
- Sposoby realizacji wychowania ruchowego (np. zajęcia indywidualne, zajęcia grupowe itp.) oraz korzystanie z basenów lub innych placówek należy wybierać zgodnie z preferencjami osoby z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego lub kolanowego oraz ich lokalną dostępnością (EULAR 2013).
- Ważne zasady odnoszące się do wszystkich ćwiczeń obejmują: stosowanie się reguły „małe dawki, ale często”; łączenie schematów ćwiczeń z innymi codziennymi czynnościami (np. tuż przed porannym prysznicem lub posiłkami), tak aby stały się częścią stylu życia, a nie dodatkowymi wydarzeniami; rozpoczynanie ćwiczeń od poziomów, które mieszczą się w zakresie możliwości danej osoby oraz rozsądne „budowanie dawki” przez kilka miesięcy (EULAR 2013).
- Osoby z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego i/lub kolanowego należy uczyć regularnego, zindywidualizowanego (codziennego) schematu ćwiczeń, który obejmuje: ćwiczenia wzmacniające (ciągłe ćwiczenie izometryczne) obu nóg, w tym mięśni czworogłowych i proksymalnych mięśni obręczy biodrowej (niezależnie od lokalizacji lub liczby dotkniętych dużych stawów); aktywność i ćwiczenia aerobowe; dodatkowy zakres ćwiczeń ruchowych/rozciągających (EULAR 2013).
- Osoby z zapaleniem stawów, również z typem reumatoidalnym, powinni otrzymać zalecenia w zakresie prowadzenia działań z zakresu utrzymania odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej. Powinni oni także prowadzić zdrowy tryb życia poprzez spożywanie odpowiedniej

diety, unikanie stresu i używek oraz utrzymywać dobrą kondycję psychiczną (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).

- Profilaktyczna aktywność fizyczna prowadzona przez pacjenta chorego na zapalenie stawów może przyjmować zróżnicowane formy. W ramach rekomendacji podkreśla się możliwość realizacji tych działań poprzez ćwiczenia aerobowe, oporowe bądź ćwiczenia z grupy body&mind. Ćwiczenia mogą być także realizowane przy wsparciu fizjoterapeuty podczas terapii zajęciowej (ACR 2022, APTA 2021).
- W oparciu o ocenę stopnia zwyrodnienia stawów oraz intensywności bólu przy zapaleniu poszczególnych stawów (dłoni, kostek, stóp, kolan), zaleca się stosowanie odpowiednio dobranych ortez i stabilizatorów, aby utrzymać ich integralność oraz usztywnić je podczas codziennego funkcjonowania (ACR 2022).

#### *Edukacja pacjenta*

- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących (EULAR 2018 B, EULAR 2016, EULAR 2013). Każdemu pacjentowi należy też zapewnić edukację i szkolenie w zakresie zasad ergonomii, tempa aktywności i korzystania z urządzeń wspomagających (EULAR 2018 B).
- W ramach wspomagania edukacji mogą być stosowane programy ukierunkowane na radzenie sobie z bólem, niepełnosprawnością, utrzymanie zdolności do pracy oraz partycypację społeczną (EULAR 2016).
- Warunkami skuteczności edukacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego lub kolanowego są: jej zindywidualizowany charakter, uwzględniający postrzeganie choroby i możliwości edukacyjne danej osoby; uwzględnienie jej w każdym aspekcie zarządzania; konkretne odnoszenie się edukacji do natury choroby zwyrodnieniowej stawów (procesu naprawczego wywołanego szeregiem czynników uszkadzających), jej przyczyn (zwłaszcza tych odnoszących się do jednostki), jej konsekwencji i rokowania; jej wzmacnianie i rozwijanie podczas kolejnych spotkań klinicznych; oparcie na pisemnych i/lub innych rodzajach informacji (np. płyta DVD, strona internetowa, spotkanie grupowe) wybranymi przez daną osobę; objęcie edukacją (w stosownych przypadkach) partnerów lub opiekunów danej osoby (EULAR 2013).
- Edukacja na temat odchudzania, które odgrywa kluczową rolę w leczeniu reumatyzmu u pacjentów z nadwagą lub otyłością, powinna obejmować zindywidualizowane strategie, uznane za skuteczne w utracie wagi, np.: regularną samokontrolę, rejestrowanie miesięcznej masy ciała; zwiększenie aktywności fizycznej; postępowanie zgodnie z ustrukturyzowanym planem posiłków, który zaczyna się od śniadania; zmniejszenie spożycia tłuszczów (zwłaszcza nasyconych); zmniejszenie spożycia cukru; ograniczenie spożycia soli; zwiększenie spożycie owoców i warzyw (EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub RZS, 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 samzarządzania 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).

#### *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 innym 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 przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze 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.

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

Eksperci są zgodni, że istnieje zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. W ramach opinii eksperckich jeden z ekspertów wskazał, że w ramach PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna zostać 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. Przy czym, 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.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

PREZES

Daniel Rutkowski

*/dokument podpisany elektronicznie/*

### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 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.451.7.2026 „REGIONALNY PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ – Zdrowe starzenie się – rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski”; data ukończenia: marzec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 41/2026 z dnia 30 marca 2026 roku o projekcie programu „REGIONALNY PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ – Zdrowe starzenie się – rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski (2025–2029)”.