



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 30/2026 z dnia 22 kwietnia 2026 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino**  
**na lata 2026-2028”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

#### **Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców Gminy Będzino poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację tj.: wstępnej konsultacji fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz końcowej konsultacji fizjoterapeutycznej, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi i opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów. Należy wskazać, że w projekcie uwzględniono interwencje, które powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone. Na poparcie pozytywnego zaopiniowania programu również wpływa fakt, że na terenie gminy Będzino żaden świadczeniodawca nie posiada umowy z NFZ na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wartością dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń w ramach państwowego systemu opieki zdrowotnej są działania edukacyjne dla dzieci i rodziców dzieci uczestniczących w programie.

Należy zauważyć, że podobny program był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię negatywną (3/2026). Zgłoszone wówczas uwagi w większości zostały uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

Należy wskazać, że zaproponowane w programie interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych oraz są zgodne z opiniami ekspertów klinicznych ankietowanych przez Agencję. Wątpliwość budzi szeroko zaplanowana populacja docelowa (bez ograniczenia na wiek). Mimo, iż w programie pojawia się zapis o wieku aktywności zawodowej, to w projekcie nie zostało to jednoznacznie określone w kryteriach włączenia, co należy zaplanować. Należy zaznaczyć, że poszczególne grupy wiekowe charakteryzują się odmiennymi potrzebami zdrowotnymi w zakresie rehabilitacji oraz edukacji a także przeciwwskazaniami do stosowania odpowiednich metod rehabilitacji. Mając na uwadze powyższe, sugeruje się korektę zaplanowanej populacji docelowej oraz doprecyzowanie kryteriów formalnych programu.

Projekt zawiera również szereg drobnych uwag, które należy skorygować celem zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości. Należy więc uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- prawidłowego zaplanowania celów szczegółowych, a także zaprojektowania odpowiadającym celom mierników efektywności;
- zaprojektowanie adekwatnego do zaplanowanej populacji docelowej pre- i post-testu wiedzy, umożliwiającego weryfikację wzrostu nabytej wiedzy po udziale w interwencji edukacyjnej;
- zaplanowania prawidłowych mierników dla oceny ewaluacji, umożliwiających kompleksową ocenę efektywności programu;
- skorygowania niespójności dot. zapisów odnoszących się do przedstawienia rocznych kosztów realizacji PPZ.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Będzino. W ramach programu zaplanowano kompleksową rehabilitację, uwzględniającą 2 konsultacje fizjoterapeutyczne (wstępną i końcową), indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne. Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Będzino, którzy są zameldowani na jej terenie oraz uzyskają skierowanie na rehabilitację od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 360 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Będzino. Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2028.

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 odniesiono się do znaczenia rehabilitacji leczniczej jako integralnego elementu procesu terapeutycznego oraz jej wpływu na poprawę funkcjonowania i jakości życia pacjentów. Wskazano, że do najczęstszych problemów zdrowotnych wymagających rehabilitacji należą choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego. Podkreślono również, że brak odpowiedniego leczenia i rehabilitacji może prowadzić do rozwoju niepełnosprawności oraz negatywnych konsekwencji społecznych i zawodowych. Zwrócono także uwagę na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne związane ze starzeniem się populacji oraz wskazuje na rolę kompleksowej i ciągłej rehabilitacji w procesie leczenia.

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

W ramach opisu sytuacji epidemiologicznej przedstawiono dane światowe, europejskie, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne. Powołano się na dane WHO i wskazano, że każdego dnia w wyniku urazów zewnętrznych umiera około 14 tys. osób, co w skali roku odpowiada 5 milionom zgonów. Na poziomie europejskim oszacowano, że przewlekłe dolegliwości mięśniowo-szkieletowe dotyczą około 100 mln osób (30-40% populacji UE). W odniesieniu do sytuacji w Polsce powołano się na dane NFZ i wskazano, że w 2023 r. około 25% dorosłych miało rozpoznane choroby układu kostno-stawowego, co stanowi wzrost w porównaniu z wcześniejszymi latami. W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wskazując, że w 2023 roku ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało ponad 3 mln pacjentów. Na poziomie regionalnym, odniesiono się do danych pochodzących z poprzedniej edycji Map Potrzeb Zdrowotnych z 2018 r. dla województwa zachodniopomorskiego. Wskazano, że wartości zapadalności i chorobowości rejestrowanej dla chorób kręgosłupa oraz stawów były wyższe niż średnie krajowe. Dla chorób kręgosłupa zapadalność wyniosła 1 564,5/100 tys. mieszkańców, a chorobowość 14 475,0/100 tys.,

natomiast dla chorób stawów odpowiednio 1 613,4/100 tys. oraz 14 057,4/100 tys. mieszkańców. Ponadto wskazano, że w 2016 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano 19,37 tys. hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego (1 130/100 tys. mieszkańców), z czego największy udział stanowiły choroby stawów (38%), choroby kręgosłupa (24,5%), choroby układowe tkanki łącznej (15,3%) oraz choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich o charakterze niezapalnym (8,5%).

W kontekście opisu sytuacji epidemiologicznej sugeruje się na powoływanie na najbardziej aktualne źródła danych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej dla woj. zachodniopomorskiego wskazują na najniższe w kraju wskaźniki realizacji rehabilitacji ambulatoryjnej, w szczególności w zakresie fizjoterapii, mimo relatywnie dobrej dostępności infrastruktury rehabilitacyjnej (9. miejsce w kraju pod względem liczby ośrodków). Jako rekomendowane kierunki działań dla województwa wskazano na m.in. zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju) oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie)".

W odniesieniu do sytuacji lokalnej w Gminie, wykorzystano dane pochodzące z podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach NFZ oraz wywiadów z lekarzami. Wskazano, że około 17% wszystkich porad lekarskich dotyczy schorzeń, w których rehabilitacja stanowi istotny element leczenia. W analizowanej próbie 410 pacjentów z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego udzielono łącznie 3 580 porad w 2024 r., co odpowiada średnio 8,73 wizyty na pacjenta rocznie.

Należy wskazać, że uzupełniając opis problemu zdrowotnego, referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, a także opis sytuacji epidemiologicznej korespondującej z danym problemem zdrowotnym, uwzględniono uwagi zawarte w Opinii Prezesa Agencji nr 3/2026 z 13.01.2026 r.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej 20% uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne na terenie gminy Będzino w latach 2026-2028*”.

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 prawidłowo i wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami z zakresu rehabilitacji leczniczej, tym samym uwzględniono uwagę zawartą w Opinii Prezesa Agencji nr 3/2026 z 13.01.2026 r. W projekcie zaplanowano ocenę stanu funkcjonalnego przy wykorzystaniu skali VAS przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co pozwoli na ocenę efektywności działań fizjoterapeutycznych w programie.

W projekcie zaproponowano 8 celów szczegółowych:

- (1) „*wdrożenie działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych u 300 mieszkańców gminy, u których zdiagnozowano schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego, u osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego podczas trwania programu*”;
- (2) „*poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 20% uczestniczących w programie mieszkańców gminy Będzino w latach 2026-2028*”;

- (3) „zwiększenie o co najmniej 30% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach realizacji programu”;
- (4) „wzrost o 30% liczby osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych”;
- (5) „zmniejszenie, w okresie realizacji Programu, liczby osób rezygnujących z aktywności zawodowej, z powodu rozwoju schorzeń – 5 osób”;
- (6) „przyśpieszenie powrotu na rynek pracy 5 osób, które utraciły sprawność w wyniku chorób układu ruchu poprzez wdrożenie rehabilitacji”;
- (7) „przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu mieszkańców gminy Będzino poprzez utworzenie ośrodka rehabilitacji”;
- (8) „poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej na terenie gminy Będzino w okresie realizacji programu poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej”.

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.

Cele nr 1 oraz nr 8 zostały sformułowane nieprawidłowo, ponieważ nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo wdrożenie działań czy zwiększenie dostępności, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ.

Cel szczegółowy nr 2 został sformułowany nieprawidłowo i zbyt ogólnie, ponieważ odnosi się jednocześnie do dwóch efektów zdrowotnych, dodatkowo częściowo powiela założenia celu głównego. W projekcie również nie wskazano narzędzi pomiarowych umożliwiających ocenę poszczególnych efektów zdrowotnych oraz nie zdefiniowano, w jaki sposób rozumiana będzie poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych. Do projektu załączono ankietę ewaluacyjną, jednak nie spełnia ona kryteriów zwalidowanego narzędzia pomiarowego.

Cel szczegółowy nr 3 został zaplanowany prawidłowo. W treści projektu zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, nie załączono jednak przykładowego testu wiedzy, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Dla celu zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „minimum 60% poprawnych odpowiedzi” oraz pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników jako co najmniej 30%.

Cel szczegółowy nr 4 został sformułowany prawidłowo. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie wskazano narzędzi pomiarowych oceniających wzrost aktywności fizycznej, takich jak np. Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ).

Cele szczegółowe nr 5 i 6 zostały sformułowane nieprawidłowo. Realizacja tych celów zależy od wielu czynników niezwiązanych bezpośrednio z interwencją.

Cel szczegółowy nr 7 został sformułowany nieprawidłowo w postaci działania.

W projekcie uzasadniono wskazane wartości docelowe celu głównego i celów szczegółowych podkreślając, że przyjęto je na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta. Należy jednak wskazać, że w projekcie nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono treści rekomendacji eksperta.

Należy wskazać, że w stosunku do poprzedniej edycji programu jedynie częściowo uwzględniono uwagę dot. celów szczegółowych zawartą w Opinii Prezesa Agencji nr 3/2026 z 13.01.2026 r.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek liczby osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym ( $VAS^1$ ) oraz ostatnim dniu ( $VAS^0$ ) otrzymywania świadczeń w programie ( $VAS^0 < VAS^1$ ) o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica)”;
- (2) „liczba mieszkańców gminy uczestniczących w realizowanym programie”;
- (3) „liczba mieszkańców gminy, u których przeprowadzono badania wstępne”;
- (4) „liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, z określeniem wieku i typu schorzenia”;
- (5) „liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej”;
- (6) „poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 20% uczestniczących w programie mieszkańców gminy Będzino w latach 2026-2028”;
- (7) „liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, która na skutek udziału w projekcie zaczęła wykonywać samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych i innych formach aktywności ruchowej”;
- (8) „odsetek osób, u których w post-*teście* odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu (minimum 60% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-*test*”;
- (9) „liczba osób, które na skutek udziału w programie, osiągnęły poprawę swojego stanu zdrowia na tyle, że nie zrezygnowała z dotychczasowej aktywności zawodowej”;
- (10) „liczba osób, która na skutek udziału w projekcie i wdrożeniu rehabilitacji poprawiły swoją sprawność i stan zdrowia i szybciej powróciły na rynek pracy”.

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 jeden miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Mierniki nr 1 i nr 8 zostały zaplanowane prawidłowo. Natomiast pozostałe przedstawione wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, jednak część z nich może zostać wykorzystana w ramach monitorowania (wskaźniki nr 2-5).

#### Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Będzino, którzy są zameldowani na jej terenie oraz uzyskają skierowanie na rehabilitację od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych otrzymanych od lekarzy POZ pracujących na terenie gminy i określono jako 410 pacjentów rocznie, jednak, ze względu na ograniczenia finansowe program skierowany zostanie do 100 osób rocznie, co w całym okresie realizacji programu odpowiada 300 osobom.

W projekcie w większości zaplanowano prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia z programu, jednak w dalszym ciągu nie odniesiono się do kwestii wieku populacji objętej programem. W programie pojawia się zapis o wieku aktywności zawodowej jednak nie zostało to jednoznacznie określone w kryteriach włączenia. Należy wskazać, że zaproponowana w ten sposób populacja docelowa jest zbyt szeroka. Różne grupy wiekowe np. niemowlęta czy osoby starsze wymagają odmiennych metod rehabilitacji. Zasadne byłoby wyodrębnienie

poszczególnych grup wiekowych i przypisanie im dedykowanych, dostosowanych interwencji lub zawężenie populacji np. do osób pełnoletnich. W opisie kryteriów kwalifikacji i wyłączenia należy uwzględnić odpowiednie zapisy odpowiadające wiekowi populacji docelowej. Ponadto w przypadku dopuszczenia do udziału w programie osób poniżej 18. roku życia, należy uwzględnić w kryteriach formalnych konieczność uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego (rodzica lub opiekuna prawnego) na udział w programie.

W projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. wyłączenia z programu tj. korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych (w szczególności NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON) w okresie 6 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do programu lub posiadanie zaplanowanych świadczeń w okresie miesiąca od zgłoszenia.

Należy wskazać, że uzupełniając opis populacji docelowej o kwestie dot. jednoznacznego wskazania liczebności populacji docelowej, planowanej do objęcia programem czy uzupełnienia kryteriów kwalifikacji i wyłączenia z programu i zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń, częściowo odniesiono się do uwagi zawartej w opinii 3/2026 r. z dnia 13.01.2026 r. Uwaga również dotyczyła uzupełnienia kryteriów formalnych o wiek uczestnika mogącego uczestniczyć w programie, jednak ten aspekt w dalszym ciągu nie został uwzględniony.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano kompleksową rehabilitację, uwzględniającą 2 konsultacje fizjoterapeutyczne (wstępna i końcowa), indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

### Wstępna konsultacja fizjoterapeutyczna

Podczas wizyty fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad z pacjentem, badanie fizjoterapeutyczne oraz dokona analizy dokumentacji medycznej dostarczonej przez uczestnika programu. Wizyta ma na celu kwalifikację uczestnika do udziału w programie, a także ocenę jego stanu funkcjonalnego, stanowiącą podstawę do zaplanowania dalszego postępowania terapeutycznego. W trakcie wizyty opracowany zostanie indywidualny plan rehabilitacyjny, uwzględniający wskazany przez fizjoterapeutę rodzaj oraz liczbę. Ponadto uczestnik otrzyma informacje dotyczące charakteru i przebiegu choroby, a także zostanie objęty edukacją w zakresie postępowania terapeutycznego, w tym samoleczenia oraz funkcjonowania w przypadku chorób współistniejących.

### Indywidualny plan rehabilitacyjny

W projekcie wskazano, że każdy z uczestników zostanie skierowany na 10-dniowy cykl rehabilitacyjny, w ramach którego realizowane będzie średnio od 3 do 5 procedur rehabilitacyjnych dziennie, obejmujących zabiegi z zakresu kinezyterapii oraz fizykoterapii, dobierane zgodnie z istniejącym problemem zdrowotnym. Jednocześnie wskazano, że świadczenia będą realizowane dwa razy w tygodniu w formie 60-minutowych sesji, a łączny czas trwania cyklu wyniesie około 5 tygodni. Plan rehabilitacyjny obejmować będzie procedury dobrane indywidualnie spośród katalogu świadczeń przedstawionych w projekcie. W ramach fizykoterapii przewidziano zastosowanie m.in. elektroterapii (jonoforeza, galwanizacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, TENS, elektrostymulacja, prądy Träberta), magnetoterapii (pole magnetyczne niskiej częstotliwości), laseroterapii (laser biostymulujący), światłolecznictwa (Sollux), ultrasonoterapii (ultradźwięki, ultrafonoforeza) oraz zabiegów z zakresu diatermii krótkofalowej i terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości. W zakresie kinezyterapii plan obejmować będzie m.in. ćwiczenia czynne, czynno-bierne i bierne, ćwiczenia w obciążeniu i z oporem, ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające oraz izometryczne, a także naukę czynności lokomocyjnych i ćwiczenia indywidualne z wykorzystaniem metod specjalistycznych, takich jak PNF, metoda McKenziego oraz kinesiotaping. Dodatkowo dla chętnych uczestników przewidziano możliwość udziału w zajęciach grupowych z zakresu gimnastyki leczniczej, przy czym każdy uczestnik będzie mógł

wziąć udział w jednym cyklu trwającym 10 godzin. W toku realizacji programu zaplanowano łącznie 20 takich cykli. Czas trwania pojedynczego spotkania rehabilitacyjnego będzie uzależniony od rodzaju schorzenia oraz stosowanych procedur, a zabiegi będą realizowane pod nadzorem osób posiadających odpowiednie kwalifikacje. W pierwszym i ostatnim dniu otrzymywania świadczeń przeprowadzona zostanie ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.

#### Działania edukacyjne

W ramach programu realizowane będą działania edukacyjne prowadzone przez fizjoterapeutę, zarówno w formie grupowej, jak i indywidualnej. Edukacja obejmować będzie zagadnienia związane z promocją zdrowego stylu życia dotyczące prawidłowej diety, roli aktywności fizycznej, a także wpływu stresu oraz używek na stan zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników wpływających na stan układu kostno-stawowego. Zajęcia grupowe prowadzone będą w grupach liczących maksymalnie 20 uczestników, przy czym w trakcie ich trwania uczestnicy będą mieli możliwość zadawania pytań, a osoba prowadząca będzie udzielać odpowiedzi zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W programie zaplanowano 15 spotkań edukacyjnych w formie grupowej, z których każde będzie trwało 2 godziny. W ramach edukacji zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, nie załączono jednak przykładowego testu wiedzy, zatem nie było możliwości jego weryfikacji. Do projektu załączono ankietę ewaluacyjną, jednak należy zaznaczyć, że nie spełnia ona kryteriów zwalidowanego narzędzia pomiarowego ani testu wiedzy. Edukacja indywidualna realizowana będzie w trakcie konsultacji fizjoterapeutycznych (wizyta wstępna oraz końcowa).

Należy wskazać, że w odniesieniu do poprzedniej wersji programu, w aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono wszystkie uwagi z Opinii Prezesa nr 3/2026 z dnia 13.01.2026 r. dotyczące opisu planowanych interwencji. Kwestią do dopracowania jest zaprojektowanie adekwatnego do zaplanowanej populacji docelowej pre- i post-testu wiedzy.

#### Kończowa konsultacja fizjoterapeutyczna

Po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego oraz edukacji przeprowadzona zostanie indywidualna porada fizjoterapeutyczna, w trakcie której fizjoterapeuta omówi dotychczasowy stan pacjenta oraz przekaze zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym zaprezentuje przykładowe ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych. Ponadto podczas wizyty końcowej uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie kwestionariuszy oceny uzyskanych efektów realizowanych działań w programie, w tym oceny satysfakcji z udziału w programie.

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

#### 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: „liczby osób biorących udział w Programie”, „liczby osób, które nie zostały objęte działaniami Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów”, „liczby osób, które zrezygnowały z własnej woli z udziału w Programie w trakcie jego trwania”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę wstępną”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali końcową wizytę fizjoterapeutyczną”, „liczby świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji”, „liczby wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów”, „liczby osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych” oraz „liczby osób, które uczestniczyły w grupowych zajęciach z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii).

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników programu. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, co do którego nie ma uwag.

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, jednak w większości zaproponowane wskaźniki nie mają zastosowania w procesie ewaluacji. Jedynie dwa wskaźniki tj. „odsetek liczby osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS<sup>1</sup>) oraz ostatnim dniu (VAS<sup>o</sup>) otrzymywania świadczeń w programie (VAS<sup>o</sup> < VAS<sup>1</sup>) o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica)” oraz „odsetek osób, u których w post-terapii odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu” mogą zostać wykorzystane w procesie ewaluacji. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co częściowo zostało uwzględnione w projekcie. Jednak w związku z niewielką liczbą prawidłowo zaplanowanych mierników, przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności programu może być w istocie utrudnione. Proponując ww. wskaźniki dot. oceny zgłaszalności oraz poprawiony wzór ankiety satysfakcji odniesiono się do uwagi z Opinii Prezesa nr 3/2026 z dnia 13.01.2026 r. Należy jednak wskazać, że nie uwzględniono sugestii dot. procesu ewaluacji, ponieważ większość wskaźników w dalszym ciągu została zaplanowana nieprawidłowo.

#### Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Należy wskazać, planując budżet odniesiono się do uwagi z Opinii Prezesa 3/2026 z 13.01.2026 r. i zaplanowano koszty ewaluacji, monitorowania oraz akcji informacyjno-promocyjnej.

W opisie budżetu zidentyfikowano pewną niespójność w zakresie rocznych kosztów realizacji PPZ. W punkcie „koszty całkowite (w zł polskich brutto)” przedstawiono koszty w podziale na lata 2026-2028 w kwocie 12 800 zł dla roku 2027 oraz 2028, co jest niezgodne z pozostałymi wartościami.

Dodatkowo w części dotyczącej budżetu odniesiono się do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podczas gdy właściwą podstawę prawną dla realizacji programów polityki zdrowotnej stanowi ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

Koszt całkowity programu oszacowano na 360 000 zł.

Program zostanie sfinansowany ze środków pochodzących z budżetu Gminy Będzino.

#### **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 zawrzeć w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samodzielnego zarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).
- 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).

#### *Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej*

- W przeglądzie systematycznym Price 2022 wykazano, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innymi ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznana.
- W większości z 28 RCT włączonych do 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*

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. Eksperti 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 (łączny czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia.

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.451.19.2026 „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”; data ukończenia: kwiecień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 74/2026 z dnia 21 kwietnia 2026 roku o projekcie programu „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”.