



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 32/2026 z dnia 30 kwietnia 2026 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej**  
**mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”**

Po zapoznaniu się z projektem programu oraz uwzględniając opinię Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

#### **Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest niepełnosprawność w kontekście choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla pełnoletnich mieszkańców gminy Dębica Kaszubska poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację, tj.: wizyty fizjoterapeutycznej oraz indywidualnego planu rehabilitacyjnego obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych, 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 Dębica Kaszubska 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 uczestników programu.

Projekt został opracowany prawidłowo. W celu realizacji programu na jak najwyższym poziomie należy pochylić się nad zapisami kryteriów wyłączenia z programu. Odnosząc się do finansowania ocenianego programu należy zwrócić uwagę, że przeniesienie niektórych kosztów na pacjenta (50% dopłaty po stronie uczestnika) może wpłynąć na zgłaszalność do programu. Ponadto ujęcie takiej opłaty będzie dodatkowym kryterium kwalifikacji do PPZ, które może mieć wpływ na wielkość populacji.

#### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez gminę Dębica Kaszubska. Populację docelową stanowią mieszkańcy gminy Dębica Kaszubska, którzy ukończyli 18 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. W ramach programu zaplanowano realizację wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego obejmującego cykl zabiegów fizjoterapeutycznych oraz działania edukacyjne. Okres realizacji programu zaplanowano na lata 2026-2027. Łączny szacowany koszt programu oszacowano na 400 200 zł (200 100 zł w roku 2026 i 200 100 zł w roku 2027). Program ma zostać sfinansowany

ze środków Gminy Dębica Kaszubska i dopłat własnych pacjentów (ewentualne dofinansowanie ze środków Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia).

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 definicji rehabilitacji, a także najczęściej stosowanych metod. Wskazano, że do najczęstszych problemów zdrowotnych wymagających rehabilitacji należą choroby przewlekłe układu ruchu, urazy oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego. W projekcie podkreślono również, iż rehabilitacja lecznicza stanowi integralny element kompleksowego procesu terapeutycznego w przypadku schorzeń ograniczających sprawność organizmu oraz wskazano jej istotną rolę w postępowaniu terapeutycznym.

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

W ramach opisu sytuacji epidemiologicznej przedstawiono dane ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne. Powołano się na dane WHO z 2024 roku i wskazano, że każdego roku na świecie z powodu urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. W kontekście sytuacji krajowej powołano się na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) podkreślając, że w 2024 roku ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 3 mln pacjentów, a wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej wynosił 8 495 na 100 tys. mieszkańców. W województwie pomorskim wskaźnik ten osiągnął poziom 8 867 na 100 tys., a w powiecie słupskim – 9 139 na 100 tys. mieszkańców. W kontekście liczby udzielonych świadczeń, w 2024 roku w Polsce udzielono ponad 1,65 mln porad lekarskich rehabilitacyjnych (4 419/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 102,3 tys. (4 339/100 tys.), a w powiecie słupskim 5,2 tys. (5 421/100 tys.). Powołano się na dane dotyczące wizyt fizjoterapeutycznych i wskazano, że w Polsce zrealizowano 5,98 mln wizyt (15 967/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 405 tys. (17 167/100 tys.), natomiast w powiecie słupskim 21,9 tys. wizyt (22 925/100 tys.). Przedstawiono również dane dotyczące liczby zabiegów fizjoterapeutycznych, których w skali kraju wykonano ponad 279,8 mln (746 368/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 18,6 mln zabiegów (791 957/100 tys.), a w powiecie słupskim prawie 1,1 mln zabiegów (1 133 768/100 tys.).

W Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa pomorskiego w zakresie rehabilitacji medycznej w warunkach ambulatoryjnych wskazano na konieczność podjęcia systematycznych działań w celu zwiększenia zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych nakierowanych na utrzymanie liczby osób pracujących będących w wieku produkcyjnym oraz na dalszy rozwój bazy ośrodków rehabilitacji domowej, w szczególności w powiatach, w których ten rodzaj świadczeń nie jest dostępny. W części dotyczącej wyzwań systemu opieki zdrowotnej podkreślono, że obecna infrastruktura jest niewystarczająca do zaspokajania aktualnych oraz przyszłych potrzeb osób wymagających rehabilitacji, ze względu na długi czas oczekiwania na wizytę specjalisty oraz niski odsetek pacjentów rehabilitowanych.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) według skali VAS u co najmniej 30% uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu

ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2027”.

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. 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 uzasadniono wartości docelowe, wskazując, że przyjęto je na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów, jednak nie opisano ww. doświadczeń innych JST, ani też nie przytoczono treści dialogu.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy: „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70% osób z populacji docelowej w latach 2026-2027”.

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 został sformułowany prawidłowo. W treści projektu zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy oraz załączono przykładowy testy wiedzy, do którego nie ma uwag. Dla celu zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „minimum 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście” oraz pożądaną wartość wzrostu wiedzy uczestników jako co najmniej 20%. Podobnie jak w celu głównym, uzasadniono przyjęte wartości docelowe, odwołując się do doświadczeń innych samorządów oraz konsultacji z potencjalnymi realizatorami, jednak nie przedstawiono dokumentacji potwierdzającej te informacje.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)”;
- (2) „odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”.

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 efektywności zostały zaplanowane prawidłowo i korespondują z zaproponowanymi w programie celami.

### Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Dębica Kaszubska, którzy ukończyli 18 r.ż. z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych epidemiologicznych i określono jako 660 pacjentów, jednak, ze względu na ograniczenia finansowe program skierowany zostanie do 290 osób.

W projekcie w większości zaplanowano prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia z programu. Należy jednak podkreślić, że mimo uwzględnienia w kryteriach włączenia zapisu dot. wieku uczestnika, tj. osoby, które ukończyły 18 r.ż., to analogicznie należy zaplanować kryteria wyłączenia z programu dodając zapis dot. wieku poniżej 18. roku życia. Należałoby również uwzględnić zapis wykluczający osoby, u których stwierdzono występowanie przeciwwskazań lekarskich do rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach programu.

W projekcie zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. wyłączenia z programu: korzystanie w danym roku kalendarzowym ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców gminy Dębica Kaszubska. Dodatkowo uczestnik programu przed przystąpieniem do udziału zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o niekorzystaniu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej o analogicznym charakterze finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, PEFRON, ZUS, KRUS lub z innych środków publicznych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (weryfikowane na podstawie oświadczenia).

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano kompleksową rehabilitację, uwzględniającą wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne.

### Wizyta fizjoterapeutyczna

Wizyta obejmie kwalifikację uczestnika do programu, poprzez potwierdzenie rozpoznania przewlekłej lub zapalnej choroby układu ruchu, urazu bądź schorzenia obwodowego układu nerwowego. Ocena ta będzie przeprowadzana na podstawie badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza podstawowej opieki specjalistycznej (POZ) albo specjalisty. Dodatkowo zostanie ocenione nasilenie dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS. Wizyta ma na celu sporządzenie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

### Indywidualny plan rehabilitacyjny

W treści PPZ wskazano, że zabiegi uwzględnione w planie rehabilitacyjnym zostaną wybrane w oparciu o indywidualne wskazania pacjenta o łącznej sumie  $550 \pm 10$  pkt na cały cykl rehabilitacyjny. Cykl zaplanowano na 10 dni po ok. 4-5 zabiegów dziennie. Wśród możliwych zabiegów realizowanych w programie wskazano: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1 (36,49 pkt), zabiegi kinezyterapii (8,55 pkt), ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe (3,21 pkt), zabiegi fizykalne (5,27 pkt), zabieg masażu (18,25 pkt), zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody (10,24 pkt). Ocena punktowa została przedstawiona zgodnie z taryfikacją zawartą w Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 7/2022/DSOZ z dnia 11 stycznia 2022 r. W ostatnim dniu otrzymywania świadczeń przeprowadzona zostanie ponowna ocena dolegliwości bólowych w skali VAS.

### Działania edukacyjne

W programie zaplanowano jedno 45-minutowe spotkanie realizowane w grupach liczących maksymalnie 20 osób. Zajęcia będą prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę, w tym lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka. Tematyka spotkań obejmie zagadnienia związane z rolą prawidłowej diety i suplementacji, znaczeniem aktywności fizycznej i ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu i urazów oraz sposoby zapobiegania wypadkom i zranieniom. Podczas zajęć podkreślona zostanie również istotność prowadzenia zdrowego stylu życia oraz przedstawione zostaną metody radzenia sobie ze stresem. W programie

zaplanowano przeprowadzenie pomiaru poziomu wiedzy uzyskanej po przeprowadzeniu interwencji edukacyjnej, a do programu załączono testy wiedzy, co jest działaniem prawidłowym.

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, które zgłosiły się do udziału w programie”, „liczby osób zakwalifikowanych do programu”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”, „liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji”. Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

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

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki zostały sformułowane prawidłowo. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co również zostało podkreślone w projekcie.

#### 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 koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Wskazano, że ewaluacja oraz monitorowanie realizowane będą bezkosztowo w ramach obowiązków pracowników Urzędu Gminy Dębica Kaszubska. Natomiast akcja informacyjna będzie realizowana w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Dębica Kaszubska oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS i placówkami oświatowymi na terenie gminy.

W programie łączny koszt obejmujący wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacji oraz działania edukacyjne oszacowano na 1 380 zł. Podkreślono, że z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, a także chęć objęcia programem jak największej liczby mieszkańców z populacji docelowej, gmina dofinansuje uczestnikom 50% kosztów udziału w programie, tj. max. 690 zł (pozostałe 50% kosztów tj. 690 zł będzie finansowane przez uczestnika programu). Warto zaznaczyć, że program przewiduje dopłatę pacjenta opisaną jako „50% kosztów”. Należy mieć na uwadze, iż wprowadzanie opłat od uczestników programu może wpłynąć na zgłaszalność do programu. Ponadto ujęcie takiej opłaty będzie dodatkowym kryterium kwalifikacji do PPZ, które może mieć wpływ na wielkość populacji.

Koszt całkowity programu oszacowano na 400 200 zł.

Program ma zostać sfinansowany w 50% ze środków własnych Gminy Dębica Kaszubska oraz 50% kosztów własnych pacjenta. Zaznaczono także, że jednocześnie dopuszcza się możliwość ubiegania o środki z Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

### Problem zdrowotny

#### Rehabilitacja

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, 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

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 2018B, EULAR 2016, EULAR 2013).
- W przypadku pacjentów dotkniętych zapaleniem stawów lub reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), wytyczne wskazują, że edukacja odgrywa istotną rolę w kształtowaniu u nich praktyk związanych z radzeniem sobie z obciążeniami wynikającymi z choroby. Edukacja w tym zakresie powinna odnosić się nie tylko do kwestii prowadzenia zdrowego trybu życia oraz unikania ryzykownych zachowań (np. stres, używki), ale także powinna zawierać w sobie takie informacje jak: sposób realizacji codziennej aktywności fizycznej, metody ochrony stawów, możliwe do realizacji ścieżki leczenia oraz dostępne dla pacjenta działania z zakresu samozarządzania chorobą, które mogą przyczynić się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia. Podczas edukacji zaleca się także przekazanie informacji o źródłach, z których możliwe jest uzyskanie dodatkowych, bardziej szczegółowych informacji (ACR 2022, APTA 2021, EULAR 2021).

#### *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 nieznaną.
- 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 PPZ w pierwszej kolejności oferowana powinna być pełna diagnostyka funkcjonalna, a następnie kinezyterapia oraz fizykoterapia z masażem. Natomiast wskazywane przez ekspertów zalecane zabiegi fizykoterapeutyczne obejmowały: fototerapię, sonoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, termoterapię, krioterapię, hydroterapię i balneoterapię. Tryb realizacji kinezyterapii powinien być indywidualny, uzupełniony przez zajęcia grupowe, a o kwalifikacji pacjenta do danej formy rehabilitacji powinien decydować lekarz specjalista rehabilitacji medycznej. Eksperci wskazują, że minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. 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.451.18.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”; data ukończenia: kwiecień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 76/2026 z dnia 27 kwietnia 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”.