



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 47/2026 z dnia 2 lipca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców
Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności.

Projekt zakłada przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, realizacji indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi i opiniami ekspertów ankietowanych przez Agencję.

Realizacja działań z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów na terenie Świnoujścia znajduje również uzasadnienie w rekomendowanych kierunkach działań dla województwa zachodniopomorskiego wskazanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych.

Chociaż niektóre zaplanowane interwencje powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, to w treści projektu zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez odpowiednie kryteria wyłączenia z udziału w PPZ.

Projekt PPZ przygotowano w sposób staranny i przejrzysty.

Celem zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii dotyczące:

- rozszerzenia działań edukacyjnych o populację osób objętych indywidualnym planem rehabilitacji realizowanym w trybie domowym,
- przygotowania ankiet satysfakcji uwzględniających podział na rehabilitację w trybie domowym i ambulatoryjnym.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Miasto Świnoujście, zakładający przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego oraz działań edukacyjnych. Program skierowany jest do mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 lat i więcej, cierpiących na choroby przewlekłe lub zapalne układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2028. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 512 949 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Miasta Świnoujście.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi

w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są schorzenia prowadzące do ograniczenia sprawności i niepełnosprawności. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono definicję rehabilitacji leczniczej oraz najczęstsze schorzenia wymagające rehabilitacji, w tym wybrane przewlekłe choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy narządu ruchu oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego. Wskazano również przyczyny, objawy oraz metody rehabilitacji wybranych schorzeń. Podkreślono, że ryzyko ww. schorzeń wzrasta wraz z wiekiem.

Przedstawiono również referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

Przedstawiono sytuację epidemiologiczną w zakresie niepełnosprawności, odnosząc się do danych światowych, ogólnopolskich, regionalnych oraz lokalnych. Wskazano m.in., że zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2024 ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,6 mln Polaków, w tym 72% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły ok. 43,6% ogółu (1,57 mln osób). Zaznaczono, że w analogicznym okresie w Świnoujściu ze świadczeń rehabilitacji skorzystało 1 581 mieszkańców, w tym 831 osób w wieku co najmniej 65 lat (52,6% ogółu). Przedstawiono również informacje w zakresie realizacji wizyt i zabiegów fizjoterapeutycznych w populacji w wieku 65 lat i więcej w 2024 r. Wskazano, że w ww. okresie w tej populacji zrealizowano w Polsce ponad 2,7 mln wizyt fizjoterapeutycznych (7 305/100 000 mieszkańców), w województwie zachodniopomorskim – 82,6 tys. (5 091/100 000; 14. miejsce w kraju), a w Świnoujściu – 779 (2 021/100 000; drugie miejsce wśród wszystkich powiatów województwa zachodniopomorskiego). Podano również, że wykonano w Polsce ponad 138,7 mln. zabiegów fizjoterapeutycznych (370 126/100 tys. mieszkańców), w województwie zachodniopomorskim – ponad 3,8 mln (240 747/100 tys.; 16. miejsce w kraju), w Świnoujściu – ok. 74,7 tys. (193 900/100 tys. – jest to wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa). W projekcie podkreślono, że przedstawione powyżej dane mogą wskazywać na ograniczoną dostępność świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie Świnoujścia.

W odniesieniu do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), powołując się na dane pochodzące z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wskazano m.in., że „duże rozpowszechnienie problemów chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej odzwierciedlają dane dotyczące chorobowości szpitalnej, analizowane z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjenta. W roku 2024 w Polsce wskaźnik ten wyniósł 1 740,2/100 tys. ludności, a najwyższy był w województwie zachodniopomorskim”. Wskazano także, że „w przypadku mieszkańców Świnoujścia, w analizowanym roku (2024), była to wartość na poziomie 1 850/100 tys. ludności, zatem poniżej średniej dla województwa, ale nadal powyżej średniej dla kraju”.

W MPZ na lata 2022-2026 w odniesieniu do realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej na terenie województwa zachodniopomorskiego wskazano m.in., że odnośnie do „rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych (fizjoterapia ambulatoryjna i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna); – wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności, wskaźnik liczby wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności oraz wskaźnik liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasuje województwo na 16 ostatnim miejscu w kraju. Natomiast wskaźnik liczby porad lekarskich na 100 tys. ludności, plasuje województwo na 12 miejscu – usługi z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w województwie udzielane są w każdym powiecie. Natomiast usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej zlokalizowane są w 17 na 21

powiatów”. Podkreślono także, że „w ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat wzwyż stanowią 42,3% w województwie (38,0% Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 r. ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76%; Polska 78%)”. Wskazano ponadto, że „według prognoz do 2028 r. zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań. Na drugim miejscu plasują się choroby układu nerwowego (województwo 15,60%; Polska 15,30%). Według prognoz w województwie wzrośnie chorobowość w tej grupie zachorowań”. Wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej w tym kontekście wskazano, że jest to „najstabilniej rozwinięta rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych w skali kraju. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane zapotrzebowanie na te świadczenia będzie rosnąć”. Natomiast jako rekomendowany kierunek działań wskazano: „zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju). Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie)”.

W najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej wskazano m.in., że na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowało: „28 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,72 na 100 tys. ludności, o 24% mniej niż średnio w Polsce), 20 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,23 na 100 tys. ludności, o 2% mniej niż średnio w Polsce), 19 ośrodków rehabilitacji domowej (1,16 na 100 tys. ludności, o 23% mniej niż średnio w Polsce), 73 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (4,47 na 100 tys. ludności, o 34% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 6,37 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 25% mniej niż średnio w Polsce)”. Jako wyzwanie dla opieki zdrowotnej w tym kontekście wskazano na „zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej”. Natomiast jako rekomendowany kierunek działań wskazano: „wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na 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 Świnoujścia w latach 2026-2028”.

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

Cel główny został sformułowany w sposób prawidłowy. Wydaje się możliwy do realizacji poprzez wdrożenie działań rehabilitacyjnych zaplanowanych w projekcie. Założono również prowadzenie pomiaru dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS, w pierwszym i ostatnim dniu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych u danego uczestnika, co jest działaniem prawidłowym i zasadnym.

W projekcie przedstawiono uzasadnienie dla podanej wartości docelowej przy celu głównym. Wskazano, że „przyjęta wartość docelowa została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji rehabilitacyjnych. Przyjęcie poziomu 30% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. brak współpracy pacjenta, niestosowanie się do zaleceń, schorzenia współistniejące). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych wśród uczestników”.

Wskazano również 1 cel szczegółowy, tj. „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 2026-2028”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nie budzi zastrzeżeń. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych w projekcie pre- i post-testów.

W treści projektu wskazano także uzasadnienie dla podanej wartości docelowej przy celu szczegółowym. Zaznaczono, że „przyjęta wartość docelowa została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji działań edukacyjnych, czasu ich trwania oraz zastosowanych metod dydaktycznych. Przyjęcie poziomu 70% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia czynników niezależnych od realizatora programu (np. absencja uczestników, różnice w poziomie wyjściowym wiedzy). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w obszarze zapewnienia odpowiednio wysokiego stanu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu wśród uczestników PPZ”.

W projekcie przedstawiono 2 mierniki efektywności, tj.:

- (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)” oraz
- (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 miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego.

Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego.

Mierniki efektywności przedstawione w projekcie zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców Świnoujścia w wieku 70 lat i więcej, cierpiących na choroby przewlekłe lub zapalne układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego.

W ramach oszacowania populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ, powołano się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazując, że liczba mieszkańców Świnoujścia w ww. grupie wiekowej wynosi ok. 6 840 osób. Należy zauważyć, że przedstawione w projekcie dane

odnoszą się do roku 2024, natomiast zgodnie z najnowszymi danymi GUS, w 2025 r. liczba mieszkańców Świnoujścia powyżej 70 r.ż. wynosiła 7 158 osób. Dalej w projekcie wskazano, że bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w Świnoujściu ok. 2 037/100 000 mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację kwalifikującą się do udziału w PPZ oszacowano na ok. 140 osób rocznie.

W kontekście liczebności populacji, która zostanie objęta działaniami w ramach przedmiotowego programu wskazano, że w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi Gminy Miasto Świnoujście, program obejmie corocznie ok. 130 pacjentów (co stanowi ok. 92,9% populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ).

W projekcie zaplanowano prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia z programu w podziale na poszczególne interwencje. Jednym z kryteriów wykluczenia z programu, stanowiącym zabezpieczenie ryzyka podwójnego finansowania, jest „korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Miasto Świnoujście, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu”.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie wizyty fizjoterapeutycznej, realizację indywidualnego planu rehabilitacji oraz działania edukacyjne.

Wizyta fizjoterapeutyczna

Zaplanowana w projekcie wizyta fizjoterapeutyczna będzie miała na celu kwalifikację uczestnika do programu. Wskazano, że na podstawie badania fizjoterapeutycznego i/lub przedstawionej przez uczestnika dokumentacji medycznej lub skierowania lekarskiego, fizjoterapeuta potwierdzać będzie uprzednie lekarskie rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Ponadto, w ramach wizyty zaplanowany zostanie indywidualny plan rehabilitacyjny (w trybie ambulatoryjnym lub domowym) oraz przeprowadzona zostanie początkowa ocena dolegliwości bólowych w skali VAS. W przypadku osób zakwalifikowanych do rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, wizyta fizjoterapeutyczna uwzględniac będzie również kwalifikację do działań edukacyjnych.

Indywidualny plan rehabilitacyjny

Projekt przewiduje realizację indywidualnego planu rehabilitacji. Wskazano, że zostanie on określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu.

W projekcie przedstawiono wykaz zabiegów fizjoterapeutycznych mogących wejść w skład indywidualnego planu rehabilitacji, w ramach którego wskazano: zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty (36,49 pkt), zabiegi kinezyterapii (8,55 pkt), ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe (3,21 pkt), zabieg w kriokomorze (26,04 pkt), zabiegi fizykalne (5,27 pkt), zabieg masażu (18,25 pkt), zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody (10,24 pkt), zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty w ramach rehabilitacji domowej (30 min) (88,89 pkt), zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty w ramach rehabilitacji domowej (60 min) (102,22 pkt).

Plan zakłada realizację dobranych wg. indywidualnych wskazań pacjenta zabiegów o łącznej sumie 500 punktów (+/- 15 punktów) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni.

W projekcie przedstawiono również przykładowe plany rehabilitacji realizowane zarówno w trybie ambulatoryjnym jak i domowym. W części projektu dot. budżetu wskazano, że założono, że fizjoterapią ambulatoryjną zostanie objętych rocznie 100 pacjentów, natomiast domową – 30 pacjentów. Zaznaczono, że w praktyce pacjenci będą przyjmowani zgodnie z kolejnością zgłoszeń i kwalifikowani do poszczególnych trybów rehabilitacji zgodnie z ich indywidualnymi wskazaniami.

Podkreślono także, że indywidualny plan rehabilitacyjny będzie uwzględniał końcową ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie.

W odnalezionych rekomendacjach *National Stroke Foundation* (NSF 2017) wskazuje się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania, co uwzględniono w projekcie. Wytyczne *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE 2022) oraz *The Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP 2018) wskazują, że ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności. W wytycznych *Rehabilitative Care Alliance* oraz *Provincial Geriatrics Leadership Ontario* (RCA/PGLO 2021) wskazano, że 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.

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

Działania edukacyjne

Wśród uczestników zakwalifikowanych do rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym zaplanowano realizację działań edukacyjnych, obejmujących jedno 45-minutowe spotkanie, w maksymalnie 25-osobowych grupach. Należy wskazać, że w projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla ograniczenia działań edukacyjnych wyłącznie do uczestników korzystających z rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. Zasadne jest objęcie działaniami edukacyjnymi całej populacji uczestników korzystających z rehabilitacji w ramach programu, niezależnie od trybu jej realizacji. W związku z powyższym projekt wymaga modyfikacji poprzez rozszerzenie działań edukacyjnych o uczestników objętych indywidualnym planem rehabilitacji realizowanym w trybie domowym. Zmiana ta będzie skutkowała również koniecznością dostosowania innych elementów projektu (tj. kryteria kwalifikacji czy budżet).

W projekcie zaznaczono, że spotkania prowadzone będą przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, dietetyka, edukatora zdrowotnego, profilaktyka lub specjalistę zdrowia publicznego. Proponowana tematyka działań edukacyjnych obejmować ma: rolę diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, a także sposoby radzenia sobie ze stresem.

W projekcie podkreślono także, że działania edukacyjne obejmą badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych. Do projektu załączono wzór przykładowego testu wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń.

Odnalezione wytyczne podkreślają 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 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). Każdemu pacjentowi należy też zapewnić edukację i szkolenie w zakresie zasad ergonomii, tempa aktywności i korzystania z urządzeń wspomagających (EULAR 2018B). 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).

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:

- (1) „liczby osób zakwalifikowanych do programu”,
- (2) „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej”,
- (3) „liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych”,
- (4) „liczby osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny”, oraz
- (5) „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 sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji oraz pisemnych uwag uczestników. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń. Projekt wymaga jednak modyfikacji poprzez przygotowanie odrębnych ankiet satysfakcji dla uczestników rehabilitacji realizowanej w trybie domowym oraz ambulatoryjnym, co umożliwi adekwatną ocenę jakości świadczeń z uwzględnieniem specyfiki obu form realizacji działań rehabilitacyjnych.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności, które zostały sformułowane prawidłowo.

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. W projekcie przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, roczne i całkowite, które nie budzą zastrzeżeń. Uwzględniono również koszty pośrednie, obejmujące m.in. koszt monitorowania i ewaluacji PPZ.

Koszt całkowity programu oszacowano na kwotę 512 949 zł (167 000 zł w 2026 r., 171 008 zł w 2027 r., 174 941 zł w 2028 r.).

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Świnoujście.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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”.

Alternatywne świadczenia

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.).

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), na podstawie art. 9a, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego (uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, wojewódzki plan transformacji oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa) może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Szczegóły dot. finansowania ww. świadczeń zostały określone w art. 9b ustawy.

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).

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. Ponadto w sytuacji wystąpienia bólów barków zaleca się wdrożenie procesów diagnostycznych mających na celu wykluczenie czynników ryzyka wykształcenia się poważnych patologii (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków trwających ≤ 3 miesięcy, zaleca się wdrożenie rehabilitacji z wykorzystaniem: manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-lędźwiowego, manipulacji odcinka piersiowego kręgosłupa, terapii z użyciem laseraiskoenergetycznego, wieloelementowej terapii (terapia ciepłem/chłodem, mobilizacja stawów, ćwiczenia zwieszające zakres ruchów stawów) (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków trwających >3 miesięcy, zaleca się wdrożenie rehabilitacji z wykorzystaniem: ćwiczeń nacelowanych na zwiększenie siły oraz rozciągnięcie mięśni, manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-piersiowego kręgosłupa, manipulacji odcinka piersiowego kręgosłupa, terapii z użyciem laseraiskoenergetycznego, akupunktury laserowej, ogólnej opieki lekarskiej (włączając w to edukację, poradnictwo i farmakoterapię) oraz wieloelementowej terapii (terapia ciepłem/chłodem, mobilizacja stawów, ćwiczenia zwieszające zakres ruchów stawów) (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków nie zaleca się realizacji rehabilitacji opierającej się na: fibrolizie śródskórnej, terapii ultradźwiękami, terapii prądami interferencyjnymi, kinezytapingu, masażu tkanek miękkich, terapii falą uderzeniową, manipulacji i mobilizacji odcinka szyjno-piersiowego kręgosłupa jako dodatku do ćwiczeń nacelowanych na minimalizację bólów barków (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).
- U osób z zapaleniem stawów zaleca się prowadzenie oceny stanu zdrowia poprzez określenie obecnych uszkodzeń stawów i ich odkształceń, ogólnej tolerancji na wysiłek fizyczny, poziomu odczuwanego bólu oraz funkcjonalność mięśni podczas aktywności fizycznej. Całość tych działań powinno mieć na celu dopasowanie do pacjenta rehabilitacji i poziomu aktywności fizycznej (ACR 2022, APTA 2021).
- Promowanie aktywności powinno być integralną częścią standardowej opieki w całym przebiegu choroby u osób z RZS, zwyrodnieniową chorobą stawów, spondyloartrozą (SpA), reumatyzmem biodra (HOA) lub kolana (KOA). Wskazuje się, że 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 ≥ 10 minut. Każda osoba dorosła powinna wykonywać czynności utrzymujące lub zwiększające siłę i wytrzymałość mięśni przez co najmniej 2 dni w tygodniu (EULAR 2018A).

- 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 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).
- Wszystkim pacjentom należy udzielić informacji na temat charakteru i przebiegu choroby oraz edukacji w zakresie samoleczenia, oraz chorób współistniejących. Każdemu pacjentowi należy też zapewnić edukację i szkolenie w zakresie zasad ergonomii, tempa aktywności i korzystania z urządzeń wspomagających (EULAR 2018B).

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 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 pkt [95%CI: (-5,95; -2,98)]), średnim (5 miesięcy) (-2,71 pkt [95%CI: (-4,63; -0,78)]), jak i długim (1 rok) (-3,39 pkt [95%CI: (-4,97; -1,81)]) okresie obserwacji. Dodatkowo, zaplanowana interwencja ma istotny statystycznie wpływ na obniżanie intensywności odczuwanego przez tych pacjentów bólu.
- Wyniki metaanalizy 26 RCT (Fari 2022) wskazują, że terapia za pomocą fal radiowych (RF) może stanowić obiecujące rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza gdy inne podejścia lecznicze są nieskuteczne lub niepraktyczne. RF okazała się być bardziej skuteczna w zmniejszaniu bólu niż leczenie kontrolne, zgodnie z wynikami pomiaru za pomocą VAS ($p=0,017$), natomiast nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zakresie funkcjonalności mierzonej za pomocą narzędzia SPADI (*Shoulder Pain and Disability Index*) ($p=0,035$). Jeśli chodzi o ból stawu krzyżowo-biodrowego, RF okazała się skuteczniejsza w zakresie poprawy funkcji stawu, niż leczenie pozorowane, przy zastosowaniu pomiarów funkcjonalność stawów metodą ODI (*Owestry*

Disability Index) ($p < 0,001$). Nie wykazano natomiast statystycznie istotnej różnicy między interwencjami a komparatorem w zakresie leczenia bólu ocenianego przy użyciu metody NRS (*Numerical Rating Scale*) ($p = 0,115$). U pacjentów cierpiących na ból szyi i krzyża RF wydaje się bardziej skuteczna niż leczenie kontrolne, prowadząc tym samym do poprawy jakości życia, wyrażonej w skali SF-36 ($p = 0,043$). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic, jeśli chodzi o łagodzenie bólu mierzonego w skali VAS i NRS oraz poprawę sprawności funkcjonalnej mierzonej metodą ODI.

- Wyniki przeglądu systematycznego i metaanalizy RCT oraz badań kliniczno-kontrolnych ($n = 25$) wskazują, że terapia oparta o miejscową aplikację ciepła (LHA, *local heat application*) odznacza większym i szybszym działaniem przeciwbólowym w porównaniu z brakiem leczenia, standardową farmakoterapią oraz placebo/leczeniem pozorowanym (Clijssen 2022).
- Wyniki metaanalizy 18 RCT (Yang 2022) wskazują, że u pacjentów z bólem szyi trening izometryczny może pomóc w złagodzeniu bólu, poprawić dysfunkcję szyi oraz zakres ruchu w 3 różnych ustawieniach. Wykazano, że trening ten istotnie poprawia wyniki pacjentów w skali wzrokowo-analogowej VAS w stosunku do wyniku uzyskanego w grupie kontrolnej (SMD = -0,80 [95%CI: (-0,88; -0,73)]; $p < 0,0001$), a także istotnie obniża wskaźnik niepełnosprawności szyi pacjentów, oceniany wskaźnikiem niepełnosprawności szyi (NDI, *Neck Disability Index*) [SMD = 5,55 [95%CI: (4,57; 6,53)]; $p < 0,0001$). Wykazano też korzystny wpływ treningu izometrycznego na zakresy ruchu w płaszczyźnie strzałkowej (SMD = 1,53 [95%CI: (-0,40; 3,63)]; $p = 0,12$), czołowej (SMD = 2,12 [95%CI: (0,56; 3,68)]; $p = 0,008$) oraz poziomej (SMD = 3,58 [95%CI: (1,56-5,59)]; $p = 0,0005$). Stwierdzono, że trening izometryczny trwający dłużej niż 8 tygodni odznacza się istotnym statystycznie wpływem na uzyskiwane w ramach skali VAS i NDI wyniki, w porównaniu do interwencji trwających krócej.
- Wyniki uzyskane w przeglądzie systematycznym 14 RCT (Wilhelm 2020) wskazują, że stosowanie ćwiczeń fizycznych w leczeniu objawów związanych z zaburzeniami funkcjonalności szyi, przynoszą korzyści w postaci zmniejszania intensywności odczuwanego bólu i stopnia niepełnosprawności. Ogólny wpływ ćwiczeń na ból oceniono w 13 badaniach ($n = 1\ 080$). Zidentyfikowano dowody o umiarkowanej jakości wskazujące, że ćwiczenia fizyczne wiązały się z klinicznie znaczącym obniżeniem natężenia bólu w stosunku do grupy kontrolnej (MD = -15,32 mm [95%CI: (-19,20, -11,44)]) w obserwacji średnio- i długoterminowej.
- Wyniki uzyskane w metaanalizie 30 RCT (Rampazo 2022) wskazują, że elektrostymulacja stosowana w połączeniu z innymi interwencjami może okazać się przydatną metodą w łagodzeniu bólu i zmniejszaniu niepełnosprawności u osób z bólem szyi. Elektrostymulacja wydaje się skutecznie zmniejszać ból bezpośrednio po zabiegu, choć jest stosowana głównie jako uzupełnienie modalności terapeutycznej. Zbiorcza analiza wyników 3 badań (dowody średniej jakości) wykazała, że elektrostymulacja w połączeniu z innymi interwencjami znacząco zmniejsza intensywność bólu ocenianego w ramach skali VAS (0–10) w porównaniu z innymi interwencjami, których skuteczność oceniano w krótkim okresie obserwacji (MD = -1,02 [95%CI: (-1,41; -0,64)]).

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. Natomiast 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. W kontekście działań edukacyjnych, eksperci wskazują m.in. na następujące zagadnienia: czynniki ryzyka współczesnych chorób cywilizacyjnych, rola profilaktyki i aktywności fizycznej w chorobach cywilizacyjnych oraz najczęstszych dysfunkcji narządów ruchu, profilaktyka upadków, sposób radzenia sobie ze stresem, instruktaż ćwiczeń do wykonywania w warunkach domowych.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.30.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”; data ukończenia: czerwiec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 95/2026 z dnia 29 czerwca 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji mieszkańców Świnoujścia w wieku od 70 roku życia na lata 2026-2028”.