

**UCHWAŁA NR XXVI/343/26
RADY MIEJSKIEJ W KAMIENIU POMORSKIM**

z dnia 25 sierpnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie
uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030"**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 662 ze zmianami), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1, ust. 3, 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 149) Rada Miejska w Kamieniu Pomorskim uchwala, co następuje :

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



Przewodnicząca Rady Miejskiej

Anna Kowalska
Anna Kowalska

AKCEPTUJĘ
Stanisław Kuryllo
Burmistrz Kamienia
Pomorskiego
24.06.2026
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do
realizacji

Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.]

Kamień Pomorski, 2026

Nazwa programu:

Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Karolina Klimek

dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Klimek, Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze



Program powstał we współpracy z następującymi osobami:

- prof. dr. hab. Beata Karakiewicz – kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
- dr n. med. Bogumił Korczyński – Dyrektor ds. Medycznych „Uzdrowisko Kamień Pomorski” S.A.
- Stanisław Kuryłło – Burmistrz Kamienia Pomorskiego
- dr n. med. Paweł Szumilas – adiunkt w Zakładzie Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Kamieniu Pomorskim

Stary Rynek 1

72-400 Kamień Pomorski

tel.: (91) 382 11 42

mail: um@kamienpomorski.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	15
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	19
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	22
1. Cel główny	22
2. Cel szczegółowy	22
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	22
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	23
1. Populacja docelowa	23
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.	23
3. Planowane interwencje	24
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	28
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	28
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	30
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	30
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	30
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	32
1. Monitorowanie	32
2. Ewaluacja	33
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	34
1. Koszty jednostkowe	34
2. Koszty całkowite	34
3. Źródło finansowania	35
Bibliografia	36
Załączniki	39

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Wśród problemów takich najpowszechniejsze są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego¹.

W grupie przewlekłych chorób układu ruchu, biorąc pod uwagę skalę rozpowszechnienia poszczególnych problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, schorzenia kręgosłupa (w tym przede wszystkim zmiany o charakterze zwyrodnieniowym), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najczęściej występujący problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznaje się chorobę zwyrodnieniową stawów, określaną również jako osteoartroza. Wyniki badań radiologicznych wskazują, że w populacji osób po 65. roku życia cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób, spośród których około połowa doświadcza dolegliwości bólowych, natomiast u około 10% obserwuje się ograniczenie ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa występująca w przebiegu osteoartrozy stanowi następstwo postępującej degradacji chrząstki stawowej oraz zwężenia szpary stawowej. Do objawów klinicznych tej choroby należą ból, osłabienie oraz ograniczenie ruchomości stawów, ich sztywność, a także nasilający się proces zapalny. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego^{2,3}.

Kolejną przewlekłą chorobą układu ruchu, prowadzącą do ograniczenia sprawności pacjentów, jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, która według

¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026 [dostęp: 19.04.2026 r.].

² Steinmetz J, Culbreth G, Haile L et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *The Lancet Rheumatology*, 5, e508-e522.

³ World Health Organization, Osteoarthritis, Geneva 14 July 2023, www.who.int.

szacunków dotyczy nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Do głównych czynników ryzyka rozwoju zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa zalicza się wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość, a także uwarunkowania genetyczne. Towarzyszące tej chorobie dolegliwości bólowe stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności osób nią dotkniętych, zarówno w zakresie funkcjonowania w życiu codziennym, jak i aktywności zawodowej. Istotne niekorzystne konsekwencje zdrowotne wiążą się również z dyskopatią, czyli chorobą krążka międzykręgowego, definiowaną jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego, którym towarzyszy uszkodzenie struktur łącznotkankowych. Dolegliwości bólowe w przebiegu tego schorzenia pojawiają się w następstwie ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy, spowodowanego przemieszczeniem się jądra miażdżystego poza obręb pierścienia włóknistego. Ryzyko wystąpienia dyskopatii wzrasta wraz z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób narażonych na nadmierne przeciążenia kręgosłupa i/lub urazy tej części układu ruchu, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w obrębie układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia wskazanych jednostek chorobowych, obok farmakoterapii, istotne miejsce zajmuje rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta^{4,5,6}.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego jest reumatoidalne zapalenie stawów, czyli choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności oraz inwalidztwa. Schorzenie to jest obecnie zaliczane do chorób autoimmunologicznych, jednak nadal brak dostatecznych dowodów naukowych pozwalających na jednoznaczne wyjaśnienie jego etiopatogenezy. Wśród najczęściej wskazywanych przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wymienia się zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Do licznych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tej choroby zalicza się również uwarunkowania genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁷. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannej sztywności stawów,

⁴ Samanta A, Lufkin T, Kraus P. Intervertebral disc degeneration-Current therapeutic options and challenges. *Front Public Health*. 2023 Jul 6;11:1156749.

⁵ Mohd Isa IL, Teoh SL, Mohd Nor NH, Mokhtar SA. Discogenic Low Back Pain: Anatomy, Pathophysiology and Treatments of Intervertebral Disc Degeneration. *Int J Mol Sci*. 2022 Dec 22;24(1):208.

⁶ World Health Organization, Low back pain, Geneva 19 June 2023, www.who.int.

⁷ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów^{8,9}. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, umożliwiającą podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. W postępowaniu rehabilitacyjnym stosuje się przede wszystkim kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, w celu kompensowania ograniczeń sprawności pojawiających się w przebiegu choroby, wykorzystuje się również zaopatrzenie ortopedyczne¹⁰. Do grupy zapalnych chorób układu ruchu, prowadzących do ograniczenia sprawności funkcjonalnej, zalicza się także zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów oraz zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit. Do omawianej grupy problemów zdrowotnych zalicza się ponadto uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem¹¹.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego zostało uzupełnione o urazy, przede wszystkim ze względu na ich istotne miejsce w etiopatogenezie przewlekłych chorób układu kostno-stawowego, a także z uwagi na ich znaczenie w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania wiąże się z oddziaływaniem siły mechanicznej, która, w zależności od swojej charakterystyki, może prowadzić do różnorodnych uszkodzeń. Do najczęściej występujących należą złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi najczęściej w wyniku działania na organizm człowieka znacznej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenoszona jest również na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenie. Stłuczenia stawu są następstwem urazów bezpośrednich, wywołujących ból oraz wylew krwi, przy czym zakres uszkodzeń w ich przebiegu jest bardziej ograniczony. Za urazy o ograniczonym zakresie uszkodzeń uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednak bez przerwania ich ciągłości¹². Przegląd

⁸ Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Epidemiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis Development. *Mediterr J Rheumatol*. 2023 Dec 30;34(4):404-413.

⁹ Gao Y, Zhang Y, Liu X. Rheumatoid arthritis: pathogenesis and therapeutic advances. *MedComm* (2020). 2024 Mar 10;5(3):e509.

¹⁰ Rheumatoid arthritis in adults: management, NICE guideline, Reference number: NG100, Published: 11 July 2018, Last updated: 12 October 2020.

¹¹ Overview: Shoulder pain, Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Last Update: April 22, 2024.

¹² Gaździk T., Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 2001, ISBN 978-83-200-3317-5.

dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego: upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń, przede wszystkim, w obrębie narządów ruchu. Powszechnie sądzi się, że wypadki stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia osób młodych, jednak dane z badań populacyjnych i rejestrów medycznych pokazują, że wypadki występują równie często u młodych, jak i u osób powyżej 65. roku życia. Urazy odniesione w wypadkach wśród osób starszych cechują się jednak znacznie wyższą ciężkością i śmiertelnością niż wśród młodszych¹³.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, istotnie wpływających na ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie oraz polineuropatie. Neuropatia obwodowa stanowi zespół objawów wynikających z uszkodzenia nerwu obwodowego, powstałego na skutek działania czynników pośrednich lub bezpośrednich, w tym również czynnika zakaźnego, prowadzącego do zapalenia nerwu. Mononeuropatia oznacza uszkodzenie pojedynczego nerwu, natomiast polineuropatia jest symetrycznym uszkodzeniem wielu nerwów. Z kolei radikulopatia wiąże się z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych, będącym następstwem patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji^{14,15}.

¹³ Halik R, Stokwiszewski J., Skutki zdrowotne wypadków w polsce ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej [w:] Wojtyński B, Smaga A. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa, 2025 s. 339-358.

¹⁴ Hammi C, Yeung B. Neuropathy. 2022 Oct 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. PMID: 31194377.

¹⁵ Mirian A, Aljohani Z, Grushka D, Florendo-Cumbermack A. Diagnosis and management of patients with polyneuropathy. CMAJ. 2023 Feb 13;195(6):E227-E233. doi: 10.1503/cmaj.220936. Erratum in: CMAJ. 2023 Mar 20;195(11):E415.

Opisane jednostki chorobowe, obejmujące przewlekłe schorzenia układu kostno-stawowego, mięśniowego, obwodowego układu nerwowego oraz następstwa urazów narządu ruchu, stanowią istotną przyczynę bólu, ograniczeń funkcjonalnych, obniżenia samodzielności oraz pogorszenia jakości życia, zarówno w przypadku osób w wieku produkcyjnym, jak i poprodukcyjnym. W populacji osób powyżej 50 roku życia ich znaczenie jest szczególnie duże, co wynika zarówno z narastającej wraz z wiekiem częstości występowania zmian zwyrodnieniowych, zapalnych i neurologicznych, jak i z większego ryzyka występowania trwałych następstw urazów oraz wielochorobowości. Schorzenia te prowadzą do postępującego ograniczenia sprawności ruchowej, trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, zmniejszenia aktywności społecznej oraz zwiększenia zależności od opiekunów i systemu ochrony zdrowia.

2. Dane epidemiologiczne

Gminę Kamień Pomorski według GUS w roku 2025 (stan na 30 czerwca) zamieszkiwały 13 232 osoby, z czego 48,1% stanowili mężczyźni (6 368 osób), a 51,9% kobiety (6 864 osoby). W roku 2021 mieszkańców było 13 666 – w analizowanym okresie (2021-2025) odnotowano spadek liczby mieszkańców na poziomie ok. 3,2%.

Analiza struktury płci ludności w Gminie Kamień Pomorski wskazuje na nieznacznie wyższy udział procentowy kobiet w ogóle ludności, w porównaniu do województwa zachodniopomorskiego i kraju. Za trend negatywny uznać należy znacznie niższy, w porównaniu do całego województwa oraz kraju, udział procentowy ludności w wieku przedprodukcyjnym w ogóle ludności. Odsetek mieszkańców gminy w wieku przedprodukcyjnym w ogóle ludności jest o 1,6 p.p. (punktu procentowego) niższy od tego obserwowanego w województwie oraz o 2,8 p.p. niższy od wartości ogólnokrajowej. Z kolei odsetek mieszkańców gminy w wieku poprodukcyjnym w ogóle ludności jest o 3,8 p.p. wyższy od odnotowanego w województwie zachodniopomorskim oraz o 5,3 p.p. od wartości dla kraju. Wartość wskaźnika obciążenia demograficznego w gminie wynosi 79,4 – wskaźnik ten jest o 7,7 wyższy niż w kraju, ale też wyższy o 6,2 od wartości dla województwa. Wskaźnik obciążenia demograficznego w Gminie Kamień Pomorski w okresie ostatnich 5 lat zwiększył się z 75,1 do 79,4, na co wpływ miał przede wszystkim wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym oraz spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym.

Szczegółowe dane demograficzne dla Gminy Kamień Pomorski na tle województwa zachodniopomorskiego i kraju przedstawiono za pomocą tabel I-II.

Tab. I. Ludność w gminie Kamień Pomorski na tle woj. zachodniopomorskiego i kraju – dane ogólne

Wyszczególnienie		Gmina Kamień Pomorski					województwo zachodniopomorskie	Polska
		2021	2022	2023	2024	2025	2025	2025
Ludność ogółem		13 666	13 595	13 431	13 296	13 232	1617418	37402052
Mężczyźni	liczba	6 608	6 569	6 456	6 403	6 368	783476	18063426
	%	48,4	48,3	48,1	48,2	48,1	48,4	48,3
Kobiety	liczba	7 058	7 026	6 975	6 893	6 864	833942	19338626
	%	51,6	51,7	51,9	51,8	51,9	51,6	51,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (stan na 31.12 w latach 2021-2024 oraz 30.06 w roku 2025)

Tab. II. Ludność w gminie Kamień Pomorski wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle woj. zachodniopomorskiego i kraju

Wyszczególnienie		Gmina Kamień Pomorski		województwo zachodniopomorskie	Polska
		2021	2024	2024	2024
Ludność ogółem		13 666	13 296	1 622 760	37 489 087
Wiek przedprodukcyjny ogółem	liczba	2 185	2 023	272 629	6 744 961
	%	16,0	15,2	16,8	18,0
Wiek produkcyjny ogółem*	liczba	7 804	7 410	939 715	21 834 117
	%	57,1	55,7	57,9	58,2
Wiek poprodukcyjny ogółem	liczba	3 677	3 863	410 416	8 910 009
	%	26,9	29,1	25,3	23,8
Wskaźnik obciążenia demograficznego**		75,1	79,4	72,7	71,7

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety

** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Według najnowszych publikowanych danych GUS w roku 2024 w Polsce przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 74,9 lat, w przypadku kobiet – była o 7,4 roku dłuższa i wynosiła 82,3 lat. W województwie zachodniopomorskim było to odpowiednio dla mężczyzn 74,3 lat oraz dla kobiet 81,8 lat. W podregionie szczecińskim, do którego przynależy Gmina Kamień Pomorski, były to następujące wartości: 74,1 lat w przypadku mężczyzn (o 0,8 roku krócej w porównaniu do wartości dla Polski) oraz 81 lat w przypadku kobiet (o 1,3 roku krócej w porównaniu do wartości dla Polski). Analiza trendów w latach 2020-2024 pokazuje, że przeciętne dalsze trwanie życia w momencie narodzin w podregionie szczecińskim uległo wydłużeniu

o 0,5 roku w przypadku kobiet oraz o 2 lata w przypadku mężczyzn. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli III.

Tab. III. Przeciętne dalsze trwanie życia (w latach) w momencie narodzin w podregionie szczecińskim na tle woj. zachodniopomorskiego i kraju w latach 2019-2024

Wyszczególnienie	mężczyźni					kobiety				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
Polska	72,6	71,8	73,4	74,7	74,9	80,7	79,7	81,1	82,0	82,3
województwo zachodniopomorskie	72,1	71,5	72,8	74,1	74,3	80,6	79,2	80,7	81,4	81,8
podregion szczeciński	72,1	71,3	73,1	74,1	74,1	80,5	79,5	80,4	81,9	81,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS (stan na 31.12 w latach 2019-2024)

Przedstawienie danych demograficznych pozwala osadzić dane epidemiologiczne w lokalnym kontekście populacyjnym i wykazać rzeczywistą skalę potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Zapadalność i chorobowość w zakresie schorzeń będących przedmiotem programu, w szczególności chorób zwyrodnieniowych układu ruchu, schorzeń zapalnych, następstw urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, rosną wraz z wiekiem, a ich konsekwencją są narastające ograniczenia sprawności funkcjonalnej i zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne. W tym kontekście istotne znaczenie ma fakt, że Gmina Kamień Pomorski charakteryzuje się niekorzystną strukturą wieku ludności na tle województwa zachodniopomorskiego i kraju, wyrażającą się wyższym udziałem osób w wieku poprodukcyjnym, niższym udziałem ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz wyższym wskaźnikiem obciążenia demograficznego. Jednocześnie obserwowany spadek liczby mieszkańców przy równoczesnym wzroście udziału osób starszych wskazuje na postępujący proces starzenia się lokalnej populacji. Dodatkowo struktura ludności z większym udziałem kobiet oraz dane dotyczące dalszego trwania życia wzmacniają zasadność ukierunkowania programu na osoby starsze, w tym szczególnie kobiety, które częściej dożywają wieku podeszłego, a tym samym dłużej pozostają narażone na skutki przewlekłych schorzeń ograniczających sprawność.

Choroby układu ruchu stanowią istotny problem zdrowia publicznego ze względu na ich dużą częstość występowania, przewlekły charakter oraz znaczący wpływ na sprawność funkcjonalną populacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia schorzenia mięśniowo-szkieletowe dotyczą globalnie około 1,7 mld. osób i należą do głównych przyczyn lat przeżytych z niepełnosprawnością, a ich rozpowszechnienie

wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem. Do najważniejszych problemów epidemiologicznych w tej grupie należą m.in. choroba zwyrodnieniowa stawów oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa. Osteoartroza jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób układu ruchu; WHO wskazuje, że najczęściej obejmuje kolana, biodra, kręgosłup i ręce, a jej występowaniu sprzyjają starszy wiek, nadwaga, przeciążenia oraz przebyte urazy stawów. Analizy Global Burden of Disease pokazują ponadto, że liczba osób żyjących z osteoartrozą systematycznie rośnie, co jest związane przede wszystkim ze starzeniem się populacji i narastaniem ekspozycji na czynniki ryzyka^{16,17}.

Z punktu widzenia potrzeb rehabilitacyjnych szczególne znaczenie mają również schorzenia przebiegające z bólem przewlekłym, ograniczeniem ruchomości oraz stopniową utratą samodzielności, w tym choroby kręgosłupa i zapalne choroby układu ruchu. WHO wskazuje, że ból dolnego odcinka kręgosłupa jest najczęstszą pojedynczą przyczyną niepełnosprawności na świecie, ogranicza mobilność, aktywność życia codziennego, funkcjonowanie społeczne oraz zdolność do pracy. Problem ten dotyczy już ponad 600 mln. ludzi na świecie, a do roku 2050 może dotyczyć nawet ponad 840 mln.¹⁸. Istotne miejsce w obrazie epidemiologicznym zajmuje także reumatoidalne zapalenie stawów - ryzyko jego wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem i jest większe u kobiet¹⁹. W konsekwencji choroby układu ruchu, zwłaszcza u osób starszych, generują stałe i rosnące zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne ukierunkowane na ograniczanie bólu, poprawę funkcji, utrzymanie samodzielności oraz zapobieganie niepełnosprawności.

Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności:

¹⁶ Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva, 14 July 2022.

¹⁷ World Health Organization, Osteoarthritis... op. cit.

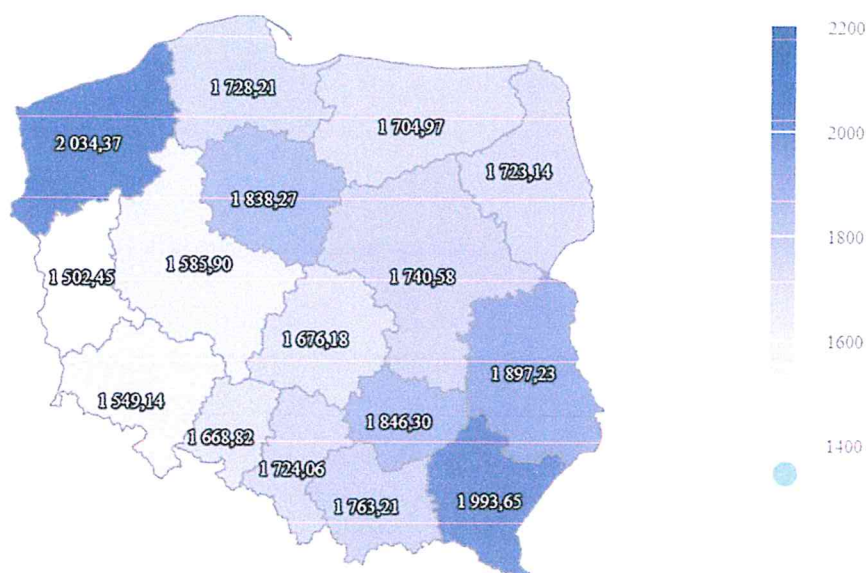
¹⁸ World Health Organization, Low back pain... op. cit.

¹⁹ World Health Organization, Rheumatoid arthritis, World Health Organization, Geneva, 28 June 2023.

próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)²⁰.

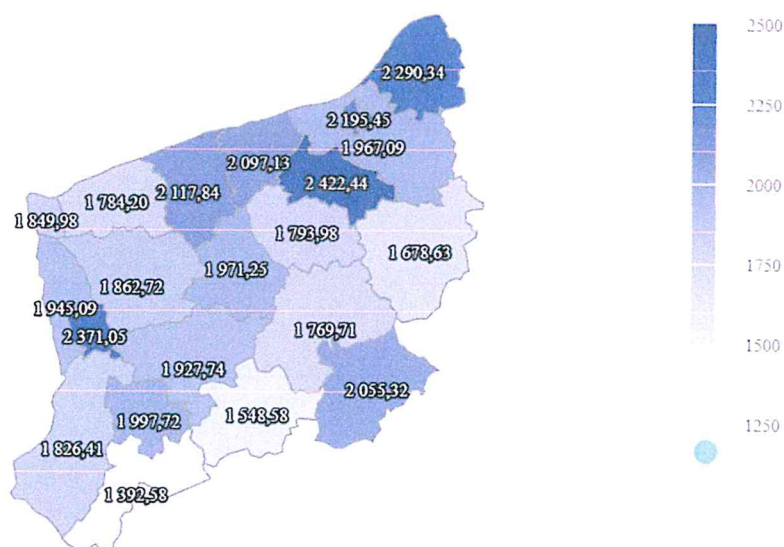
Duże rozpowszechnienie problemów chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej odzwierciedlają dane dotyczące chorobowości szpitalnej, analizowane z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjenta. W roku 2024 w Polsce wskaźnik ten wyniósł 1 740,2/100 tys. ludności, a najwyższy był w województwie zachodniopomorskim (rycina 1). W przypadku mieszkańców powiatu kamieńskiego, w analizowanym roku (2024), była to wartość na poziomie 1 784,2/100 tys. ludności, zatem poniżej średniej dla województwa i kraju (rycina 2). Wartość ta jednak wzrosła od roku 2019 o 25% (było to wówczas 1 427,7/100 tys. ludności).

²⁰ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 19 June 2024.



Ryc. 1. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej na 100 tys. ludności w roku 2024 w Polsce w podziale na województwa.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

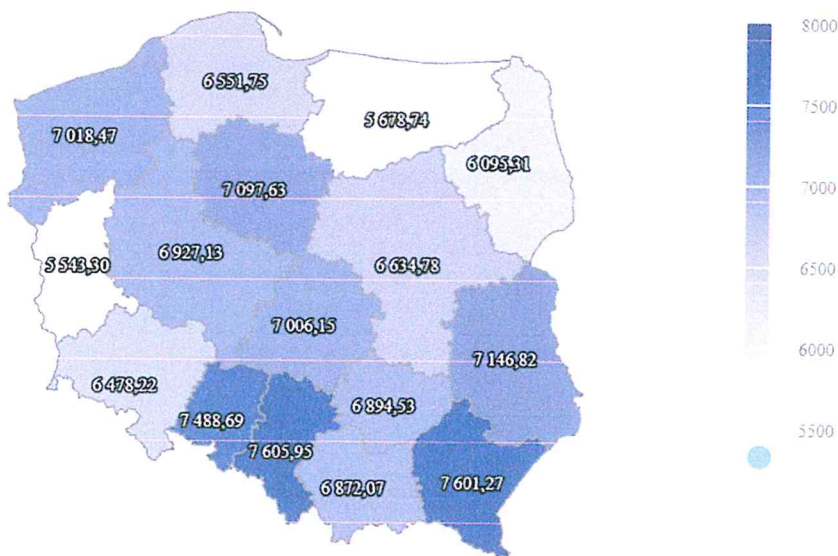


Ryc. 2. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej na 100 tys. ludności w roku 2024 w województwie zachodniopomorskim w podziale na powiaty.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

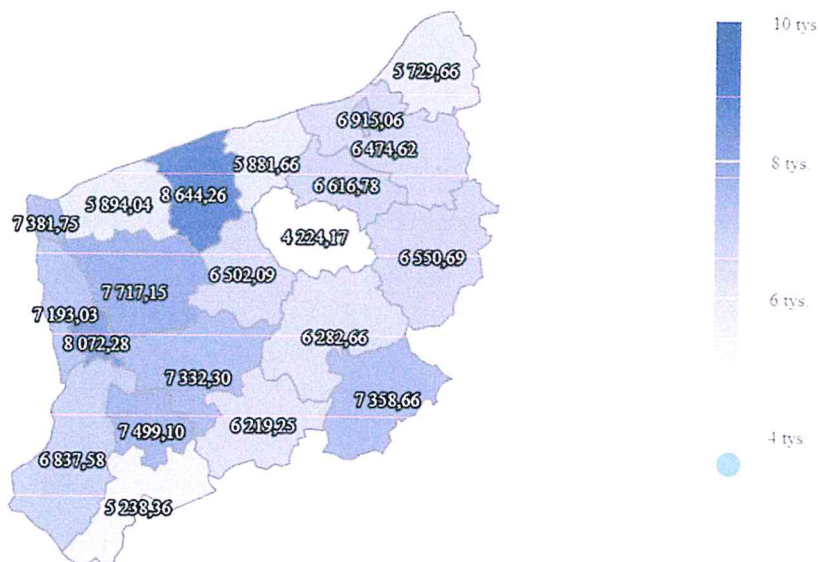
Z kolei chorobowość szpitalna z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych wyniosła w roku 2024 w Polsce 6 870,2/100 tys. ludności. Najwyższa była w województwie śląskim, a województwo zachodniopomorskie zajęło 6 miejsce w tym rankingu (rycina 3). W przypadku

mieszkańców powiatu kamieńskiego, w analizowanym roku (2024), była to wartość na poziomie 5 894/100 tys. ludności, zatem poniżej średniej dla województwa i kraju (rycina 4). Wartość ta jednak wzrosła od roku 2019 o 13,8% (było to wówczas 5 181/100 tys. ludności).



Ryc. 3. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych na 100 tys. ludności w roku 2024 w Polsce w podziale na województwa.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.



Ryc. 4. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych na 100 tys. ludności w roku 2024 w województwie zachodniopomorskim w podziale na powiaty.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2024²¹ 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. Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji (według miejsca zamieszkania pacjenta), wyniósł w roku 2024 w Polsce 9 751/100 tys. mieszkańców. W województwie zachodniopomorskim wskaźnik ten był najniższy w Polsce (7 246/100 tys.), natomiast na terenie powiatu kamieńskiego, gdzie leży Gmina Kamień Pomorski, osiągnął wartość jeszcze niższą od wojewódzkiej (4 558/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,66 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 419/100 tys. mieszkańców), w przypadku mieszkańców województwa zachodniopomorskiego było to ponad 40,8 tys. porad (2 519/100 tys.; 12 miejsce w kraju), powiatu kamieńskiego – 222 (507/100 tys.; jest to wartość znacznie niższa od wartości dla Polski i województwa). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,98 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców). Wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego było to ponad 168,3 tys. wizyt (10 374/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), a powiatu kamieńskiego – 3 883 wizyty (8 871/100 tys.). W roku 2024 wykonano w Polsce ponad 279,8 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (746 368/100 tys. mieszkańców), w województwie zachodniopomorskim ponad 7,4 mln (460 616/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), w powiecie kamieńskim – 176,2 tys. (402 524/100 tys. – jest to wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa zachodniopomorskiego). Przedstawione powyżej dane wyraźnie mogą wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie powiatu kamieńskiego, w tym także Gminy Kamień Pomorski.

3. Opis obecnego postępowania

Spośród stosowanych form leczenia w przypadku chorób układu kostno-stawowego zdecydowanie najczęściej stosuje się zabiegi rehabilitacyjne. Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia zagwarantowano możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej²². Świadczenia te są realizowane w warunkach:

²¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026... op. cit.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 z późn. zm.].

- 1) ambulatoryjnych, obejmujących lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna) oraz fizjoterapię ambulatoryjną (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),
- 2) domowych, obejmujących poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię domową (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, obejmujących m.in. rehabilitację ogólnoustrojową (w tym dla określonych grup pacjentów),
- 4) stacjonarnych, obejmujących m.in. rehabilitację ogólnoustrojową.

W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu. Również skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych może być wystawione przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenie to w odniesieniu do jednego pacjenta realizowane jest przez okres do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym i obejmuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ²³.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku lub oddziale dziennym może wystawić lekarz POZ w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych lub wybrani specjaliści wskazani w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Czas trwania ww. świadczenia wynosi dla jednego pacjenta od 15 do 30 dni zabiegowych, obejmujących średnio 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia²⁴.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych może wystawić lekarz specjalista wybranych oddziałów lub poradni wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

lecniczej. Rehabilitacja ta dla pojedynczego pacjenta trwa do 6 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ²⁵. Wskazane wyżej świadczenia rozliczane są w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Finansowanie świadczeń w ramach JGP w tym przypadku odbywa się na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w oparciu o skale medyczne, wskazane w Zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącym zawierania oraz realizacji umów w ramach omawianego rodzaju świadczeń²⁶.

Wśród oferowanych dorosłym pacjentom z chorobami układu ruchu świadczeń gwarantowanych znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące²⁷:

- 1) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych (21 dni),
- 2) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych (21 dni),
- 3) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym (28 dni),
- 4) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym (28 dni),
- 5) uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych (6-18 dni).

Świadczenia uzdrowiskowego leczenia szpitalnego oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w szpitalu są całkowicie finansowane przez NFZ, a czas ich trwania na wniosek lekarza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego może zostać jednokrotnie przedłużony, za zgodą oddziału wojewódzkiego NFZ kierującego na leczenie. Nie ma możliwości przedłużenia świadczeń uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium oraz uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego. Pacjenci ponoszą w tym przypadku częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie za każdy dzień pobytu. Poziom finansowania przez pacjenta zależny jest od warunków zakwaterowania oraz sezonu rozliczeniowego²⁸.

²⁵ Ibidem

²⁶ Zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.).

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 r. poz. 529].

²⁸ Ibidem.

W ramach leczenia szpitalnego świadczenia gwarantowane obejmują szeroki zakres procedur, spośród których najliczniej wykonywane są zabiegi wszczepienia endoprotez stawów biodrowego i kolanowego²⁹.

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria: stan zdrowia, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objętą świadczeniem oraz zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności. Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej³⁰:

- 1) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na przebieg procesu chorobowego, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- 1) przypadek stabilny – w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowany do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Dostrzega się chociażby brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, a także istnieją istotne zastrzeżenia co do wykonywania zabiegów rehabilitacji, zwłaszcza ambulatoryjnej. W szczególności wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana. Efektem niewłaściwie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej są kolejki do podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych. Brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta i określeniu celu podjętej rehabilitacji sprawia, że popyt przewyższa podaż i przyczynia się do długiego oczekiwania na świadczenia, co ostatecznie sprawia, że rehabilitacja rozpoczyna się z opóźnieniem i w konsekwencji ma to negatywny wpływ na stan zdrowia pacjentów³¹.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 870 r. z późn. zm.].

³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 r. poz. 1461 r. z późn. zm.].

³¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wprowadzenie programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski jest zasadne z uwagi na narastające potrzeby zdrowotne lokalnej populacji, wynikające zarówno z niekorzystnych trendów demograficznych, jak i z istotnego obciążenia chorobami oraz następstwami urazów prowadzącymi do ograniczenia sprawności funkcjonalnej. Gmina Kamień Pomorski charakteryzuje się wyższym, w porównaniu do województwa zachodniopomorskiego i kraju, udziałem osób w wieku poprodukcyjnym oraz wyższym wskaźnikiem obciążenia demograficznego, co wskazuje na postępujący proces starzenia się populacji i wzrost liczby mieszkańców zagrożonych niesamodzielnością. Jednocześnie dane epidemiologiczne potwierdzają, że choroby układu ruchu, w tym choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, zapalne choroby narządu ruchu, neuropatie obwodowe oraz następstwa urazów, należą do istotnych przyczyn bólu, niepełnosprawności i pogorszenia jakości życia, a ich znaczenie rośnie wraz z wiekiem. Wprowadzenie programu uzasadniają także rosnące w ostatnich latach w powiecie kamieńskim wskaźniki chorobowości szpitalnej z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz urazów, a także znacznie niższy, w porównaniu do kraju i województwa, wskaźnik liczby pacjentów korzystających z fizjoterapii ambulatoryjnej. W opisanych w programie uwarunkowaniach demograficznych i epidemiologicznych wdrożenie programu ukierunkowanego na osoby w wieku 50 lat i więcej należy uznać za działanie celowe, pozwalające na ograniczenie skutków chorób przewlekłych, poprawę sprawności funkcjonalnej, wydłużenie okresu samodzielnego funkcjonowania oraz zmniejszenie obciążenia opiekunów i systemu ochrony zdrowia.

Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski zaplanowano także w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie miasta dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2026³², na terenie gminy podpisano tylko jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju (Centrum Fizjoterapii Jacek Koszela). Czas oczekiwania na usługi fizjoterapii ambulatoryjnej w tym podmiocie wynosi ponad

³² Informator NFZ – Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl/GSL [dostęp: 14.05.2026 r.].

13 miesięcy³³. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów³⁴.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁵: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026³⁶: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁷: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 8.6: Zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³⁸: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna: Rekomendacja 8.1. 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.
5. Wojewódzki Plan Transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego³⁹: Obszar Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja

³³ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 14.05.2026 r, terminyleczenia.nfz.gov.pl.

³⁴ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019, www.pfron.org.pl.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

³⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb... op. cit.

³⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

³⁹ Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego DZ. URZ. WOJ. 2024.6655, e-dziennik.szczecin.uw.gov.pl.

2.6.5. Poprawa jakości i dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

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 Gminy Kamień Pomorski w latach 2026-2030.

2. Cel szczegółowy

Podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wysokiego 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 2026-2030.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. IV. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	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).
Szczegółowy	Odsetek uczestników programu, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test.

* 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.

** 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.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Kamień Pomorski w wieku 50 lat i więcej cierpiących na choroby przewlekłe lub zapalne układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Liczba mieszkańców gminy Kamień Pomorski w tej grupie wiekowej wynosi ok. 5,96 tys. osób⁴⁰. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w Gminie Kamień Pomorski ok. 4 558/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową szacuje się na poziomie ok. 250 osób rocznie. Dokładnie taka liczba pacjentów zostanie włączona corocznie do programu. Będzie on realizowany każdego roku do wyczerpania budżetu.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

1) Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa

Kryteria włączenia:

- wiek 50 lat i więcej
- zameldowanie na terenie Gminy Kamień Pomorski
- skierowanie od lekarza POZ/specjalisty potwierdzające rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie

Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej i/lub leczenia uzdrowiskowego finansowanych przez Gminę Kamień Pomorski, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

⁴⁰ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl; dostęp: 19.04.2026 r.

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny

Kryteria włączenia:

- kwalifikacja do rehabilitacji podczas wizyty fizjoterapeutycznej

Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne do rehabilitacji, stwierdzone podczas wizyty fizjoterapeutycznej (np. ostra infekcja, gorączka, zaburzenia świadomości, nasilony zespół psychoorganiczny)

3) Działania edukacyjne

Kryteria włączenia:

- kwalifikacja do działań edukacyjnych podczas wizyty fizjoterapeutycznej

Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne, stwierdzone podczas wizyty fizjoterapeutycznej (np. zaburzenia poznawcze, znaczne zaburzenia słuchu/wzroku)

4) Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa

Kryteria włączenia:

- udział w indywidualnym planie rehabilitacji

Kryteria wyłączenia: brak

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim w Kamieniu Pomorskim (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń).

Działania edukacyjne i promocyjne będą kierowane w szczególności do mieszkańców gminy w wieku 50 lat i więcej, a także do ich rodzin i środowiska lokalnego. W tym celu zostaną przygotowane i rozdyskrebowane materiały informacyjne (plakaty, ulotki, broszury) we współpracy z przychodniami POZ (lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe), lokalnymi Klubami Seniora oraz organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób starszych. Materiały będą przygotowane z myślą o osobach starszych - będą czytelne, zrozumiałe, pisane językiem prostym,

z wyraźnym przekazem korzyści zdrowotnych wynikających z udziału w programie. Treści będą zawierały także wskazówki dotyczące zgłoszenia się do programu oraz informację o miejscu i terminie realizacji świadczeń.

Materiały promocyjne będą udostępniane w siedzibach urzędów oraz w centrach aktywności społecznej, placówkach edukacyjnych, domach kultury. Informacje o programie będą również dostępne online - m.in. na: stronie internetowej Urzędu Gminy Kamień Pomorski, portalach jednostek podległych (ośrodków zdrowia, ośrodka pomocy społecznej), profilach społecznościowych gminy i realizatorów programu, lokalnych forach i grupach społecznościowych. Informacje o programie będą przekazywane również bezpośrednio podczas spotkań edukacyjnych i konsultacyjnych organizowanych z mieszkańcami (np. w domach kultury, bibliotekach), lokalnych wydarzeń integracyjnych i kulturalnych (pikniki, festyny, wydarzenia sportowe i edukacyjne), a także akcji profilaktycznych organizowanych we współpracy z przychodniami i jednostkami medycznymi.

Dodatkowo, w ramach obchodów Dnia Babci i Dziadka (styczeń), planuje się przygotowanie krótkich materiałów informacyjnych (np. listów, rysunków, laurek z komunikatem), które zostaną przekazane seniorom za pośrednictwem przedszkoli i żłobków. Tego typu emocjonalny przekaz międzypokoleniowy może zwiększyć motywację osób starszych do zadbania o swoje zdrowie i skorzystania z oferty programu. Z kolei z okazji obchodów Europejskiego Dnia Seniora (1 października) planowane jest coroczne kierowanie listu informacyjnego do lokalnych parafii i wspólnot religijnych z prośbą o przekazanie informacji o programie w ogłoszeniach duszpasterskich. Ten kanał komunikacji, bliski wielu seniorom, może odegrać ważną rolę w dotarciu do osób mniej aktywnych cyfrowo.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego – na podstawie skierowania od lekarza POZ/specjalisty (załącznik 5),
- uwzględniająca kwalifikację do rehabilitacji oraz zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- uwzględniająca początkową ocenę stanu funkcjonalnego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS,
- uwzględniająca kwalifikację do działań edukacyjnych.

2. Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu,
- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli V - 30 zabiegów na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni (przykładowy plan rehabilitacji przedstawiono w tabeli VI),
- w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie.

Tab. V. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)
Kinezyterapia indywidualna
Kinezyterapia grupowa
Elektroterapia (np. TENS, prądy diadynamiczne)
Ultradźwięki
Laseroterapia
Magnetoterapia
Kąpiele solankowe
Okłady borowinowe częściowe
Ćwiczenia w basenie solankowym (hydrokinezyterapia)
Krioterapia miejscowa
Masaż klasyczny

Tab. VI. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba zabiegów
Kinezyterapia indywidualna	3
Kinezyterapia grupowa	7
Ultradźwięki	7
Ćwiczenia w basenie solankowym (hydrokinezyterapia)	5
Okłady borowinowe częściowe	5
Krioterapia miejscowa	3
Razem	30

3. Działania edukacyjne:

- obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 25-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej,
- prowadzone przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, dietetyka, edukatora zdrowotnego, profilaktyka lub specjalistę zdrowia publicznego,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 3),
- o proponowanej tematyce:
 - rola 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,
 - sposoby radzenia sobie ze stresem,
 - możliwość kontynuacji działań profilaktycznych na terenie gminy (np. lokalne zajęcia ruchowe, nordic walking, programy senioralne),
 - możliwość skorzystania z oferty instytucji i organizacji wspierających aktywizację osób starszych na poziomie lokalnym (np. Uniwersytet Trzeciego Wieku, kluby seniora, poradnie dietetyczne lub psychologiczne),
- obejmujące przekazanie broszury z zaleceniami dotyczącymi samodzielnego utrzymania efektów terapii (m.in. ćwiczenia domowe, ergonomia, dieta).

4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa:

- uwzględniająca końcową ocenę stanu funkcjonalnego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz końcową ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS,

- uwzględniająca oceną satysfakcji uczestnika programu (wzór ankiety - załącznik 4).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). Kopię karty uczestnika programu należy przekazać pacjentowi po zakończeniu udziału w programie.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z oceną technologii medycznej AOTMiT w obszarze rehabilitacji leczniczej oraz rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, takich jak: Światowa Organizacja Zdrowia (2020), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2022), Australian Commission on Safety and Quality in Health (ACSQHC 2023), European Alliance of Associations for Rheumatology (EURAL 2018 B, EURAL 2016), Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2018)⁴¹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,

⁴¹ Opinie AOTMiT: nr 11/2026 z dnia 5 lutego 2026 r. oraz nr 1/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r. bip.aotm.gov.pl.

- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2026 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Zachodniopomorskiego (II-III kwartał 2026 r.)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (III kwartał 2026 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III kwartał 2026 r.);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (III kwartał 2026 r.);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026 r. -2030 r.);
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - wizyty fizjoterapeutyczne,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030 r.);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030 r.);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031 r.).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Instytucją zarządzającą programem jest Urząd Miejski w Kamieniu Pomorskim. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego,

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2026 r. poz. 156],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych (zabiegi fizjoterapeutyczne) zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 ze zm.] – w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie realizacji wizyt fizjoterapeutycznych oraz realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach indywidualnych planów rehabilitacji przez następujący personel: fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej „specjalistą w dziedzinie fizjoterapii”, lub fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego),
- zapewnienie realizacji zabiegów masażu w ramach indywidualnych planów rehabilitacji przez następujący personel: fizjoterapeuta (zgodnie z punktem poprzednim) lub masażysta (osoba, która uzyskała dyplom technika masażysty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej),
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez następujący personel: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, dietetyk, edukator zdrowotny, profilaktyk, specjalista zdrowia publicznego (jeden z ww. specjalistów),
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia

i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone wraz z końcem jego realizacji. Będzie uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

Zaplanowano następujące wskaźniki monitorowania:

- 1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:
 - liczba osób zakwalifikowanych do programu,

- liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu i będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. W ewaluacji wykorzystane zostaną wszystkie zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności odpowiadające celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie przedstawiony w raporcie końcowym z realizacji PPZ. W ramach ewaluacji w raporcie znajdzie się odniesienie do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel zostanie uznany za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania będzie równa lub przekroczy wskazaną w celu wartość docelową.

Zaplanowano następujące wskaźniki ewaluacji:

- 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,
- odsetek uczestników programu, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 1 350 zł na podstawie analizy cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II - będzie to 10-dniowy cykl po 3 zabiegi dziennie. Koszty pośrednie zaplanowano na poziomie ok. 10% kosztów realizacji programu. Zakłada się możliwość dokonania korekty nakładów finansowych na koszty pośrednie w kolejnych latach, w odpowiedzi na rzeczywiste zapotrzebowanie na działania informacyjno-promocyjne o programie.

Tab. VII. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	100,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	1 150,00
3. Działania edukacyjne	30,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	70,00

2. Koszty całkowite

W tabeli VIII przedstawiono szacunkowe roczne koszty realizacji programu, w tabeli IX - szacunkowe koszty realizacji w poszczególnych latach.

Tab. VIII. Szacunkowe roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	250	100,00	25 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	250	1 150,00	287 500,00
3. Działania edukacyjne	250	30,00	7 500,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	250	70,00	17 500,00
5. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjno-promocyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	40 000,00	40 000,00
Suma			377 500,00

Tab. IX. Szacunkowe koszty realizacji programu w poszczególnych latach

Rok	Koszt realizacji programu (zł)
2026	377 500,00
2027	377 500,00
2028	377 500,00
2029	377 500,00
2030	377 500,00
Suma	1 887 500,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 1 887 500 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Kamień Pomorski oraz ewentualnych zmian cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Kamień Pomorski. Gmina w latach 2027-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 r. poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 r. poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
2. Gao Y, Zhang Y, Liu X. Rheumatoid arthritis: pathogenesis and therapeutic advances. *MedComm* (2020). 2024 Mar 10;5(3):e509.
3. Gaździk T., Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 2001, ISBN 978-83-200-3317-5.
4. Halik R, Stokwiszewski J., Skutki zdrowotne wypadków w polsce ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej [w:] Wojtyniak B, Smaga A. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2025. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa, 2025 s. 339-358.
5. Hammi C, Yeung B. Neuropathy. 2022 Oct 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 31194377.
6. Informator NFZ – Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl/GSL.
7. Informator NFZ o terminach leczenia, terminyleczenia.nfz.gov.pl.
8. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 19 June 2024.
9. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026.
10. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
11. Mirian A, Aljohani Z, Grushka D, Florendo-Cumbermack A. Diagnosis and management of patients with polyneuropathy. *CMAJ*. 2023 Feb 13;195(6):E227-E233. doi: 10.1503/cmaj.220936. Erratum in: *CMAJ*. 2023 Mar 20;195(11):E415.
12. Mohd Isa IL, Teoh SL, Mohd Nor NH, Mokhtar SA. Discogenic Low Back Pain: Anatomy, Pathophysiology and Treatments of Intervertebral Disc Degeneration. *Int J Mol Sci*. 2022 Dec 22;24(1):208.
13. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva, 14 July 2022.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

16. Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego DZ. URZ. WOJ. 2024.6655, e-dziennik.szczecin.uw.gov.pl.
17. Opinie AOTMiT: nr 11/2026 z dnia 5 lutego 2026 r. oraz nr 1/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r. bip.aotm.gov.pl.
18. Overview: Shoulder pain, Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Last Update: April 22, 2024.
19. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019, www.pfron.org.pl.
20. Rheumatoid arthritis in adults: management, NICE guideline, Reference number: NG100, Published: 11 July 2018, Last updated: 12 October 2020.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 870 z późn. zm.].
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 r. poz. 529].
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 z późn. zm.].
24. Samanta A, Lufkin T, Kraus P. Intervertebral disc degeneration-Current therapeutic options and challenges. Front Public Health. 2023 Jul 6;11:1156749.
25. Steinmetz J, Culbreth G, Haile L et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, The Lancet Rheumatology, 5, e508-e522.
26. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. r. 2025 poz. 1461 z późn. zm.].
27. Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Epidemiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis Development. Mediterr J Rheumatol. 2023 Dec 30;34(4):404-413.

28. World Health Organization, Low back pain, Geneva 19 June 2023, www.who.int.
29. World Health Organization, Osteoarthritis, Geneva 14 July 2023, www.who.int.
30. World Health Organization, Rheumatoid arthritis, World Health Organization, Geneva, 28 June 2023.
31. Zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.).

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika PPZ „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić:

- 1) zgodę na udział w Programie oraz na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie,
- 2) zgodę na wykorzystywanie numeru PESEL w ocenie efektów PPZ,
- 3) zgodę na przetwarzanie danych osobowych, celem uczestnictwa w Programie.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
Działania edukacyjne	Wynik pre-testu (%): Wynik post-testu (%): Wysoki poziom wiedzy w post-teście (min. 80% poprawnych odpowiedzi) ☐ tak ☐ nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena stanu funkcjonalnego wg ICF przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena stanu funkcjonalnego wg ICF po zakończeniu rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie stanu funkcjonalnego wg ICF ☐ tak ☐ nie Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS ☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
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	
odsetek uczestników programu, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
A) Witamina C
B) Błonnik
C) Wapń
D) Magnez
2. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas pracy biurowej?
A) Co 2 godziny
B) Tylko po zakończeniu pracy
C) Co 30–60 minut
D) Raz dziennie
3. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy
4. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście ergonomii?
A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
D) Utrzymywanie lekkiego skrętu tułowia podczas siedzenia
5. Który z poniższych nawyków stylu życia ma udowodniony wpływ na rozwój przewlekłych zespołów bólowych układu ruchu?
A) Brak ekspozycji na światło słoneczne
B) Przewlekłe odwodnienie
C) Brak snu i przewlekły stres
D) Wszystkie powyższe

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika PPZ „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030”

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

--

Strona 43

Załącznik 5

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

**„Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy
Kamień Pomorski na lata 2026-2030 ” (wzór)**

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD 10 |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 662 ze zmianami) Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy między innymi ochrony zdrowia.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Wojewoda Zachodniopomorski. wydał pozytywną opinię nr 3/2026 z dnia 6 lipca 2026 r. dotyczącą projekt programu polityki zdrowotnej „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030” w przedmiocie zgodności z Zaktualizowanym Wojewódzkim planem transformacji oraz celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał pozytywną opinię nr 61/2026 z dnia 20 sierpnia 2026 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Zdrowe starzenie się - rehabilitacja i leczenie uzdrowiskowe dla mieszkańców Gminy Kamień Pomorski na lata 2026-2030”.