UCHWAŁA NR XIV/141/2025
RADY GMINY ŚWIĘCIECHOWA

z dnia 26 czerwca 2025 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej seniorów - mieszkańców Gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz.146 ze zm.) Rada Gminy Święciechowa uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej, pn. „Program rehabilitacji leczniczej seniorów-mieszkańców Gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027” stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Święciechowa.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Gminy

Anna Urbańska

Załącznik nr 1
do uchwały Nr XIV/141/2025
Rady Gminy Święciechowa
z dnia 26.06.2025r. w sprawie
przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.
„Program rehabilitacji leczniczej seniorów -
mieszkańców Gminy Święciechowa w wieku od
60 roku życia na lata 2025-2027”

Program rehabilitacji leczniczej seniorów - mieszkańców Gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia

na lata 2025-2027

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Święciechowa, 2024

1. **Nazwa programu**:

   Program rehabilitacji leczniczej seniorów - mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027

2. **Okres realizacji programu**: 2025-2027

3. **Kontynuacja/trwałość programu**:

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

4. **Dane kontaktowe**:

   Urząd Gminy w Święciechowie
   ul. Ułańska 4
   64-115 Święciechowa
   tel. (65) 533 35 19
   bipsw@swieciechowa.pl

5. **Data opracowania programu**: IV kwartał 2024 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 5
1. Opis problemu zdrowotnego 5
2. Dane epidemiologiczne 9
3. Opis obecnego postępowania 10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 14
1. Cel główny 14
2. Cel szczegółowy 14
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 15
1. Populacja docelowa 15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 15
3. Planowane interwencje 16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania 23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 27
1. Monitorowanie 27
2. Ewaluacja 27
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 28
1. Koszty jednostkowe 28
2. Koszty całkowite 29
3. Źródło finansowania 29
Bibliografia 30
Załączniki 31

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 nerwowego.

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 60 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny[1,2]. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne[3].Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego[4]. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

[1] Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. PostepyHigMedDosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
[2] Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
[3] Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza… op.cit.
[4] Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej[5]. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne[6]. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych[7]. Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta[8].

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek[9]. Wyodrębnia się cztery etapy

[5] Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders201011:1.
[6] Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC MusculoskeletalDisorders. 2011;12:202.
[7] Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
[8] P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine&PrimaryCareReview 2012, 14, 3, s. 345–348.
[9] McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannej sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów[10]. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. Stosuje się w tym przypadku głównie kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne[11]. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, przede wszystkim ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego, ale także w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród występujących najczęściej wymienić należy złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi zazwyczaj w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenia. Stłuczenia stawu spowodowane są urazami bezpośrednimi, powodującymi ból oraz wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony.

[10] Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
[11] Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/.

Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania wiązadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu[12].Przegląd 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[13]. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 60 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji[14]. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich[15].

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych

[12] T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
[13] Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
[14]Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
[15] Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

zmian w obrębie kręgosłupa[16]. 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 immunospupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji[17].

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2015 na całym świecie przekraczała 1,3 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów[18]. Według szacunków WHO, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% 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 przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)[19].

[16] Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
[17] Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
[18] Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 The Lancet, Volume 388 , Issue 10053, s. 1545 - 1602
[19] Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2022[20] ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 2,8 mln Polaków, w tym 76% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz 15% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2022 w Polsce 7479/100 tys. mieszkańców. W województwie wielkopolskim wskaźnik ten był niższy (5527/100 tys.), natomiast na terenie powiatu leszczyńskiego, gdzie leży gmina Święciechowa, również osiągnął wartość niższą od ogólnokrajowego (4211/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,6 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4436/100 tys. mieszkańców), w województwie wielkopolskim było to jedynie 27,9 tys. porad (799/100 tys.; przedostatnie miejsce w kraju), a w powiecie leszczyńskim – 256 (430/100 tys.). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5 mln wizyt fizjoterapeutycznych (13335/100 tys. mieszkańców). W województwie wielkopolskim było to ponad 420,4 tys. wizyt (12 036/100 tys.; najwyższe miejsce w kraju), a w powiecie leszczyńskim – 5 927 porad (9956/100 tys. mieszkańców). W roku 2022 wykonano w Polsce ponad 227 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (601576/100 tys. mieszkańców), w województwie wielkopolskim ponad 16,2 mln (465 671/100 tys.; 13 miejsce w kraju), w powiecie leszczyńskim – 203 395 (341662/100 tys. – jest to wynik niższy niż ten dla kraju i województwa wielkopolskiego).

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz

[20] Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026).

ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a 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[21]. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne[22]. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych[23].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wszystkie wymienione w poprzednim punkcie problemy zdrowotne w sposób istotny wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Zarówno powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i postępujący proces starzenia się społeczeństwa sprawiają, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami przewlekłymi i zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami oraz chorobami obwodowego układu nerwowego jest duże, co z kolei zwiększa zapotrzebowanie na prewencję wtórną, w tym głównie w formie zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej celem zapobieżenia pogłębianiu się choroby i powikłaniom, w tym – dalszemu pogarszaniu się jakości życia pacjentów.

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia, dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w

[21] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
[22] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
[23] Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2024[24] na realizację świadczeń w omawianym rodzaju nie podpisano żadnej umowy z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów[25]. Wydaje się to mieć szczególne znaczenie w populacji osób starszych, często zmagających się z wielochorobowością.

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.[26]: 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 2021-2025[27]: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026[28]: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa wielkopolskiego: Obszar rehabilitacja medyczna.

[24] Informator NFZ – Gdzie się leczyć [https://gsl.nfz.gov.pl/GSL; dostęp: 26.05.2024r.].
[25] PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [https://www.pfron.org.pl/].
[26] Ibidem.
[27] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
[28] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa wielkopolskiego[29]: Obszar Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja: Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.

[29]Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji [Poz. 9999].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę 14mm u co najmniej 30% uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2027.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 30%* osób z populacji docelowej w latach 2025-2027.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
Szczegółowy	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.

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 Święciechowa w wieku od 60 roku życia, których liczba wynosi 1 856 tys. osób[30]. 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 powiecie leszczyńskim ok. 4211/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w Gminie Święciechowa oszacowano na poziomie ok. 75 pacjentów rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 50 dorosłych mieszkańców (ok. 66% populacji docelowej).

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

2.1. Kryteria włączenia:

- wiek 60 lat i więcej
- zameldowanie na terenie gminy Święciechowa (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Święciechowa, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

[30] Dane pozyskane z Urzędu Stanu Cywilnego w Święciechowie – stan na dzień 18.11.2024 r.

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do Programu,
- uwzględniająca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego (w celu uniknięcia ryzyka podwójnego finansowania podczas wizyty uczestnik Programu złoży oświadczenie, w którym wskaże, z jakich rodzajów świadczeń finansowanych ze środków publicznych zabiegów rehabilitacyjnych korzysta poza Programem);

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 I o łącznej sumie punktów 550 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni,
- realizowany w trybie ambulatoryjnym lub domowym (w przypadkach uzasadnionycj stanem zdrowia pacjenta);

3) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka,
- 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 4),
- 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);

4) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu weryfikację skuteczności przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych w ramach programu,
- uwzględniająca zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informację na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

** taryfikacja na podstawie Załącznika nr 1 do zarządzenia nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.*

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)[31],
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)[32],
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)[33],
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)[34],
- North American Spine Society (NASS 2020)[35],
- American College of Physicians (ACP 2017)[36],
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)[37].

[31] Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
[32] Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
[33] Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
[34] Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].
[35] Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].
[36] Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].
[37] Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

- Institute of Health Economics (IHE 2017)[38],
- National Stroke Foundation (NSF 2010)[39],
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)[40],
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)[41],
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)[42],
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)[43],

Zgodnie z zaleceniami NICE (2014) w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów należy dokonywać oceny wpływu choroby na aktywność dnia codziennego, jakość życia, pracę zawodową, nastrój, relacje społeczne oraz spędzanie wolnego czasu. Formułowanie planu leczenia i rehabilitacji, a także omawianie z pacjentem ryzyka i korzyści wynikających z proponowanego postępowania, wymaga uwzględnienia chorób współistniejących. Pacjentom dotkniętym zmianami zwyrodnieniowymi należy zapewnić stały dostęp do pełnej informacji o chorobie i rokowaniach, możliwość zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a także interwencje mające na celu utratę masy ciała, w przypadku pacjentów z nadwagą lub otyłością. Ponadto nie należy zapominać o konieczności włączenia pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących planu terapeutycznego. Odpowiednie ćwiczenia fizyczne (miejscowo wzmacniające mięśnie oraz poprawiające ogólną sprawność aerobową) powinny być zalecane wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ponadto, w celu uśmierzenia bólu, zaleca się stosowanie przezskórnej stymulacji nerwów (TENS). Osobom z chorobą zwyrodnieniową kończyn dolnych należy zapewnić poradnictwo w zakresie stosowania odpowiedniego obuwia. Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).

[38] Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].
[39] Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].
[40] DeutschesÄrzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, DtschArztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].
[41] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine&PrimaryCareReview; 19(3): 323–334.
[42] Ibidem.
[43] Ibidem.

W przypadku pacjentów z bólem w dolnej partii pleców ACP (2017) zaleca się, obok terapii farmakologicznej, podejmowanie działań niefarmakologicznych, w tym m.in. intensywną interdyscyplinarną rehabilitację, terapię ruchową, akupunkturę, masaże, jogę, terapię zajęciową (poznawczo-behawioralną), a także relaksację. APS (2009) dodatkowo zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom z ostrymi bólami pleców, pełnej informacji na temat powrotu do zdrowia, ewentualnych nawrotów choroby, bezpiecznej i uzasadnionej modyfikacji codziennej aktywności, a także najbardziej efektywnych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem.

Liczne wytyczne zalecają krótkie interwencje edukacyjne, zachęcające do powrotu do normalnej aktywności w celu ograniczenia absencji chorobowej i niepełnosprawności związanej z przewlekłym bólem krzyża (COST 2006, NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016). Ponadto wytyczne te wskazują na konieczność zapewnienia pacjentom pełnej informacji o jednostce chorobowej oraz podejmowania kompleksowych programów rehabilitacji w odniesieniu do pacjentów przebywających na zwolnieniach lekarskich ponad 4-8 tygodni, a także tych, u których postępowanie monodyscyplinarne (farmakoterapia) nie przyniosło oczekiwanych efektów (IHE 2017, DAI 2017, ICSI 2018).

Pacjentom cierpiącym z powodu przewlekłego bólu pleców zaleca się, zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013), krótkie interwencje edukacyjne, mogące ograniczać ryzyko absencji chorobowej oraz niepełnosprawności. W grupie tej, poza farmakoterapią, należy rozważyć dodatkowo stosowanie progresywnej relaksacji mięśni, metody EMG Biofeedback, a także kognitywnej terapii behawioralnej. Ponadto eksperci, w przypadku przewlekłego bólu dolnej partii pleców oraz szyi, zalecają stosowanie terapii manualnej. Wszystkich pacjentów z omawianą dolegliwością należy zachęcać do wykonywania ćwiczeń fizycznych, przy czym powinny być one nadzorowane przez specjalistę, dopasowane do potrzeb grupy, a także stanowić kombinację ćwiczeń wykonywanych w grupie oraz w warunkach domowych. SIGN zaleca także w postępowaniu terapeutycznym wzięcie pod uwagę przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej. W wybranych przypadkach przewlekłego bólu grzbietu lub choroby zwyrodnieniowej, w celu krótkotrwałego złagodzenia bólu, można rozważyć zastosowanie akupunktury.

Ponadto warto podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi SIGN (2013), w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010).

Niewątpliwie według ekspertów naukowych ważnym elementem programu zdrowotnego powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas wykonywania zwykłych czynności codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości chorób układu ruchu i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017).

W bólu ostrym kręgosłupa zaleca się zapewnienie komfortu, edukację (w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej) oraz farmakoterapię (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017). Z kolei w bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną oraz masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017). Ponadto niektóre rekomendacje wskazują, że terapia manualna kręgosłupa (spinalmanipulativetherapy; SMT) może być brana pod uwagę w leczeniu bólu i wpływać na poprawę funkcjonalną u pacjentów z ostrym lub przewlekłym bólem krzyża (NASS 2020, ICSI 2018, ACP 2017).

Ponadto zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny[44].

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.[45]: należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitacja. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Celem działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. Istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń. Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m.in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie

[44] Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [https://bipold.aotm.gov.pl/].
[45] Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim Internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów zawartymi w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych[46], w obszarze rehabilitacji leczniczej należy m.in.:

- obejmować rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio objęci opieką w tym zakresie,
- dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych, w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności (w celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów),
- ograniczyć liczbę zabiegów fizykoterapii i popularyzować kinezyterapię,
- rozpowszechniać rehabilitację w warunkach domowych,
- należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- należy rozpowszechniać telerehabilitację (ćwiczenia wykonywane przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy), szczególnie w odniesieniu do pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia

[46] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy… op. cit.

usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

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 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program 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 (IV kwartał 2024r.);
2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Wielkopolskiego (IV kwartał 2024 r.);

3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III kwartał 2025);
4) podpisanie umowy na realizację programu (III kwartał 2025);
5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025/2026/2027)

- akcja informacyjna w całym okresie trwania Programu (publikacja na stronie internetowej Gminy Święciechowa oraz na profilu Facebook Gminy Święciechowa szczegółowej informacji nt. możliwości skorzystania z Programu, warunków uczestnictwa oraz korzyści zdrowotnych płynących z udziału w Programie; wykonanie i kolportaż plakatów i ulotek dot. możliwości skorzystania z Programu, warunków uczestnictwa oraz korzyści zdrowotnych płynących z udziału w Programie – w szczególności w Klubie Seniora w Święciechowie, siedzibie Związku Emerytów i Rencistów w Święciechowie oraz NZOZ Ośrodek Zdrowia w Święciechowie),
- *indywidualne plany rehabilitacji, - dostosowane do potrzeb każdego seniora, uwzględniające ich stan zdrowia i cele rehabilitacyjne.*
- *wizyty fizjoterapeutyczne- Każdy uczestnik programu przechodzi wstępną ocenę stanu zdrowia przez fizjoterapeutę, który określa indywidualne potrzeby i cele rehabilitacyjne. Indywidualne sesje rehabilitacyjne oparte są na wynikach i ocenie stanu zdrowia.*
- *programy edukacyjne - dotyczące zdrowego stylu życia, które mogą wspierać rehabilitację.*
- *warsztaty zdrowotne- zdrowe odżywianie, profilaktyka chorób, zarządzanie bólem. Zajęcia z zakresu aktywności fizycznej: Programy ćwiczeń dostosowane do możliwości seniorów. Spotkania z ekspertami: Organizacja wykładów z udziałem specjalistów (dietetyków, lekarzy, psychologów) na temat zdrowia seniorów.*
- analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

6) ewaluacja (I kwartał 2028):

- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);

- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2028).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy w Święciechowie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2023 r. poz. 991z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.] – w zakresie niezbędnym dla realizacji Programu,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest 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 [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
- odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 63 000 rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załączniku nr 1m do Zarządzenia 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.01.2022 r. (tabela I, s. 16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 1,57 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie leszczyńskim w województwie wielkopolskim (6 podmiotów) tj. 1,52 zł[47] oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,9%[48]) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę fizjoterapeuty z wyższym wykształceniem magisterskim w okresie 2023-2024(12,8%)[49].

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 13,67, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 21,46 zł (1,57 zł x 13,67). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 22 zł. Koszt indywidualnego planu rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 900 zł (10-dniowy cykl, średnio po 40 zabiegów/pacjenta). Koszt wizyty fizjoterapeutycznej, obejmującej zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacji, oszacowano na 120 zł. Koszt ponownej wizyty fizjoterapeutycznej na zakończenie udziału w programie, oszacowano na 120,00 zł, natomiast koszt działań edukacyjnych na 40 zł (na podstawie badania rynku lokalnych podmiotów świadczących tego typu usługi).

1. Koszty jednostkowe

• 1 180 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt dwóch wizyt fizjoterapeutycznych (240 zł), indywidualnego planu rehabilitacyjnego (900 zł) oraz działań edukacyjnych (40zł);

• 3000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych);

• 1 000 zł - koszt monitoringu i ewaluacji.

[47] Informator o umowach NFZ… op. cit.

[48] Dane GUS, średnioroczny wskaźnik inflacji – komunikat z 15.01.2024 r. [stat.gov.pl; dostęp: 13.06.2024 r.].

[49] Dane KIF, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2023 (6 473,07 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2024r. (7 298,59 zł) [https://kif.info.pl/; dostęp: 13.06.2024 r.].

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w każdym roku realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	3 000	3 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	50	1 180	59 000,00
Monitoring i ewaluacja	--	1 000	1000,00
Koszty programu (coroczne)			63 000,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	63 000,00
Akcja informacyjna	3 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	59 000,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2026	63 000,00
Akcja informacyjna	3 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	59 000,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2027	63 000,00
Akcja informacyjna	3 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	59 000,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Święciechowa. Gmina w latach 2025-2027 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Wielkopolski 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. 2024 poz. 146 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 poz. 9].

Bibliografia

1. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. PostepyHigMedDosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
2. ClinicalGuidelines for Stroke Management 2010, NationalStroke Foundation [https://extranet.who.int/].
3. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
4. Davidson J, Marian S. Falls. RevClinGerontol 2007;17, s. 93-107.
5. DeutschesÄrzteblatt International, Non-SpecificLowBackPain, DtschArztebllnt 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].
6. Diagnosis and Treatment of LowBackPain [https://www.spine.org].
7. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
8. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
9. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
11. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [https://gsl.nfz.gov.pl/GSL; dostęp: 13.06.2024 r.].
12. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
13. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
14. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
15. Lowbackpain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
16. LowBackPainGuideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].
17. LowBackPain, AdultAcute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].
18. Management of chronicpain, SIGN 136, A nationalclinicalguideline, December 2013.
19. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026).
20. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of RheumatoidArthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
21. NoninvasiveTreatments for Acute, Subacute, and ChronicLowBackPain: A ClinicalPracticeGuideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].
22. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
23. Obwieszczenie Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji [Poz. 9999].

24. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [https://bipold.aotm.gov.pl/].
25. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinicalguideline CG177 Methods, evidence and recommendations, NationalClinicalGuideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
26. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine&PrimaryCareReview 2012, 14, 3, s. 345–348.
27. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinalosteoarthritis with lumbarlordosis. BMC Musculoskeletal Disorders201011:1.
28. Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
29. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [https://www.pfron.org.pl/].
30. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine&PrimaryCareReview; 19(3): 323–334.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
34. Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Doeslumbarspinaldegenerationbegin with the anteriorstructures? A study of the observedepidemiology in a community-basedpopulation. BMC MusculoskeletalDisorders. 2011;12:202.
35. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
36. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
37. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., Europeanguidelines for the management of acutenonspecificlowbackpain in primarycare, EurSpine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
38. Vos, Theo et al Global, regional, and nationalincidence, prevalence, and yearslived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematicanalysis for the Global Burden of DiseaseStudy 2015 The Lancet, Volume 388, Issue 10053, s. 1545 - 1602
39. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/.
40. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatricmedicine. 2010;26(3), s. 355-369.

41. Dane GUS, średnioroczny wskaźnik inflacji – komunikat z 15.01.2024 r. [stat.gov.pl; dostęp: 13.06.2024 r.].
42. Dane KIF, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2023 (6 473,07 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2024r. (7 298,59 zł) [https://kif.info.pl/; dostęp: 13.06.2024 r.].
43. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 13.06.2024 r.].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
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 wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

…….....
(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: ……... Utrzymanie poziomu wiedzy lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 10% 1 tak nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: …….. Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: …….. Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS: 1 tak nie

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

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027"

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

Liczba uczestników kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)	
Liczba i odsetek pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	
Liczba uczestników działań edukacyjnych	
Liczba i odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.	
Wyniki ankiety satysfakcji* (skrócony opis)	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia .....

(miejscowość) *(data)*

…….....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
staranność wykonywania zabiegów?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

Załącznik 4

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”(wzór)

1) Do głównych objawów choroby zwyrodnieniowej stawów nie należy:
a) ból stawu
b) poszerzony i zniekształcony obrys stawu
c) trzeszczenie stawu
d) wzmożone napięcie mięśni otaczających staw

2) Dysk to potoczna nazwa:
a) chrząstki stawowej
b) trzonu kręgu
c) krążka międzykręgowego
d) kanału kręgowego

3) Krążek międzykręgowy zbudowany jest z:
a) mięśni i jądra miażdżystego
b) chrząstki stawowej
c) jądra miażdżystego i pierścienia włóknistego
d) ścięgien i więzadeł

4) Wskazaniem do zabiegu operacyjnego kręgosłupa lędźwiowego jest:
a) zaburzenie czucia i poważne osłabienie siły mięśniowej
b) ból nie do zniesienia
c) brak efektów leczenia zachowawczego
d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

5) Celem fizjoterapii jest:
a) poprawa i zwiększenie siły mięśniowej
b) zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz rozluźnienie napiętych mięśni
c) eliminacja nieprawidłowych nawyków zaburzających poprawne funkcjonowanie stawu
d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

UZASADNIENIE

do Uchwały Nr XIV/141/2025
RADY GMINY ŚWIĘCIECHOWA
z dnia 26 czerwca 2025r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej seniorów - mieszkańców Gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”.

Przepis art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz.146 ze zm.) stanowi, iż 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.
Z art. 48 ust.1 i 3 tej ustawy wynika, że programy opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, dotyczą w szczególności:
1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym.
Program rehabilitacji leczniczej seniorów - mieszkańców gminy Święciechowa w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027, spełniający warunek określony w art. 48 ust. 3 pkt 2 omawianej ustawy , został zaopiniowany przez Wojewodę i Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Program przewiduje koszt: 189 000 zł , tj. w każdym roku po 63 000 zł z możliwością pozyskania dofinansowania 40% z NFZ. Zadanie jest wpisane w Gminny Program Rewitalizacji oraz w WPF.

Wójt Gminy Święciechowa

Mikołaj Kostaniak