

**UCHWAŁA NR VII/63/2024
RADY MIEJSKIEJ W STOPNICY**

z dnia 30 grudnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii
na lata 2025-2027”**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 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.) Rada Miejska w Stopnicy uchwala, co następuje:

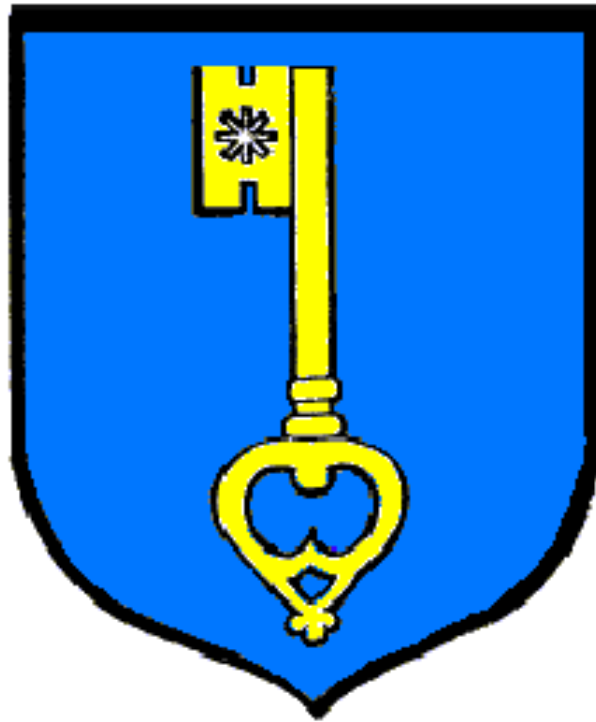
§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Stopnica.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Krzysztof Tulak



Program polityki zdrowotnej
Gminy Stopnica

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

Opracowano na podstawie art. 48 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.)

Stopnica, grudzień 2024 r.

Opracowanie dokumentu na zlecenie Gminy Stopnica
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482
tel. kom. 505-418-428
e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl
www.pubhealth.pl

Spis treści

<i>Spis rycin</i>	3
<i>Spis tabel</i>	4
I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu	5
<i>I.1 Opis problemu zdrowotnego</i>	5
<i>I.2 Dane epidemiologiczne</i>	8
Województwo świętokrzyskie	10
Gmina Stopnica.....	13
<i>I.3 Obecne postępowanie</i>	14
Wnioski z badań i analiz naukowych (za AOTMiT):.....	16
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	18
<i>II.1 Cel główny</i>	18
<i>II.2 Cele szczegółowe</i>	18
<i>II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu</i>	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu	19
<i>III.1 Populacja docelowa</i>	19
<i>III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu</i>	20
Kryteria włączenia do programu.....	20
Kryteria wyłączenia z programu	20
<i>III.3 Planowane interwencje</i>	21
Etap I – działania organizacyjne.....	21
Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne	22
Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze	27
<i>III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu</i>	27
<i>III.5 Sposób zakończenia udziału w programie</i>	28
IV. Organizacja programu	30
<i>IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów</i>	30
<i>IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych</i>	30
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu	32
<i>V.1 Monitorowanie</i>	32
<i>V.2 Ewaluacja</i>	33
VI. Budżet programu	35
<i>VI.1 Koszty jednostkowe</i>	35
<i>VI.2 Koszty całkowite</i>	36
1. Koszty organizacyjne.....	36
2. Koszty interwencji.....	36
<i>VI.3 Źródła finansowania</i>	39
VII. Bibliografia	40
VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	42
<i>ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór</i>	42
<i>ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie – wzór</i>	43
<i>ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne - wzór</i>	44
<i>ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie z wykonania świadczeń - wzór</i>	46
<i>ZAŁĄCZNIK 5. Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego – wzór</i>	47
<i>ZAŁĄCZNIK 6. Formularz oceny stanu uczestnika programu – wzór</i>	48
<i>ZAŁĄCZNIK 7. Test wiedzy uczestnika programu – wzór</i>	49
Spis rycin	
Rycina 1. Choroby i dolegliwości przewlekłe w Polsce: ból pleców, ból szyi według grup wieku. EHIS (2014).	9

Rycina 2. Odsetek wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wieku u osób dorosłych w 2019 r.	9
Rycina 3. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r.	11
Rycina 4. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby stawów	12
Rycina 5. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby kręgosłupa	12
Rycina 6. Piramida wieku mieszkańców Gminy Stopnica.....	19

Spis tabel

Tabela 1. Grupy chorób układu narządów ruchu	5
Tabela 2. Zestawienie ilości poszczególnych rodzajów zabiegów w latach 2022-2024 udzielonych przez COR w Stopnicy.....	13
Tabela 3. Zestawienie ilości pacjentów korzystających z poszczególnych rodzajów zabiegów w latach 2022-2024 udzielonych przez COR w Stopnicy	14
Tabela 4. Koszt jednostkowy zabiegów fizjoterapii na podstawie rozeznania cen	35
Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu	36
Tabela 6. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych	36
Tabela 7. Koszty całkowite realizacji interwencji terapeutycznej w okresie rocznym.	38
Tabela 8. Planowany roczny budżet programu w zł.....	38
Tabela 9. Planowany całkowity budżet programu w zł.	39

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Na skutek dolegliwości występujących ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej może nastąpić ograniczenie w sprawnym poruszaniu się czy wykonywaniu codziennych czynności. Mając na uwadze etiologię i patogenezę tych schorzeń zarówno kryteria rozpoznania, przebieg choroby oraz obraz kliniczny i metody leczenia są złożone.

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Schorzenia te występują w ramach grup ICD-10: M00-M99, G54, G55, T06, T09, S34, S52. Kluczową rolę w terapii schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń. Nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej.

Główne grupy schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Grupy chorób układu narządów ruchu

ICD-10	Opis
M00-M99	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
M00-M15, M18-M22, M24-M25	Artropatie
M30-M36	Układowe choroby tkanki łącznej
M40-M49	Zniekształcające choroby grzbietu, choroby kręgosłupa
M50, M51	Choroby kręgów szyjnych, inne choroby krążka międzykręgowego
M54	Bóle grzbietu
M60-M79	Choroby tkanek miękkich
M53, M80-M99	Inne choroby grzbietu, inne choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ICD-10

Przyczynę chorób układu mięśniowo-szkieletowego może stanowić:

- schorzenie o podłożu zapalnym;
- schorzenie o podłożu zwyrodnieniowym;
- zmiany przeciążeniowe;
- urazy kończyn;
- zmiany neurologiczne;
- zespół cieśni nadgarstka.

Do najczęściej występujących w ogólnej populacji zapalnych chorób narządu ruchu należą schorzenia reumatyczne do których zalicza się: reumatoidalne zapalenie stawów oraz spondyloartropatie (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, tłuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom jelit). Rzadziej występują tzw. choroby tkanki łącznej, takie jak: toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, twardzina czy zapalenie skórno- i wielomięśniowe.

Najczęściej występującym w populacji niezapalnym schorzeniem narządu ruchu jest choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS), będąca skutkiem działania czynników biologicznych oraz

mechanicznych. Czynniki te destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości, ostatecznie obejmując wszystkie tkanki stawu. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się głównie: bólem stawowym, ograniczeniem ruchomości w stawie oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (np. wysiękiem w stawie) o różnym nasileniu (bez objawów ogólnoustrojowych). Wyróżnia się postać pierwotną ChZS (częściej występuje, a jej przyczyna jest nieznana) oraz wtórną (wywołaną miejscowymi uszkodzeniami struktur, nieprawidłowościami budowy stawu lub chorobami ogólnoustrojowymi).

Zaraz po zmianach stawów o podłożu reumatycznym, kolejną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych związane z pracą (powszechnie nazywane „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem organizmu”). Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, choć mogą również dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, wymagających leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. W przewlekłych przypadkach mogą one nawet prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy.

Rozpoznanie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa różni się w zależności od jednostki chorobowej. Ustalenie rozpoznania choroby wymaga analizy objawów, jakie stwierdza się u pacjenta, jak również wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po ocenie chorego przez lekarza. Ten schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa. Szczególne znaczenie ma ocena pacjenta przez doświadczonego reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a najistotniejsze jest ich powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Przeprowadzone w dalszej kolejności badania laboratoryjne i obrazowe potwierdzają lub wykluczają wstępną diagnozę.

Przebieg chorób jest zmienny w czasie, charakteryzują go okresy remisji i zaostrzeń, stąd leczenie nie może bazować na sztywno ustalonych schemacie postępowania. Należy je okresowo weryfikować i dostosowywać do aktualnej sytuacji oraz oczekiwań chorego.

W leczeniu właściwe jest połączenie farmakologii z metodami niefarmakologicznymi i uwzględnia się czynniki takie jak:

- ogólne czynniki ryzyka – wiek, choroby współistniejące, polipragmazja;
- stopień nasilenia bólu;
- stopień niepełnosprawności;
- objawy stanu zapalnego;
- lokalizacja i stopień uszkodzenia struktur narządu ruchu.

Leczenie dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej różni się w zależności od jednostki chorobowej. Wymaga połączenia metod farmakologicznych oraz niefarmakologicznych. Oprócz farmakoterapii w leczeniu objawowym zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem fizjoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u wybranych pacjentów – metod inwazyjnych (blokady, neurodestrukcja, endoprotezoplastyka).

Jednym z elementów terapii zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest kinezyterapia oraz fizjoterapia. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. Celem kinezyterapii są: zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie, utrzymanie bądź zwiększenie siły mięśni, poprawa albo utrzymanie wydolności oddechowej oraz poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości). Natomiast fizjoterapia oznacza stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana za pomocą aparatury (ultradźwięki, krioterapia, elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). W leczeniu usprawniającym pełni ona funkcję pomocniczą, dlatego rzadko stosuje

się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ponadto ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

Rehabilitacja medyczna umożliwia nauczenie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększa skuteczność stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Istotne jest to, aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb chorego podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymogi rehabilitacyjne pacjentów. Taki indywidualny plan musi uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań. Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, który tworzy i modyfikuje program/plan rehabilitacji. W skład takiego zespołu wchodzi przedstawiciele różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych. Podstawę do rekomendacji w zespole stanowi fakt, że nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby pacjentów z obszaru rehabilitacji znacznie się od siebie różnią. Plan interwencji powinien określać indywidualny cel, typ, częstotliwość i intensywność działań oraz możliwości chorych (NZGG 2002- New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

Metody niefarmakologiczne w leczeniu objawowym chorób mięśniowo-szkieletowych to stosowanie wielokierunkowej terapii uwzględniając fizjoterapię, rehabilitację, psychoterapię czy metody neuromodulacji. Niektórzy pacjenci wymagają zastosowania metod inwazyjnych takich jak blokady, neurodestrukcja czy endoprotezoplastyki.

Z definicji Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Jest to proces medyczno-społeczny, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Rehabilitację korelującą z wszystkimi specjalizacjami klinicznymi, można ją podzielić na:

- leczniczą;
- psychologiczną;
- zawodową;
- społeczną.

Rehabilitacja lecznicza i fizjoterapia to zasadniczo pojęcia, które używane są zamiennie. Stosowanie nowoczesnych metod terapeutycznych zapewni profesjonalną i kompleksową rehabilitację pacjentom z różnymi schorzeniami i w różnym stanie.

Brak kompleksowej terapii oraz rehabilitacji może doprowadzić u osób dotkniętych niepełnosprawnością lub zagrożonych niepełnosprawnością określone zmiany psychiczne lub psychopatologiczne. Można zatem stwierdzić, że niepełnosprawność powoduje w pewnym stopniu upośledzenie wszystkich obszarów życia człowieka, wywołując problemy natury fizycznej, psychicznej, zawodowej, społecznej, ekonomicznej i rodzinnej.

Zalecenia są też zgodne co do faktu, że u pacjentów poddanych ocenie stanu zdrowia należy przeprowadzić wywiad w kierunku występowania niepokoju lub/i depresji a wszystkie osoby z rozpoznaniem powinny zostać poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).

Jedną z form przywracania sprawności fizycznej osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i ze schorzeniami kręgosłupa jest rehabilitacja. Można tu wyróżnić rehabilitację medyczną, społeczną oraz zawodową. W grupie rehabilitacji medycznej (fizjoterapii) można wyróżnić kinezyterapię, fizykoterapię, a także masaż leczniczy.

W przypadku bólów kręgosłupa i schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego terapia obejmuje m.in.:

- kinezyterapię;
- fizykoterapię.

Pierwsza z nich składowa rehabilitacji – ruch jest środkiem leczniczym przyjmującym formę ćwiczeń. Ćwiczenia fizyczne, szczególnie w przypadku chorób zwyrodnieniowych powinny być istotnym elementem rehabilitacji niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy

niepełnosprawności. (NICE 2020- National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2018- The Royal Australian College of General Practitioners).

W przypadku fizykoterapii stosuje się wytwarzaną przez aparaturę energię, można tu wyróżnić:

- ultradźwięki;
- krioterapię;
- elektroterapię;
- magnetoterapię;
- światłolecznictwo;
- laseroterapię;
- ciepłolecznictwo.

W przypadku leczenia usprawniającego fizykoterapia jest stosowana jako terapia pomocnicza rzadko stosowana jest jako zabieg podstawowy, wspomaga ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból.

Przy zastosowaniu kinezyterapii w przypadku schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego celem jest:

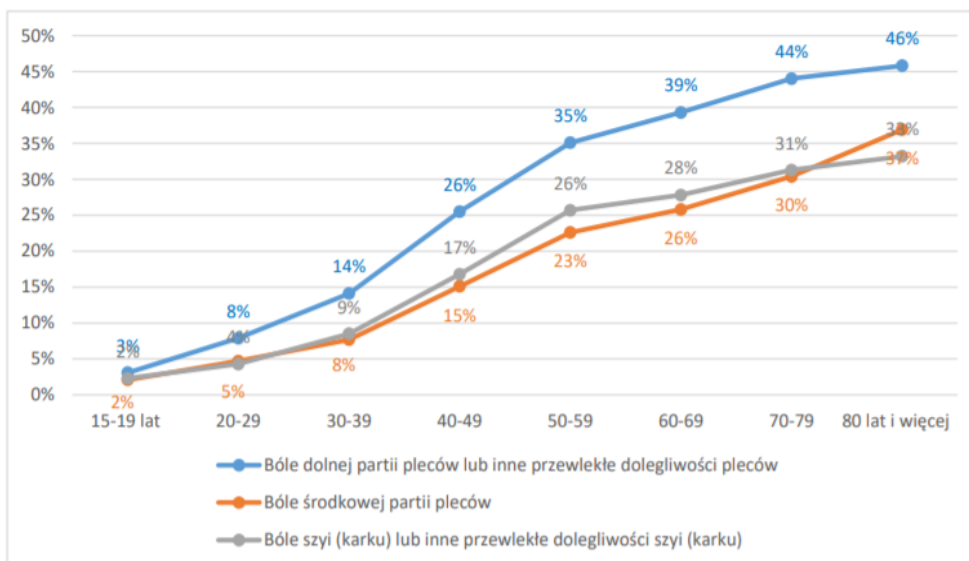
- zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa;
- zapobieganie przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie;
- utrzymanie lub zwiększenie siły mięśni;
- poprawa lub utrzymanie wydolności oddechowej;
- poprawa sprawności ogólnej - ruchomość, wytrzymałość (poprawa zdolności do wykonywania lekkiej pracy fizycznej domowej i zawodowej).

I.2 Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości pochodzące ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2015 roku na całym świecie przekraczały 1,3 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów. W świetle danych Światowej Organizacji Zdrowia każdego dnia na świecie na skutek urazów zewnętrznych umiera 14 tysięcy osób co w skali roku daje 5 milionów zgonów spowodowanych tymi przyczynami. Wedle tych szacunków urazy stają się jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym – odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Urazy śmiertelne stanowią nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu przypadkach konsekwencją jest niepełnosprawność lub konieczność leczenia szpitalnego co związane jest z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w kontekście ekonomicznym oraz dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe – 24% przyczyn zgonów. Kolejne miejsca zajmują inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała – 18%, kolejne pozycje przyczyn urazów to: próby samobójcze – 16%, upadki-14%, zabójstwa – 10%, utonięcia – 7%, oparzenia związane z pożarami – 5%, zatrucia-4%. Według opracowania Murray 2010 ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa stanowi szóstą (na 291 analizowanych) przyczynę obciążenia chorobowego społeczeństwa mierzonego przy użyciu DALY (disability-adjusted life year) w skali świata. W Europie Zachodniej jest to pierwsza, a w Środkowej i Wschodniej – trzecia przyczyna utraty lat życia w zdrowiu. Natomiast obciążenie w wyniku bólu szyi znajduje się na 21. miejscu w skali świata, a w Europie zajmuje 8. pozycję w części zachodniej kontynentu oraz 14. w centralnej i 18. we wschodniej.

Według danych EHIS – European Health Interview Survey (Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia) realizowanego w 2014 roku - 59% dorosłych mieszkańców Polski deklarowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych. Najczęściej wymienianą dolegliwością były bóle dolnej partii pleców. W grupie kobiet deklarowało je 28,4%, a w grupie mężczyzn – 21,2% w wieku 15 o więcej lat. Bóle środkowej części pleców deklarowało odpowiednio 19% i 12,9%. Bóle szyi wystąpiły u 21% ankietowanych kobiet i 13% mężczyzn. Dane przedstawione na rycinie 1.

Według danych tego samego badania, ale w 2019 roku, najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi osoby dorosłe (w wieku co najmniej 15 lat) były: wysokie ciśnienie krwi (niemal 27%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (blisko 26%) – rycina 2.



Rycina 1. Choroby i dolegliwości przewlekłe w Polsce: ból pleców, ból szyi według grup wieku. EHIS (2014).

Źródło: GUS – Stan zdrowia ludności 2014.

Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wieku u osób dorosłych w 2019 r. ^a

Percentages of indications of the most common diseases and chronic ailments by age groups in adults in 2019 ^a

Choroba lub dolegliwość Disease or ailment	15-29 lat 15-29 years	30-39 30-39	40-49 40-49	50-59 50-59	60-69 60-69	70-79 70-79	80 lat lub więcej 80 years or more
Wysokie ciśnienie krwi High blood pressure	1,7 ^v	5,9	14,9	35,5	49,8	66,5	68,9
Bóle dolnej partii pleców Lower back pain	6,1	13,6	24	35,6	38,5	45,2	51,3
Bóle szyi Neck pain	3,3	7	13,8	23,3	25,8	29,7	31,4
Bóle środkowej partii pleców Pain in the middle of the back	3,5	7,9	11,9	22,5	23,4	29,7	35,8
Choroba zwyrodnieniowa stawów Osteoarthritis	.	1,1 ^v	7	18,9	29,3	44	52

Rycina 2. Odsetek wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wieku u osób dorosłych w 2019 r.

Źródło: GUS – Stan zdrowia ludności 2019.

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), w 2019 r., wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim ból dolnego odcinka kręgosłupa).

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego cechować się będą znacznymi wzrostami chorobowości zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i UE. Urazy nieumyślne są zaś przykładem problemu, dla którego wzrost chorobowości w UE prognozowany jest jako wyższy niż w Polsce.

Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób układu mięśniowo-szkieletowego będą na trzecim miejscu (1 878,05 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost o 8,25%).

Najczęstsze problemy zdrowotne będące przyczyną kontaktu z AOS w latach 2015-2019 to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (10,9% wszystkich porad).

Przeanalizowano również przeciętny czas oczekiwania na świadczenia, których zrealizowano co najmniej 20 tys. W tej grupie zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2019 r. były m.in. głównie zabiegi dotyczące chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Województwo świętokrzyskie

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), prognozuje się zmiany w występowaniu zdarzeń mających wpływ na liczbę zgonów.

Spadek ten w Polsce będzie najbardziej zauważalny w urazach komunikacyjnych (o 25,09%, 2,81 na 100 tys. ludności), w tym głównie w urazach w zdarzeniach drogowych (o 25,5%). W zestawieniu regionalnym zgonów z powodu urazów komunikacyjnych najlepiej wypadnie województwo małopolskie (ze spadkiem aż o 46,27%, 3,84 na 100 tys. ludności), a najgorzej **świętokrzyskie** (spadek o 21,85%, 2,95 na 100 tys. ludności). Wskazuje to na problem z ilością wypadków, a także związaną z tym konieczność przywracania do pełnej sprawności osób, które te wypadki przeżyły. Niejako potwierdzają to dane dotyczące udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 585. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie **świętokrzyskim** (1 010), najmniej zaś w województwie mazowieckim (450).

W ramach rehabilitacji stacjonarnej sprawozdanych zostało 6,11 mln osobodni. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 15 920. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: **świętokrzyskie** (23 626), śląskie (21 883) i dolnośląskie (20 112), najmniejszą zaś województwa: kujawsko-pomorskie (11 759), łódzkie (12 099) i podlaskie (12 507).

Według map potrzeb zdrowotnych dla woj. świętokrzyskiego, w części dotyczącej „*Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego na podstawie danych za 2019 r.*”, załącznik 13, strona 965, wskazano, iż w województwie zachodzą niekorzystne zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Wskaźnik wsparcia międzypokoleniowego (tj. liczba osób w wieku powyżej 85 lat przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lat) określa możliwości opieki w ramach rodziny. Dodatkowo utrzymuje się tendencja spadkowa przyrostu naturalnego ludności, co stawia województwo na ostatnim miejscu w kraju.

Nasilanie niekorzystnych tendencji demograficznych doprowadzi do znacznej depopulacji województwa i wyraźnego osłabienia potencjału ludnościowego. Starzejące się społeczeństwo ma odzwierciedlenie w popycie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które nie korespondują z podażą tego zakresu usług.

Na stronie 837, punkt 5.1 w części „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna” wskazano, iż mieszkańcy województwa mieli znacznie ograniczony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych skutkujący długim czasem oczekiwania. Co winno skutkować w ramach podejmowanych wyzwań wzmocnieniem dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie świętokrzyskim i jednocześnie odciążeniem leczenia szpitalnego. Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń, monitorowania czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie porad pierwszorazowych, wprowadzenie opieki koordynowanej, odpowiedniej liczby specjalistów w szczególności w dziedzinach deficytowych według założeń ma sprzyjać w przyszłości poprawie stanu zdrowia mieszkańców województwa świętokrzyskiego.

Na stronie 972, punkt 5.4 w części „ambulatoryjna opieka specjalistyczna” stawia wyzwania dla województwa w zakresie opieki specjalistycznej, wskazując, iż najczęstsze problemy zdrowotne, z powodu których mieszkańcy korzystają z AOS to: choroby układu mięśniowo- szkieletowego i tkanki łącznej, choroby układu moczowego – płciowego, choroby oka i przydatków oka, choroby układu oddechowego, nowotwory, choroby układu krążenia, urazy i zatrucia, choroby układu nerwowego.

Część „rehabilitacja medyczna” strona 985 i 986 wprost odnosi się to świadczeń opisanych w niniejszym PPZ:

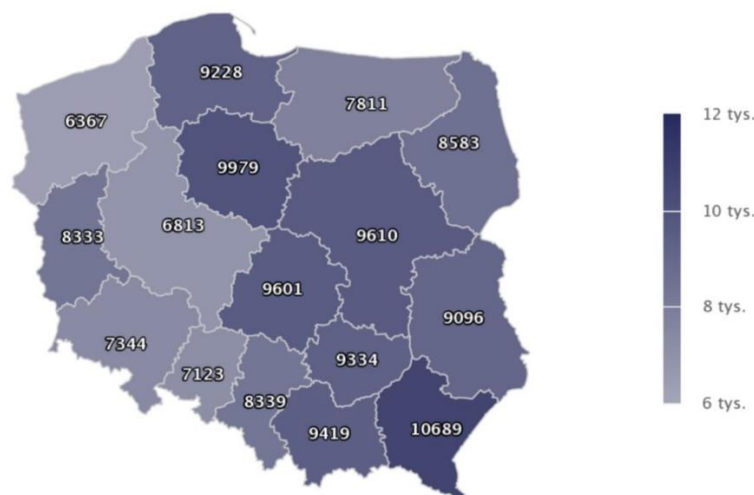
Pod względem liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. mieszkańców, województwo plasowało się na 7 pozycji ze wszystkich województw i przewyższa o 5% wskaźnik dla Polski.

Według map potrzeb zdrowotnych dla woj. świętokrzyskiego, w części dotyczącej „Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego na podstawie danych za 2019 r.”, załącznik 13, strona 986 wskazano, iż „ **Na 102 gminy brak jest zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych w 13 gminach (...) Stopnica**” – należy jeszcze raz podkreślić, że dane w mapach potrzeb zdrowotnych przedstawiane są możliwie najnowsze, dla czasu w którym są opracowywane, tu wykorzystano dane rozliczeniowe NFZ z końca 2019 r.

Obecnie w Gminie Stopnica funkcjonuje jeden podmiot udzielający świadczeń z zakresu rehabilitacji, niemniej jednak podaż usług nie nadąża za potrzebami mieszkańców.

W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej istotne jest, aby dostęp do zabiegów był jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, dlatego rekomendowane jest wyrównanie dostępu na obszarze województwa.

Analizując zróżnicowanie regionalne pomiędzy województwami Polski, wystąpiły bardzo znaczące różnice w liczbie rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności pomiędzy województwami – najwięcej jest w województwie podkarpackim (10 689), kujawsko-pomorskim (9 979) i mazowieckim (9 610), a najmniej w zachodniopomorskim (6 367, o 40% mniej niż w podkarpackim), wielkopolskim (6 813) i opolskim (7 123).



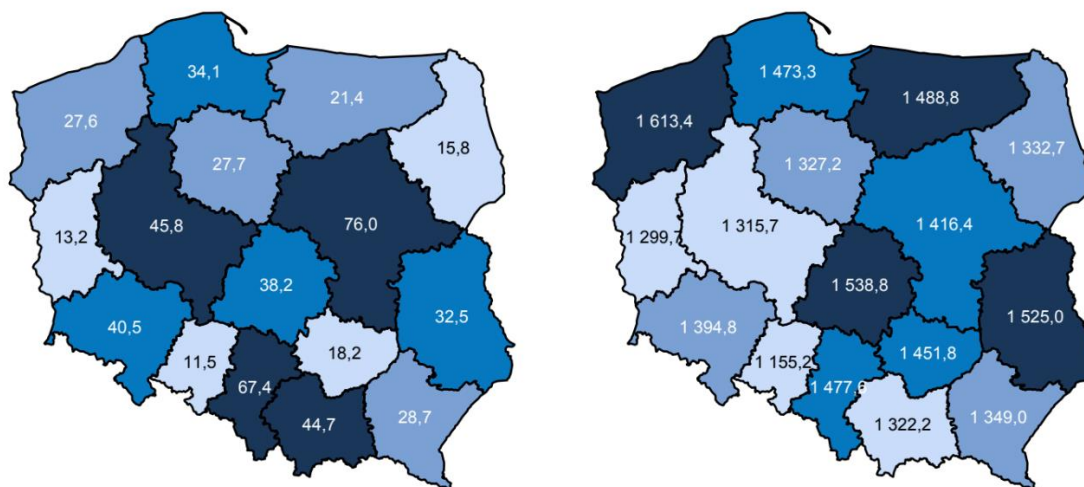
Rycina 3. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r

Źródło: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

78% rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiają na rehabilitację w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację, to choroby układu mięśniowo-szkieletowego.

Według Danych z Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, 2018 - zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Choroby stawów” w roku 2016 wyniosła 543,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1 413,6. Dane dla poszczególnych województw w tym

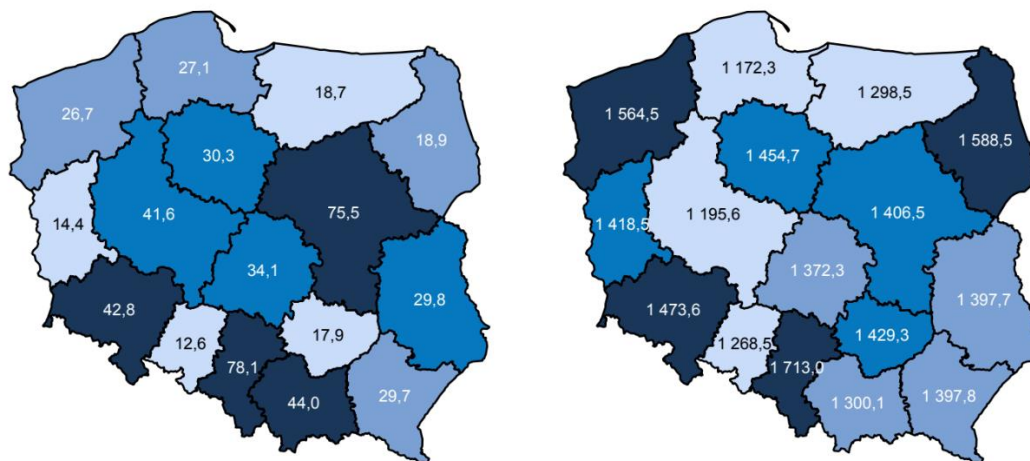
świętokrzyskiego zawarte są na rycinie 4, gdzie wykazano, iż wskaźnik ten wynosi 1 451,8 co jest wartością wyższą niż średnia dla całego kraju.



Rycina 4. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby stawów

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, 2018

Według danych z Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, 2018 - zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „Choroby kręgosłupa” w roku 2016 wyniosła 542,2 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1 410,9. Dane dla poszczególnych województw w tym świętokrzyskiego zawarte są na rycinie 5, gdzie wykazano, iż wskaźnik ten wynosi 1 429,3 co jest wartością wyższą niż średnia dla całego kraju.



Rycina 5. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby kręgosłupa

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, 2018

W okresie 2013-2015 w województwie świętokrzyskim stwierdzono 52 zgony z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, z których 67,3% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 26,9% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie świętokrzyskim wynosił 1,4/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 6,7%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 12. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Umieralność mężczyzn jest na poziomie zbliżonym do ogólnopolskiego, natomiast poziom

umieralności kobiet jest niższy niż w kraju o 4,8%. Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 10. miejscu, kobiet na 11., licząc od wartości najwyższych.

Gmina Stopnica

Na podstawie danych pozyskanych z Centrum Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego w Stopnicy, za okres od 2022 roku, dotyczących ilości i rodzajów udzielanych świadczeń, ustalono faktyczne ilości korzystających ze świadczeń zaplanowanych w programie.

Przedział wiekowy osób, którym udzielono świadczeń to od 4 r.ż. do 95 r.ż.

Najczęstszymi powodami korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych ogólnie są:

- ból,
- zmiany zwyrodnieniowe,
- uszkodzenia przeciążeniowe mięśni i stawów.

Następują różnice w zależności od wieku pacjenta i tak u osób w wieku:

- do 18 lat – wady postawy oraz urazy
- 18-55 lat – uszkodzenia przeciążeniowe mięśni i stawów, zmiany zwyrodnieniowe, po zabiegach operacyjnych
- powyżej 55 lat – zmiany zwyrodnieniowe, degeneracja stawów, uszkodzenia strukturalne stawów

Najczęstszymi zabiegami, w zależności od rodzaju są:

- a) W ramach **zabiegów fizykalnych** najczęściej wykonywanym zabiegiem jest:
 1. Prądy Tens
 2. Laser
 3. Pole magnetyczne niskiej częstotliwości.
 4. Fonoforeza
 5. Sollux
- b) W ramach zabiegów **kinezyterapii** najczęściej wykonywanymi zabiegami są:
 1. Ćwiczenia czynno-bierne z obciążeniem
 2. Ćwiczenia izometryczne
 3. Ćwiczenia na rotorach i innych przyrządach do rehabilitacji
- c) W ramach zabiegów **balneologicznych** najczęściej wykonywanym jest:
 1. Kąpiel wirowa kończyn dolnych
 2. Kąpiel wirowa kończyn górnych
- d) W przypadku **masażu** klasycznego wykonywany on jest miejscowo, czyli okolica zabiegowa jest wcześniej ustalana przez fizjoterapeutę.

W poniższych tabelach zestawiono dane liczbowe.

Tabela 2. Zestawienie ilości zabiegów w latach 2022-2024 udzielonych przez COR w Stopnicy

zabiegi	rok		
	2022	2023	I półrocze 2024
fizykalne	23202	25204	11326
masaż klasyczny	2624	3460	1848
balneologiczne	268	1835	1054
kinezyterapia	708	190	107
indywidualne	250	610	393
razem	27052	31299	14728

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z COR

Tabela 3. Zestawienie ilości pacjentów korzystających z poszczególnych rodzajów zabiegów w latach 2022-2024 udzielonych przez COR w Stopnicy

liczba pacjentów	2022	2023	I półrocze 2024
fizykalne	473	536	316
masaż klasyczny	241	322	199
balneologiczne	67	170	105
kinezyterapia	60	18	11
indywidualne	22	57	42
razem	863	1103	673

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z COR

I.3 Obecne postępowanie

Problem zdrowotny opisany w projekcie wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. (Dz.U. 2021 poz. 2144).

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności. Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. Według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, najważniejszymi zadaniami są między innymi: rehabilitacja oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi. Z kolei w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 zwrócono uwagę na sytuację osób starszych. Wskazuje się szczególnie na 5 cel operacyjny, czyli Wyzwania demograficzne, gdzie w pkt 3 wskazano wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych, który może być realizowany poprzez rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnymi.

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgniasto-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i skoordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych obejmuje: zabieg fizjoterapeutyczny – kinezyterapię; masaż; elektrolecznictwo; leczenie polem elektromagnetycznym; światłolecznictwo i termoterapię; balneoterapię.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi dla jednego świadczeniobiorcy od 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego świadczeniobiorcy.

Jednakże należy zaznaczyć, że dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w następujących grupach schorzeń: w systemie stacjonarny – narząd ruchu; w systemie ambulatoryjnym – narząd ruchu. Program uwzględnia w szczególności: różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego. Ponadto uwzględnia rehabilitację psychologiczną (m.in. psychoedukację i treningi relaksacyjne) oraz edukację zdrowotną w zakresie: zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż). Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

Zgodnie obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z 23 grudnia 2020 r. w ramach rehabilitacji schorzeń narządu ruchu dostępne są świadczenia gwarantowane.

Katalog zakresu świadczeń NFZ obejmuje lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną podzieloną na poradę rehabilitacyjną (26 pkt rozliczeniowych) oraz na kompleksową poradę rehabilitacyjną (57 pkt rozliczeniowych), a także fizjoterapię ambulatoryjną - wizyta ambulatoryjna, wyceniona na 13 pkt rozliczeniowych.

Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ)¹ data dostępu: 14 września 2024 r. w Stopnicy funkcjonował 1 podmiot leczniczy udostępniający leczenie w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016 poz. 960), na podstawie art. 9a i 9b, jednostki samorządu terytorialnego w

1

<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJNA&State=13&Locality=STOPNICA&Provider=&Place=&Street=>

celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia (uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa), mogą finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Niemniej jednak w związku z ograniczoną dostępnością zabiegów rehabilitacyjnych objętych kontraktem z NFZ, w ilościach zapewniających realizację potrzeb zdrowotnych mieszkańców w tym zakresie, Gmina Stopnica zdecydowała o finansowaniu programu polityki zdrowotnej z własnych środków budżetowych. Biorąc pod uwagę wskazane powyżej problemy z zapewnieniem świadczeń rehabilitacyjnych władze gminy Stopnica mają przesłanki do tego, aby starać się wpływać na wyrównanie dostępności do tych usług zdrowotnych dla mieszkańców gminy, ze szczególnym naciskiem na dostępność do świadczeń ambulatoryjnych, które odciążą leczenie szpitalne.

Wnioski z badań i analiz naukowych (za AOTMiT):

- Zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący 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(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
- 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 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- 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 (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).
- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że fizyczna rehabilitacja jest bardziej efektywna niż podstawowa opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu. Podstawowa opieka obejmowała funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe.
- Celem przeglądu Oosterhuis 2014 było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz że rehabilitacja multidyscyplinarna

koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości).

- Celem przeglądu Mehrholz 2014 była ocena treningu na bieżni i systemu wsparcia ciężaru ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Opinie ekspertów (cytowanie za AOTMiT)

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym.

Niepełnosprawność ma wpływ na rozwój jednostki i jakość jej życia, na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego.

Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Program został opracowany w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Niniejszy program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapobiegnie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym jest zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Stopnica w latach 2025-2027.

II. 2 Cele szczegółowe

- 1) uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 50% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027;
- 2) zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe, rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027;
- 3) wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027;
- 4) wzrost wiedzy o minimum 2 punkty na temat właściwych zachowań zdrowotnych u 60% uczestników programu rekrutujących się z mieszkańców gminy Stopnica w latach 2025–2027.

II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) 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) - celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm);
- 2) iloraz liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach;
- 3) iloraz liczby osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach;
- 4) odsetek liczby osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach;
- 5) odsetek liczby osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu bytowania, w latach 2025-2027, wynik wyrażony w procentach;

Wartości wskaźników określone będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

Przyjęte wartości docelowe dla celu głównego i celów szczegółowych są wypadkową wcześniej uzyskanych wyników z działań prowadzonych na terenie gminy. Z oświadczeń otrzymanych od potencjalnych podmiotów realizujących program i zakładając niezmienny poziom finansowania, możliwe do realizacji jest uzyskanie wskazanych powyżej wartości. Przy założeniu, że zmieni się poziom finansowania, wartości celów będą ulegać stosownym korektom.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

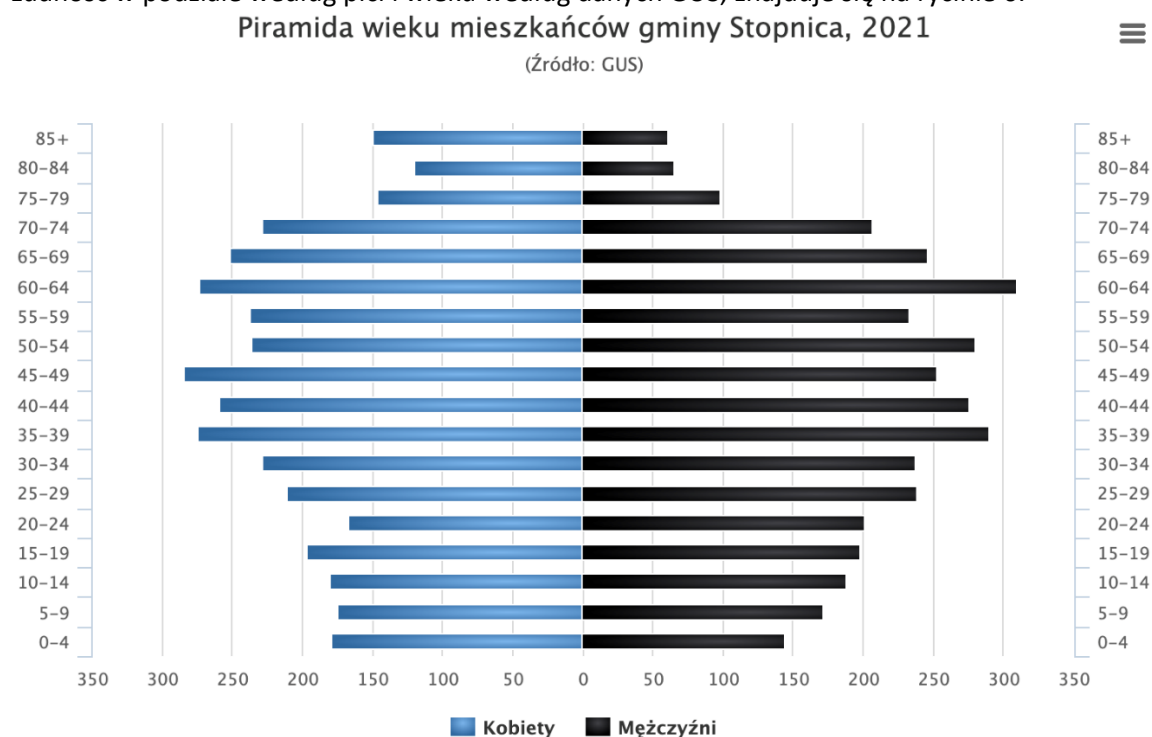
III.1 Populacja docelowa

Stopnica to miasto oddalone od Buska Zdroju o ok. 20 km. Obecnie gmina Stopnica ma powierzchnię 12 543 ha i jest pod względem powierzchni druga w powiecie buskim.

Gmina Stopnica to gmina miejsko-wiejska, należy do województwa świętokrzyskiego, powiatu buskiego.

Gmina Stopnica miała na dzień 31.12.2023 r. 7 115 mieszkańców, z czego 50,8% stanowią kobiety, a 49,2% mężczyźni. W latach 2002-2023 liczba mieszkańców zmalała o 10,9%. Średni wiek mieszkańców wynosi 43,4 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa świętokrzyskiego oraz nieznacznie większy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Ludność w podziale według płci i wieku według danych GUS, znajduje się na rycinie 6.



Rycina 6. Piramida wieku mieszkańców Gminy Stopnica

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Stopnica

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2019 r. żyło niemal 23% osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują. Nie był natomiast brany pod uwagę aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności.

Ponad 16% populacji stanowiły osoby, które miały niezbyt poważne ograniczenie w wykonywaniu czynności, a ponad 6% – poważne ograniczenia.

Jak wskazują wyniki badania EHIS 2019 prawie 5% mieszkańców Polski uległo wypadkowi w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wśród osób, które uległy wypadkowi – 15% miało wypadek drogowy, 43% – wypadek w domu, 22% – w pracy lub w placówce wychowawczo-oświatowej, a 28% w czasie wolnym, po pracy lub nauce.

Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców gminy Stopnica, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością mogłaby oscylować łącznie w granicach 1 636 mieszkańców.

Osób, które statystycznie w ostatnich 12 miesięcy mogły ulec wypadkowi byłoby około 355.

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy osób o ograniczonej sprawności z powodów również występujących urazów i wypadków, stanów nagłych i nie ogranicza się jedynie do osób ze stwierdzoną niepełnosprawnością. Dlatego też populację docelową programu szacuje się na około 2 700 osób [= 1636 +(355 x 3 lata)].

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria włączenia do programu

1. Posiadanie skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty np. ortopedii, rehabilitacji, fizjoterapii, chirurgii na cykl rehabilitacji leczniczej.

Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:

- a) pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego,
 - b) imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania świadczeniobiorcy,
 - c) rozpoznanie w języku polskim,
 - d) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na fizjoterapię,
 - e) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.
2. Od daty wystawienia skierowania do rejestracji w placówce realizującej program nie minęło więcej niż 30 dni kalendarzowych.
 3. Podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce realizatora z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania.
 4. Zamieszkiwanie na terenie gminy Stopnica (na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia).
 5. Brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie świadczeń w ramach programu; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin rozpoczęcia uczestnictwa.
 6. Oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatniego roku nie uczestniczył w działaniach obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak odpowiedniego skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty
- 2) Skierowanie wystawione z datą powyżej 30 dni od momentu zgłoszenia się do placówki realizującej program.
- 3) Brak pisemnej zgody na udział w programie.
- 4) Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie gminy Stopnica.
- 5) Od ostatnio wykonanego cyklu rehabilitacji minęło mniej niż 6 miesięcy.
- 6) Zaplanowane w terminie krótszym niż 2 miesiące uczestnictwo w programie.
- 7) Korzystanie ze świadczeń objętych programem finansowanych przez NFZ, ZUS KRUS lub PFRON w terminie krótszym niż 3 miesiące od zgłoszenia do placówki.
- 8) Dodatkowo z programu zostaną wyłączone osoby, które w czasie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ, a także osoby, które nie ukończyły rozpoczętego cyklu terapeutycznego w ramach programu z powodu dobrowolnej rezygnacji.
- 9) Wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował realizator w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria

włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Dlatego też, zakładając maksymalny koszt całkowity na uczestnika programu oszacowany w rozdziale VI.1 pozwala on na objęcie interwencją terapeutyczną do około 200 osób rocznie, co daje 600 osób w całym 3-letnim okresie trwania programu.

Stanowi to około 22% zakładanej populacji mieszkańców gminy Stopnica, wskazanej jako populacja docelowa programu.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2025 do końca 2027.

III.3 Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań w ramach programu, w zakresie rehabilitacji zdrowotnej.

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. Działania edukacyjne;
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
 - a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika oraz wydaniem indywidualnego planu rehabilitacji
 - b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnych z planem rehabilitacji
 - b.1. zabiegi w siedzibie realizatora;
 - b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;
 - c) konsultacje psychodietetyczne;
 - d) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Etap I – działania organizacyjne

Ad 1. Kampania informacyjna

Skierowana do mieszkańców gminy Stopnica. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne i pozostałe placówki opieki duszpasterskiej.

Mieszkańcy gminy Stopnica, zostaną poinformowani m.in. objawach, powikłaniach oraz przede wszystkim profilaktyce chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz skuteczności wcześniej podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych oraz o ramach organizacyjnych programu.

Ad 2. Rekrutacja do programu

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca gminy Stopnica, posiadanie odpowiedniego skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (np. ortopedii, rehabilitacji, chirurgii), wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody), zgłoszenie się

w odpowiednim terminie od wystawienia skierowania do realizatora oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w rozdziale III.2.

Rekrutację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić fizjoterapeuta lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

Ad 3. Działania edukacyjne

Skierowane do osób zamieszkujących gminę Stopnica. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury, szkołach itp. Uczestnikom programu będą przekazywane informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej także podczas wizyt w siedzibie realizatora podczas korzystania ze świadczeń fizjoterapeutycznych.

W programie w ramach edukacji zostanie poruszony temat ryzyka i korzyści wynikających m.in. ze zmiany nawyków żywieniowych i behawioralnych. Edukator powinien przekazać informacje na temat leczenia schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, które obejmuje postępowanie niefarmakologiczne, obejmujące: redukcję czynników ryzyka, odpowiednie odżywianie, zapewnienie optymalnego stężenia witaminy D (dieta i ekspozycja na słońce), zapobieganie upadkom, ćwiczenia fizyczne, rehabilitację po złamaniach, zaopatrzenie ortopedyczne, walkę z bólem. Tematyka edukacji to także skuteczność wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Szczególną uwagę zwróci się na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie. Edukacja powinna również obejmować praktyczne zagadnienia dotyczące treningu fizycznego oraz zagadnienia ogólne w zakresie porad dietetycznych i wsparcia psychologicznego.

W większości zaleceń dot. bólów kręgosłupa zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

Przeważająca część rekomendacji wskazuje, że w bólu ostrym zaleca się uspokojenie cierpiącego, edukację, w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej oraz farmakoterapię. Odradza się pozostawanie w łóżku (w wybranych przypadkach 1-2 dni). W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną, masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki.

Zgodnie z zaleceniami, należy promować powrót do pracy lub normalnej, codziennej aktywności osobom z bólami krzyża. Edukatorzy powinni doradzać uczestnikom zajęć, aby kontynuowali zwykłą aktywność zgodnie z tolerancją bólu.

Edukacja powinna odbyć się w częstotliwości minimum 2 razy w roku. Spotkania edukacyjne mogą odbyć się, np. w cyklu wiosna/jesień lub lato/zima.

Najlepiej, by działania edukacyjne połączone były ze zgromadzeniem prozdrowotnym w zakresie aktywności ruchowej angażującym szerokie grono uczestników, np. piknikiem, koncertem, wydarzeniem rekreacyjno-sportowym, (np.: biegiem masowym, zawodami sportowymi), dożynkami, itp.

Działania edukacyjne powinny być skierowane również do rodzin/opiekunów/partnerów osób kwalifikujących się do programu celem uświadomienia ich kluczowej roli w procesie terapeutycznym.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych realizatora.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części IV.2 programu.

Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych realizatora.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb uczestników, mogą być to np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Środki przekazu powinny być dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja.

Podczas działań edukacyjnych realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i tym podobne podmioty. W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości grupy odbiorców. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt rehabilitacyjnych. Czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom, koniecznym jest umożliwienie dyskusji, zadawania pytań i możliwość wyjaśnienia wątpliwości przez prelegenta, w zakresie przekazywanych informacji dotyczących profilaktyki narządu ruchu. Sugerowany czas trwania spotkania to około 60- 90 minut.

Działania edukacyjne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o leczeniu schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, które obejmuje postępowanie niefarmakologiczne;
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ.

Ad. 4 Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne

Każdy mieszkaniec gminy Stopnica spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z zabiegów terapeutycznych w ramach programu.

Składają się na nią:

- a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika
- b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie realizatora;
 - b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;
- c) konsultacje psychodietetyczne;
- d) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Ad 4a. Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika

Działania zaplanowane w tym punkcie to wizyta uczestnika w siedzibie realizatora wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez fizjoterapeutę i wypełnieniem formularza uwzględniającego aktualny stan zdrowia oraz historię chorób współistniejących występujących u uczestnika (wzór formularza wywiadu w załączeniu), kolejną czynnością będzie ocena i opis stanu funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii.

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 (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007). We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

W zależności od potrzeby w ramach kwalifikacji uczestnika do programu mają być wykonane następujące pomiary, m.in.: badanie diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne); Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ); pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa, ang. Visual Analog Scale); pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii; w tym pomiar WHtR (ang. waist-to-height ratio); określenie wskaźnika masy ciała BMI. Etap ten ma obejmować także wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii (Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej) poprzez wypełnienie ankiety przez uczestnika.

Następnie fizjoterapeuta podejmie decyzję o udziale uczestnika w programie oraz zaplanuje postępowanie fizjoterapeutyczne w postaci **indywidualnego planu rehabilitacji (IPF)** wraz z wyznaczeniem terminu rozpoczęcia cyklu.

Badania kwalifikacyjne zostaną wykonane w populacji mieszkańców gminy Stopnica, którzy zgłoszą się do siedziby realizatora z odpowiednim skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza specjalisty. Przy okazji badania fizjoterapeutycznego związanego z diagnostyką wstępną i wywiadem personel biorący udział w programie przeprowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, wskazując na możliwość skorzystania z dostępnych badań diagnostycznych i przesiewowych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, realizowanego przez podmioty funkcjonujące na terenie gminy i posiadające kontrakt z NFZ.

Wizyta kwalifikacyjna będzie rozpoczynała się konsultacją (w celu wykluczenia przeciwwskazań), oceną stanu zdrowia uczestnika i zakwalifikowaniem go do indywidualnego cyklu terapeutycznego. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

Każdy świadczeniobiorca po zakończeniu procesu kwalifikacji powinien otrzymać informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentów należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Osoby, u których brak będzie wskazań do cyklu fizjoterapeutycznego, zakończą udział w programie.

Ad 4b. Cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

Każdy z zakwalifikowanych pacjentów, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10- dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych przez fizjoterapeutę – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację, ale nie może przekraczać

w zaleceniach w/w ilości. Każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do dwóch serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz świeże udary mózgu jak i usprawnianie po wszczępieniu endoprotez kończyn oraz u kobiet po mastektomii (zabiegi tylko z zakresu kinezyterapii) ilości zabiegów będą rozpatrywane indywidualnie, w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych realizatora.

Wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak:

- zabiegi fizykalne;
- masaże mechaniczne;
- kinezyterapia;
- terapie manualne.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała, poprawa lub zahamowanie pogłębiania się schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego. Wszystkie osoby zakwalifikowane do programu będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych. Fizjoterapeuta przedstawi uczestnikowi programu także przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie w domu w trakcie lub po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

4.b.1. zabiegi w siedzibie realizatora

Każdy z zakwalifikowanych uczestników, w zależności od problemu zdrowotnego, uzyska 10- dniowy cykl zabiegów składających się do 5 rodzajów zabiegów zleconych podczas wizyty kwalifikacyjnej – o ostatecznej ilości powtórzeń, jak i o ilości zabiegów będzie decydował fizjoterapeuta, ale nie może przekraczać w zaleceniach w/w ilości.

Szczegóły wskazane zostały powyżej.

Odnalezione rekomendacje NSF 2010 oraz VHA-DoD 2010 zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008, RACGP 2009). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Należy pamiętać, iż 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(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002, SIGN 2002).

Wśród zaplanowanych zabiegów mogą znaleźć się takie działania jak:

1.	kinezyterapia
a.	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno - bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.
b.	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut
c.	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut
d.	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut
e.	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut
f.	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut
g.	wyciągi
2.	masaż

a.	masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.
3.	elektrolecznictwo
a.	galwanizacja
b.	jonoforeza
c.	elektrostymulacja
d.	prądy diadynamiczne
e.	prądy interferencyjne
f.	prądy TENS
g.	prądy TRAEBERTA
h.	ultradźwięki miejscowe
i.	ultrafonoforeza
4.	leczenie polem elektromagnetycznym
a.	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
b.	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
5.	światłolecznictwo i termoterapia
a.	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
b.	laseroterapia - skaner
c.	laseroterapia punktowa

Źródło: Opracowanie własne.

4.b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych

W przypadku osób unieruchomionych, niemających możliwości dojazdu do gabinetu, realizator będzie oferował pięciogodzinny instruktaż dla osoby opiekującej się chorym.

Zakres szkolenia będzie obejmował: ćwiczenia bierne, czynno - bierne, wspomagane i czynne kończyn górnych i dolnych oraz czynności lokomocji i samoobsługi.

Ad. 4c. Konsultacje psychodietetyczne

Uczestnik programu weźmie udział w dwóch indywidualnych konsultacjach psychodietetycznych (każde spotkanie trwające około 60 minut).

Konsultacje psychodietetyczne prowadzone będą przez: dietetyka (1 spotkanie) oraz psychologa (1 spotkanie prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne). Każdorazowo zakres tematów będzie ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb (preferencji) zgłaszanych przez uczestników warsztatów podczas ich trwania. Realizator programu określi sposób, w jaki uczestnicy będą przydzielani do poszczególnych grup warsztatowych.

Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji powinny znaleźć się m.in.: zagadnienia dotyczące:

- diety w schorzeniach narządu ruchu (jak utrzymać prawidłową masę ciała - podstawowe zasady zdrowego żywienia);
- psychospołecznych i organizacyjnych czynników związanych z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego (duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą; dostrzegana monotonia pracy; niska satysfakcja z pracy; niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami; niedostateczne wsparcie społeczne);
- rozwoju umiejętności psychospołecznych (psychospołeczny aspekt rehabilitacji ma na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Ma także ułatwić akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom dana choroba)
- związku pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną, pojęcie i zjawisko stresu i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne (wpływ stresu, w tym zawodowego na nasilenie się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych).

Realizator programu może umożliwić (w postaci udostępnienia miejsca do spotkań) uczestnikom programu i wyrażającym taką potrzebę i chęć, spotkania w ramach spontanicznej grupy wsparcia dla osób cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej przez cały okres realizacji programu.

Ad.4d. Podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Po zakończeniu cyklu terapeutycznego wykonana zostanie przez fizjoterapeutę (zaleca się, aby była to ta sama osoba, która dokonywała wstępnej oceny uczestnika) końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego uczestnika programu, która zostanie dołączona do dokumentacji medycznej.

Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów, konkretne testy i narzędzia będą stosowane przez fizjoterapeutę w odniesieniu do indywidualnego uczestnika programu. Zależne będą od narządu objętego zmianami chorobowymi i poddanego rehabilitacji, a także od wielu innych osobniczych zmiennych, np. wieku, stanu funkcjonalnego, wcześniejszych deficytów zdrowotnych, obecnej kondycji i wydolności pacjenta.

Ważnym jest, aby w czasie porady zostały przeprowadzone dokładnie te same wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie pierwszej porady kwalifikacyjnej, co pozwoli to na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń.

Przykłady możliwych do zastosowania testów funkcjonalnych w fizjoterapii wymieniono w punkcie 4a powyżej w treści niniejszego programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się także z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania rehabilitacji na rynku komercyjnym. Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki fizjoterapeuta zobowiązany jest do przekazania uczestnikom wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzanego postępowania terapeutycznego, uczestnicy będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem zaburzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Dodatkowo, przy okazji wizyty personel biorący udział w interwencji przeprowadzi indywidualne działania profilaktyczne i edukacyjne. Uczestnikowi programu zostaną ponownie przedstawione informacje na temat czynników ryzyka oraz identyfikacja i ewentualna eliminacja niepożądanych zachowań. Będzie to syntetycznym uzupełnieniem wiedzy przekazanej w ramach działań edukacyjnych.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i ocenę jakości świadczeń realizowanych w programie. Uczestnicy programu po wykonaniu interwencji zostaną poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez realizatora raportu rocznego dla Urzędu Miasta i Gminy Stopnica.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2025-2027. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja

godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Wskazane jest, aby realizator świadczył usługi przynajmniej 5 razy w tygodniu, co najmniej po 8 godzin dziennie, natomiast docelowo powinien realizować świadczenia również w godzinach popołudniowych, umożliwiając skorzystanie uczestnikom z cyklu interwencji po zakończeniu pracy zawodowej.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Program przewiduje realizację usług zdrowotnych ponad- i standardowych - wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych oraz częściowo usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych, niezbędnych do realizacji programu, stanowiąc logiczną całość. Działania w zakresie edukacji zdrowotnej stanowią wartość dodaną programu. Planowane interwencje są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Połączenie w jednym czasie i miejscu realizacji świadczeń, stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie;
- b) zabiegi terapeutyczne będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania zgodne z obowiązującymi przepisami;
- c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu terapeutycznego lub zakończenia programu. Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania oraz ewentualnego kontynuowania rehabilitacji w ramach NFZ lub na rynku komercyjnym.

Po zakończeniu cyklu interwencji i braku konieczności dalszej diagnostyki fizjoterapeuta zobowiązany jest do przekazania uczestnikom wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w trakcie przeprowadzanego postępowania terapeutycznego, uczestnicy będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem zaburzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu z adnotacją, iż uczestnik został poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem cyklu terapeutycznego, a także o braku możliwości uczestnictwa w programie w ciągu 12 miesięcy od rezygnacji.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu

Sugerowane etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów wymienione są poniżej:

1. Opracowanie programu.
2. Po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT - przyjęcie uchwały przez Radę Miejską w Stopnicy o wdrożeniu do realizacji programu.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert, w celu wyboru realizatora PPZ.
4. Wybór podmiotu realizującego program w oparciu o właściwe przepisy.
5. Działania organizacyjne – etap I - szczegółowo opisane w części III.3
6. Działania edukacyjne i diagnostyczne – etap II.3 - szczegółowo opisane w części III.3
7. Interwencja terapeutyczna – etap II.4 - szczegółowo opisane w części III.3
8. Monitoring działań w ramach programu – etap III.5
9. Ewaluacja programu i sprawozdawczość- etap III.6

IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. Działania edukacyjne.
4. Działania diagnostyczne i terapeutyczne:
 - a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika; oraz wydaniem indywidualnego planu rehabilitacji
 - b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie realizatora;
 - b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;
 - c) konsultacje psychodietetyczne;
 - d) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora, wybranego w drodze konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie gminy Stopnica w miejscu wskazanym przez realizatora. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku).

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych – zgodnie z potrzebami realizacji zadania sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

Należy także rozważyć ewentualne dodatkowe działania i zabezpieczenia po stronie realizatora konieczne do funkcjonowania programu podczas stanu zagrożenia epidemicznego/stanu epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego.

Od realizatora będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW obejmującej czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Świadczenia medyczne w ramach niniejszego programu będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia z rodzaju rehabilitacja lecznicza (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna).

Wymagania konieczne do realizacji programu określono w oparciu o Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza.

Minimalna liczba i kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały program to:

- osoba przeprowadzająca wizyty kwalifikacyjne: zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, 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 lub zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej lekarz specjalista lub lekarz ze specjalizacją I stopnia lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej,
- osoba prowadząca fizjoterapię, spełniająca warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej,
- dietetyk (osoba posiadająca tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub magistra/magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka).

Każda z osób realizująca program winna posiadać co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania, nawet podczas stanu zagrożenia epidemicznego/stanu epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

- 1) zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
- 2) fachowa ocena jakości realizowanych świadczeń;
- 3) analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach (te działania mają charakter długofalowy).

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2025–2027, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Miejskiej w Stopnicy i posiadanych zasobów finansowych.

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez realizatora oraz Urząd Miasta i Gminy Stopnica i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

- liczba osób, które zgłosiły się do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację;
- procentowa liczba osób niezakwalifikowanych z różnych przyczyn do programu z populacji mieszkańców, w stosunku do populacji kwalifikującej się do programu;
- liczba osób objętych działaniami edukacyjnymi w programie vs liczba osób, które wyraziły zgodę na udział w programie z populacji mieszkańców;
- liczba osób, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne w ramach programu;
- liczba uczestników programu w poszczególnych etapach jego realizacji;
- liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań medycznych;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba uczestników programu, do których skierowane były wyłącznie działania z zakresu edukacji;
- liczba osób z dolegliwościami bólowymi;
- liczba urazów wśród uczestników programu;
- liczba urazów wśród uczestników programu;
- liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu;
- liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu;
- czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych;
- liczba osób oczekująca krócej niż 3 miesiące;
- średni czas oczekiwania na wykonanie cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych;
- ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników programu.

Wymagane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu. Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie rehabilitacji/fizjoterapii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja będzie przeprowadzona przez beneficjenta, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 r. poz. 2476).

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany Urząd Miasta i Gminy Stopnica, na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ i mogą być wybrane z poniższej puli:

- odsetek osób, u których stwierdzono ograniczenie ruchomości w odniesieniu do sytuacji epidemiologicznej w regionie;
- liczba uczestników PPZ z wykrytymi zmianami chorobowymi, którzy zostali skierowani do dalszego postępowania medycznego;
- liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia;
- liczba urazów wśród uczestników programu;
- liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu;
- liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu;
- zmiana poziomu wiedzy nt. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa;
- liczba osób, które po przeprowadzonej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała;
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

Należy zaznaczyć także, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

VI. Budżet programu

Na realizację „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027” Gmina przeznaczy kwotę około 150 000 zł rocznie, co daje 450 000 zł na cały 3 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie realizatora wyłonionego w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada trzyletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Urząd Miasta i Gminy Stopnica zmieni poziom finansowania lub też zmienią się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania fizjoterapeutycznego kwalifikacyjnego wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika, koszt podsumowania zabiegów fizjoterapeutycznych i ocenę końcową stanu zdrowia uczestnika, koszt konsultacji psychodietetycznych, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów. Przyjęto uśrednione stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu, na podstawie danych opublikowanych na stronach internetowych (np. badamysie.pl, tourmedica.pl)

Tabela 4. Koszt jednostkowy zabiegów fizjoterapii na podstawie rozeznania cen

rodzaj zabiegu	cena od	cena do
Kinezyterapia indywidualna	60,00 zł	120,00 zł
Ćwiczenia czynno -bierne	15,00 zł	140,00 zł
Konsultacja fizjoterapeutyczna	80,00 zł	180,00 zł
UGUL	25,00 zł	150,00 zł
Ciepłolecznictwo	15,00 zł	30,00 zł
Jonoforeza	15,00 zł	60,00 zł
Prądy diadynamiczne DD	15,00 zł	30,00 zł
Laseroterapia punktowa	15,00 zł	40,00 zł
Laseroterapia powierzchniowa	15,00 zł	20,00 zł
Światłolecznictwo	15,00 zł	30,00 zł
Ultradźwięki	20,00 zł	40,00 zł
Konsultacja dietetyczna	80,00 zł	120,00 zł
Konsultacja psychologiczna	100,00 zł	200,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen m.in. z portalu Tourmedica.pl

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ, przygotowane na potrzeby oszacowania kosztorysu w ramach programu. Należy zaznaczyć, że wartości te ostatecznie zostaną ustalone podczas weryfikacji ofert przekazanych w odpowiedzi na konkurs realizatorów PPZ.

Tabela 5. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu

RODZAJ ŚWIADCZENIA	cena
badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	120,00 zł
cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:	
zabiegi w siedzibie realizatora	600,00 zł
instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych	200,00 zł
konsultacja:	
dietetyczna	120,00 zł
psychologiczna	120,00 zł
podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika	120,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe, wskazane poniżej w ujęciu rocznym.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne zakłada się na poziomie około 5 000 zł.

Składają się na nie:

- koszty monitoringu i ewaluacji szacuje się je na około 2 000 zł rocznie,
- obsługa ogólna, wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną
- koszty informacyjno-promocyjne kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji
- koszty zarządzania programem – koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań; usługi kurierskie, transport materiałów
- rezerwa budżetowa

szacuje się je łącznie na około 3 000 zł rocznie

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie liczebności populacji objętej programem, rozszerzenie działań edukacyjnych.

Tabela 6. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych

Rodzaj kosztu	wartość
ewaluacja i monitorowanie	2 000,00 zł
obsługa ogólna	1 000,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	1 000,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	1 000,00 zł
Razem koszty organizacyjne	5 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne

2. Koszty interwencji

Koszty roczne realizacji interwencji to:

- a) działania edukacyjne
- b) świadczenia fizjoterapeutyczne
 - badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika

- cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:
 - b.1. zabiegi w siedzibie realizatora
 - b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych
- konsultacje psychodietetyczne
- podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty roczne realizacji interwencji zakłada się na poziomie około 143 800 zł.

Zakładając maksymalny koszt całkowity na uczestnika programu pozwala to na objęcie interwencją do około 200 osób rocznie co daje 600 osób w całym 3-letnim okresie trwania programu.

Stanowi to około 22% zakładanej populacji mieszkańców gminy Stopnica, wskazanej jako populacja docelowa programu.

Szacuje się, że nie wszyscy uczestnicy przejdą cały cykl zabiegów fizjoterapeutycznych.

Zakłada się, że pełne cykle zostaną wykonane u około 150 osób rocznie, u których zostanie wykonane podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika. Odsetek osób niekończących cykli zabiegów związany jest albo z czasowym pogorszeniem stanu zdrowia, albo zakończeniem rocznego kalendarzowego okresu sprawozdawczego – zakładano, że program ma charakter ciągły i będzie realizowany w latach 2025-2027.

Powyższa kwota obejmuje koszty:

- działań edukacyjnych – maksymalna kwota przeznaczona na wynagrodzenia prelegentów, a także przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań nie powinna przekroczyć 1 500 zł za spotkanie – zakładane minimum 2 spotkania, czyli 3 000 zł rocznie;
- badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika oraz podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika – odpowiednio 24 000 i 18 000 zł rocznie
- świadczenia fizjoterapeutyczne oraz koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu i materiałów medycznych. Zakłada się je na poziomie 94 000 zł rocznie.
- konsultacje psychologiczne i konsultacje dietetyczne. Zakłada się je na poziomie 4 800 zł rocznie.

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny oferty przez komisję konkursową. Realizator na etapie oferty na realizację programu przygotowuje szczegółowy budżet. Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do 150 000 zł w roku 2025 i docelowo kwota ta będzie odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje kwotę 450 000 zł przez cały 3 letni okres trwania programu, z zastrzeżeniem, że Urząd Miasta i Gminy Stopnica może zmienić w latach kolejnych poziom finansowania niniejszego programu.

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabelach 7 i 8.

Tabela 7. Koszty całkowite realizacji interwencji terapeutycznej w okresie rocznym.

rodzaj świadczenia	cena	ilość uczestników	koszt łączny świadczenia
a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	120,00 zł	200	24 000,00 zł
b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:			
b.1. zabiegi w siedzibie realizatora;	600,00 zł	150	90 000,00 zł
b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;	200,00 zł	20	4 000,00 zł
c) konsultacja:			
dietetyczna	120,00 zł	20	2 400,00 zł
konsultacja psychologiczna	120,00 zł	20	2 400,00 zł
d) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.	120,00 zł	250	18 000,00 zł
RAZEM			140 800,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 8. Planowany roczny budżet programu w zł.

RODZAJ KOSZTÓW	KWOTA
1. Koszty interwencji	143 800,00 zł
w tym:	
działania edukacyjne	3 000,00 zł
świadczenia fizjoterapeutyczne	140 800,00 zł
a) badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;	24 000,00 zł
b) cykl zabiegów fizjoterapeutycznych:	
b.1. zabiegi w siedzibie realizatora;	90 000,00 zł
b.2. instruktaż w siedzibie realizatora dla opiekunów osób unieruchomionych;	4 000,00 zł
c) konsultacja:	
dietetyczna	2 400,00 zł
psychologiczna	2 400,00 zł
d) podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika	18 000,00 zł
2. Koszty organizacyjne programu	5 000,00 zł
w tym:	
ewaluacja i monitorowanie	2 000,00 zł
obsługa ogólna	1 000,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	1 000,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	1 000,00 zł
RAZEM	148 800,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 9. Planowany całkowity budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2025	148 800,00 zł
rok 2026	148 800,00 zł
rok 2027	148 800,00 zł
Całość działań	446 400,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

VI.3 Źródła finansowania

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Stopnica zostanie sfinansowany ze środków budżetu Gminy Stopnica w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej.

Urząd Miasta i Gminy Stopnica winien zabezpieczyć uchwałą Rady Miejskiej w Stopnicy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Ze względu na fakt, iż samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Gminy Stopnica do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Świętokrzyskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 r. poz. 2561) 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).

VII. Bibliografia

1. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 162–165.
2. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 83–90.
4. Pratt A.G., Isaacs J.D., Matthey D.L.: Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2009; 23: 37–48.
5. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.
6. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.
7. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 162–165.
8. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
9. International Association for the Study of Pain 2010, Pozyskano z: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf
10. Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, Pozyskano z: <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologiapatofizjologia-leczenie>,
11. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.
12. EUMUSC.NET. Musculoskeletal Health in Europe, Pozyskano z: <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/30%20August%20Final%20draft%20report.pdf>,
13. European Commission 2007. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272. 2007, Pozyskano z: http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf,
14. Medycyna Praktyczna. Choroba zwyrodnieniowa stawów <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.13>.
15. Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011.
16. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.
17. Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologiapatofizjologia-leczenie>
18. GUS: Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2019 r. – notatka informacyjna. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2020.
19. Ogdie A., Langan S., Love T. et al.: Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology* 2013; 52: 568–575.
20. ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip, 09.2009, Pozyskano z: <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Nonpharmacological%20-%20Knee%20and%20Hip.pdf>,
21. McAlidon T.E., Babburu R.R., Sullivan M.C. et al.: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarth. Cartilage* 2014; 22: 363–388.
22. Maly M.R., Robbins S.M.: Osteoarthritis Year in Review 2014: Rehabilitation and outcomes. *Osteoarth. Cartilage* 2014; 22(12): 1958–1988
23. Injuries and violence. The facts, World Health Organization, Geneva 2014
24. Murray C. J. i in., Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 2012, 380 (9859): 2197–2223

25. Ministerstwo Zdrowia: *Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski* <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapa-dla-polski/>
26. Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160
27. Vos T 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, *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1545-1602
28. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
32. Ustawa Prawo farmaceutyczne
33. Ustawa o wyrobach medycznych
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
35. <https://www.tourmedica.pl/kliniki/rehabilitacja-medyczna-fizjoterapia>
36. <https://www.tourmedica.pl/kliniki/fizykoterapia/>
37. Buckup K., Buckup J. Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni. PZWL, Warszawa 2014.
38. <https://fizjoterapeuty.pl/fizjoterapia/testy-funkcjonalne/testy-funkcjonalne-w-fizjoterapii.html>
39. <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2024/OP-0054-2024.pdf>
40. <https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2024/OP-0055-2024.pdf>

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora
ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgnarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inne uwagi

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
 Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.
 Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie – wzór

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

.....
Data i czytelny podpis i pieczętka

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez (REALIZATOR) jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

ZAŁĄCZNIK 4. Sprawozdanie z wykonania świadczeń - wzór

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

1. Sprawozdanie
 - miesięczne, za okres od do
 - roczne, za rok

2. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)

3. Liczba osób skierowanych na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych

4. Liczba wykonanych instruktaży postępowania w siedzibie realizatora

5. Liczba instruktaży w ramach wizyty domowej

6. Uwagi
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć realizatora programu

ZAŁĄCZNIK 5. Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego – wzór

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

Imię i nazwisko PESEL.....

Wywiad:

Rozpoznanie

Dolegliwości.....

Choroby współistniejące:

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo – zatorowa		
rozzusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			cięża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych)

.....

.....

.....

(podpis pacjenta)

Adnotacja

fizjoterapeuty.....

.....

(podpis fizjoterapeuty)

ZAŁĄCZNIK 6. Formularz oceny stanu uczestnika programu – wzór

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko.....

Rozpoznanie

Zabiegi.....

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając „x” (początek zabiegów) lub „•” (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość											
Osłabiona siła mięśni											
Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

.....
(podpis pacjenta)

Adnotacja

fizjoterapeuty.....

.....
(podpis fizjoterapeuty)

ZAŁĄCZNIK 7. Test wiedzy uczestnika programu – wzór

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii na lata 2025-2027
Pre test/post test

Test wiedzy z zakresu rehabilitacji układu kostno-stawowego

1. Który z poniższych czynników zwiększa ryzyko osteoporozy?
A) Regularne ćwiczenia siłowe
B) Niedobór wapnia i witaminy D
C) Wysokobiałkowa dieta

2. Co jest częstą przyczyną zespołu cieśni nadgarstka?
A) Brak aktywności fizycznej
B) Długotrwała, powtarzalna praca rękami
C) Regularne ćwiczenia rozciągające

3. Która z poniższych aktywności zmniejsza ryzyko bólu kręgosłupa lędźwiowego?
A) Długotrwałe siedzenie bez przerw
B) Właściwa ergonomia miejsca pracy
C) Spanie na bardzo miękkim materacu

4. Czynnikiem ryzyka choroby zwyrodnieniowej stawów jest:
A) Nadmierna masa ciała
B) Regularne spacerowanie
C) Wysokie spożycie błonnika

5. Co sprzyja rozwojowi urazu łąkotki?
A) Siedzący tryb życia
B) Nagły skręt kolana podczas obciążenia
C) Prawidłowe obuwie sportowe

6. Które z poniższych schorzeń jest związane z nadmiernym obciążeniem stawów?
A) Osteopenia
B) Choroba zwyrodnieniowa stawów
C) Skolioza idiopatyczna

7. Czym może skutkować brak aktywności fizycznej dla układu kostno-stawowego?
A) Zwiększoną gęstością kości
B) Zmniejszoną elastycznością stawów
C) Poprawą koordynacji ruchowej

8. Głównym czynnikiem ryzyka dny moczanowej jest:
A) Nadmierne spożycie alkoholu i czerwonego mięsa
B) Dieta niskopurynowa
C) Regularne ćwiczenia aerobowe

9. Który z poniższych nawyków sprzyja skoliozie?
A) Niewłaściwa postawa ciała
B) Regularne pływanie
C) Równomierne noszenie obciążeń

10. W przypadku jakiego czynnika ryzyka może dojść do zapalenia kaletki maziowej?
- A) Urazy przeciążeniowe
 - B) Regularne rozciąganie
 - C) Dieta bogata w wapń
11. Który z poniższych elementów wpływa negatywnie na zdrowie kręgosłupa?
- A) Prawidłowe techniki podnoszenia ciężarów
 - B) Noszenie ciężkiego plecaka na jednym ramieniu
 - C) Regularna aktywność fizyczna
12. Czynnikiem ryzyka złamań osteoporotycznych jest:
- A) Dieta bogata w witaminę D
 - B) Palenie tytoniu
 - C) Regularna aktywność fizyczna
13. Które ćwiczenie może pomóc w zapobieganiu urazom stawu skokowego?
- A) Skoki na twardej nawierzchni bez obuwia
 - B) Ćwiczenia równoważne i stabilizacyjne
 - C) Długotrwałe siedzenie
14. Główną przyczyną zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa jest:
- A) Regularny trening siłowy
 - B) Długotrwałe przeciążenie kręgosłupa
 - C) Zbilansowana dieta
15. Co może zwiększać ryzyko bólu barku?
- A) Siedzenie z wyprostowaną postawą
 - B) Wykonywanie ruchów ponad głowę z dużym obciążeniem
 - C) Regularne ćwiczenia wzmacniające mięśnie rotatorów
16. Jakie znaczenie dla zdrowia układu kostno-stawowego ma regularna aktywność fizyczna?
- A) Zwiększa ryzyko złamań
 - B) Pomaga w utrzymaniu gęstości kości
 - C) Powoduje osłabienie mięśni
17. Który z poniższych czynników psychicznych może negatywnie wpływać na stan zdrowia układu kostno-stawowego?
- A) Regularny sen
 - B) Przewlekły stres
 - C) Techniki relaksacyjne
18. Jaki składnik diety jest kluczowy dla zdrowia stawów?
- A) Kwasy tłuszczowe omega-3
 - B) Wysokoprzetworzona żywność
 - C) Cukry proste
19. Która aktywność fizyczna najlepiej wspiera zdrowie stawów i kości?
- A) Pływanie i ćwiczenia oporowe
 - B) Długotrwałe siedzenie przy komputerze
 - C) Ćwiczenia bez rozgrzewki

20. Jakie działanie może prowadzić do przeciążenia psychofizycznego?

- A) Balans między pracą a odpoczynkiem
- B) Praca w jednej pozycji przez wiele godzin
- C) Regularne przerwy w trakcie pracy

Klucz odpowiedzi:

- 1. B) Niedobór wapnia i witaminy D
- 2. B) Długotrwała, powtarzalna praca rękami
- 3. B) Właściwa ergonomia miejsca pracy
- 4. A) Nadmierna masa ciała
- 5. B) Nagły skręt kolana podczas obciążenia
- 6. B) Choroba zwyrodnieniowa stawów
- 7. B) Zmniejszoną elastycznością stawów
- 8. A) Nadmierne spożycie alkoholu i czerwonego mięsa
- 9. A) Niewłaściwa postawa ciała
- 10. A) Urazy przeciążeniowe
- 11. B) Noszenie ciężkiego plecaka na jednym ramieniu
- 12. B) Palenie tytoniu
- 13. B) Ćwiczenia równoważne i stabilizacyjne
- 14. B) Długotrwałe przeciążenie kręgosłupa
- 15. B) Wykonywanie ruchów ponad głowę z dużym obciążeniem
- 16. B) Pomaga w utrzymaniu gęstości kości
- 17. B) Przewlekły stres
- 18. A) Kwasy tłuszczowe omega-3
- 19. A) Pływanie i ćwiczenia oporowe
- 20. B) Praca w jednej pozycji przez wiele godzin

UZASADNIENIE

Realizacja programu polityki zdrowotnej, który finansowany będzie ze środków budżetu gminy, przyczyni się do krótszego oczekiwania pacjentów na zabiegi z zakresu rehabilitacji, fizykoterapii i fizjoterapii. W ramach programu finansowane będą tylko i wyłącznie zabiegi dla mieszkańców Miasta i Gminy Stopnica. Projekt programu został pozytywnie zaopiniowany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.