

**UCHWAŁA NR XXVI/167/2025
RADY MIEJSKIEJ W OŻAROWIE**

z dnia 3 września 2025 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026**

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

§ 1.

Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pt. "Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026", który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Ożarowa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PRZEWODNICZĄCA RADY MIEJSKIEJ
W OŻAROWIE**

HALINA DRAGAN

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025 – 2026

Podstawa prawna: art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn zm.]

Ożarów 2024

I. Nazwa programu

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej gminy Ożarów na lata 2025 – 2026

II. Okres realizacji programu 2025 – 2026

III. Autor programu: mgr Magdalena Kuziel

IV. Kontynuacja/trwałość programu:

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

V. Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Ożarowie
Ul. Stodolna 1
27-530 Ożarów
Tel. 15 861 07 00

VI. Data opracowania programu: 01.12.2024

Spis treści

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1.1. Opis problemu zdrowotnego	4
1.2. Dane epidemiologiczne	8
1.3. Opis obecnego postępowania	12
1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	14
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	17
2.1. Cel główny	17
2.2. Cele szczegółowe	17
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	17
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	18
3.1. Populacja docelowa	18
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	20
3.3. Planowane interwencje	21
3.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	29
3.5. Sposób zakończenia działalności w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych	29
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	31
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	31
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczącej personelu i warunków lokalowych	33
4.3. Zakup sprzętu do realizacji programu	33
5. Sposób monitorowania ewaluacji programu polityki zdrowotnej	35
5.1. Monitorowanie	35
5.2. Ewaluacja	36
6. Budżet programu polityki zdrowotnej	38
6.1. Koszty jednostkowe	38
6.2. Koszty całkowite	38
6.3. Źródło finansowania	39
Bibliografia	40
Załączniki	42

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu.

1.1. Opis programu zdrowotnego.

Fizjoterapia stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Najpowszechniejszymi problemami są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy (złamania, skręcenia, zwichnięcia) czy choroby ośrodkowego układu nerwowego.

Na skutek dolegliwości 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. Na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego oraz tkanki łącznej może nastąpić ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności. Schorzenia te podzielone są na grupy ICD-10: M00-M99, G 54, G 55, niektóre jednostki z grupy T i S. W schorzeniach układu kostno-stawowych i mięśniowych kluczową rolę w terapii odgrywa rehabilitacja, o jej skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także kompleksowość, intensywność oraz ciągłość. Bardzo ważne jest połączenie rehabilitacji z profilaktyką wtórną.

Do grup ICD-10 chorób układu narządu ruchu:

- M00-M99: choroby układu kostno-stawowego,
- M16: choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego,
- M17: choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego,
- M23: wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego,
- M00-M15, M18-M22, M24-25: atropie,
- 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.

Schorzenia reumatyczne występują najczęściej w ogólnej populacji zapalnych chorób narządu ruchu, zaliczamy do nich: reumatoidalne zapalenie stawów, spondyloartropatie (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów dotyczące nieswoistym zapalnym chorobą jelit). Choroby tkanki łącznej występują rzadziej i można do nich zaliczyć: toczeń rumieniowaty

układowy, zespół Singera, twardzina czy zapalenie skórno- i wielomięśniowe. W naszej populacji najczęściej występującym schorzeniem niezapalnym narządu ruchu jest choroba zwyrodnieniowa stawów jest ona 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 ta głównie charakteryzuje się: bólem stawowym, ograniczeniem ruchomości w stawie oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (np. wysiękiem w stawie) o różnym nasileniu (bez objawów ogólnoustrojowych). Choroba zwyrodnieniowa stawów dzieli się na postać pierwotną która częściej występuje a jej przyczyny są nieznane oraz wtórną wywołaną miejscowymi uszkodzeniami struktur, nieprawidłowościami budowy stawu lub chorobami ogólnoustrojowymi.

Następną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych związane z pracą, nazywane powszechnie „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem organizmu”. Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, ale również mogą dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Najczęściej spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, które wymagają leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. Niestety w niektórych przewlekłych przypadkach mogą one prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy.

Rozpoznanie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa różni się w zależności od jednostki chorobowej. Do ustalenia rozpoznania choroby wymagana jest analiza objawów, jakie stwierdzono u pacjenta, jak również wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po wykonaniu po ocenie choroby przez lekarza. Taki schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób kręgosłupa oraz układu mięśniowo-szkieletowego. Duże znaczenie ma ocena pacjenta przez reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a istotne jest powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Badania laboratoryjne i obrazowe mogą potwierdzić lub wykluczyć diagnozę.

Leczenie nie może bazować na sztywno ustalonych schematach postępowania, ponieważ przebieg chorób jest zmienny w czasie, charakteryzują go okresy remisji i zaostrzenia. Należy je okresowo weryfikować i dostosowywać do aktualnej sytuacji oraz oczekiwań pacjenta.

W leczeniu właściwe jest połączenie farmakologii z metodami nefarmakologicznymi 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.

W zależności od jednostki chorobowej leczenie dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej różni się, czasami wymaga połączenia metod farmakologicznych z nefarmakologicznymi. Oprócz farmakoterapii w leczeniu objawów zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem fizjoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u niektórych pacjentów – metod inwazyjnych (blokady, neurodestrukcje, endoprotezoplastyka).

Kinezyterapia i fizykoterapia są elementami terapii zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. Celem kinezyterapii są: zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, przykurczą i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie,

utrzymanie lub zwiększenie siły mięśniowej, poprawa lub zwiększenie wydolności oddechowej organizmu oraz poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości). Fizjoterapia to stosowanie różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana przez różnego rodzaju aparaturę (krioterapia, elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). Pełni funkcję pomocniczą w leczeniu usprawniającym, rzadko stosuje się jako zabieg podstawowy, ale wspomaga ćwiczenia ruchowe i wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

Rehabilitacja medyczna umożliwia nauczanie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększenia skuteczności stosowania się do zalecanej farmakoterapii. Plan rehabilitacji musi być dostosowany do potrzeb chorego podyktowany jego stanem zdrowia. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymagania rehabilitacyjne pacjentów. 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 Guideliness Group, SIGN 2002 – Scottish Guidelines Network).

Do metod niefarmakologicznych 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 czy psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarabkowania 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. Nowoczesne metody terapeutyczne zapewnią profesjonalną i kompleksową rehabilitację pacjentom z różnymi schorzeniami i różnym stanie.

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

W powszechnych publikacjach podkreślany jest wpływ na skuteczność prowadzonych interwencji poprzez zastosowanie interdyscyplinarnych zespołów specjalistów (SIGN 2013). Zalecenia zgodne są też 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).

Rehabilitacja należy do jednej z form przywracania sprawności fizycznej osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i ze schorzeniami kręgosłupa. Wyróżniamy rehabilitację medyczną, społeczną oraz zawodową. Do grupy rehabilitacji medycznej (fizjoterapii) można zaliczyć kinezyterapię, fizykoterapię oraz masaż leczniczy.

Najczęściej w przypadku schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego oraz bólów kręgosłupa 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 niezależne 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).

Do fizjoterapii stosuje się aparaturę, która wytwarza energię wyróżniamy: elektroterapię, magnetoterapię, ultradźwięki, krioterapię, światłolecznictwo, laseroterapię oraz ciepłolecznictwo.

Urazy wymagają postępowania rehabilitacyjnego, ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób układu kostno-stawowego oraz znaczenia w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. Mechanizm powstawania urazów kostno-stawowych związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Do najczęściej występujących należy wymienić złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Złamanie kości zazwyczaj występuje w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenie. Bezpośrednim urazem spowodowane są stłuczenia stawu, powodującymi ból oraz wylew krwi, ale zakres uszkodzeń jest bardziej ograniczony. Skręcenie to uszkodzenie, które powstaje wskutek stłuczenia lub zmiżdżenia okołostawowych tkanek miękkich (więzadeł, torebek stawowych, ścięgien), utrzymujących staw w prawidłowej pozycji. Objawy skręcenia: krwawy wylew, ból, obrzęk i ograniczenie ruchomości. Zwichnięcie to utrata prawidłowego ułożenia względem siebie powierzchni stawowych kości. Dzielimy je na zwichnięcia całkowite (wówczas powierzchnie stawowe nie stykają się ze sobą) oraz zwichnięcia niepełne, czyli podwichnięcia (powierzchnie stawowe kontaktują się częściowo). Objawy zwichnięcia: ból, wymuszone ustawienie kończyny, sprężysty opór przy próbie unieruchomienia stawu, zniekształcenie obrysu stawu, zaburzenia czucia lub porażenie. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniami ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu. Przegląd dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń przede wszystkim w obrębie narządów ruchu. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 60 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich.

1.2. Dane epidemiologiczne.

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2015 na całym świecie przekraczała 1,3 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów. Według szacunków WHO, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%).

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 na 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 choroby przewlekłych. Najczęściej wymienioną dolegliwością były bóle dolnej partii pleców. W grupie kobiet deklarowały je 28,4%, a w grupie mężczyzn – 21,2% w wieku 15 i więcej lat. Bóle środkowej części pleców deklarowało odpowiednio 19% i 12,9%. Bóle szyi wystąpiły u 21% ankietowanych kobiet i 13% mężczyzn.

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%).

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 wynosiła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorych 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 których 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 (1878,05 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost o 8,25%).

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

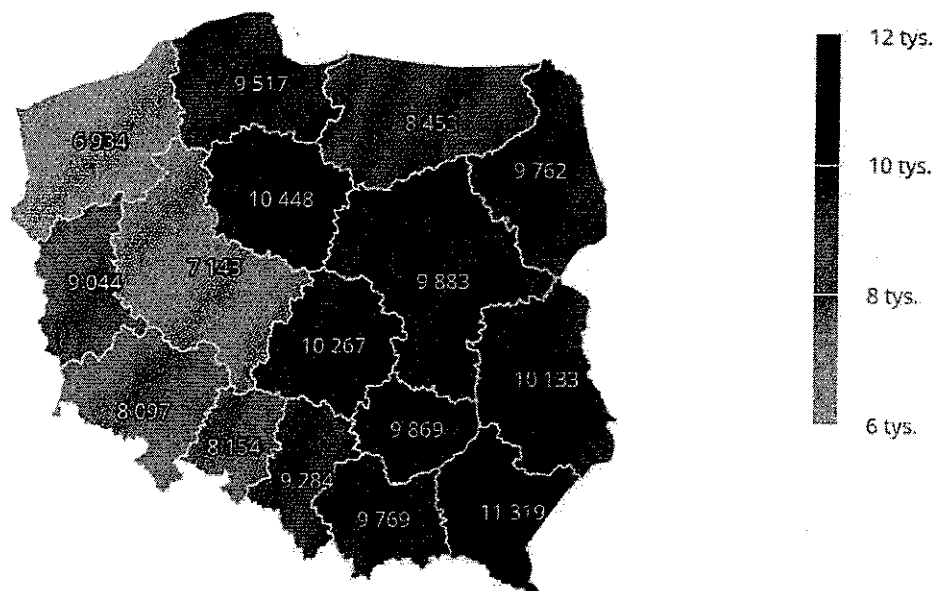
Przeanalizowano również przeciętny czas oczekiwania na świadczenia, których zrealizowano co najmniej 20 tys. W tej grupie zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2019 r. były m.in. głównie zabiegi dotyczące chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

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).

Rozwiązania zaproponowane i wprowadzone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) idą o wiele dalej, służąc nie tylko mapowaniu potrzeb zdrowotnych, ale również zapewnieniu wdrożenia rozwiązań pozwalających na ich zaspokajanie – wprowadzeniu systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że podstawy podejmowanych działań muszą się opierać o rzeczywiste, zobjektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla efektywnego funkcjonowania systemu konieczne jest określenie priorytetów i największych wyzwań. Z uwagi na ograniczone zasoby (pieniądze, kadry, czas) nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań w jednym czasie. Konieczne jest realizowanie w pierwszej kolejności tych, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla całego społeczeństwa – w szczególności skupiających się na obszarach, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne najbardziej odbiegają od oczekiwanych.

Analizując zróżnicowanie regionalne pomiędzy województwami Polski, wystąpiły bardzo znaczne różnice w liczbie rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. podkarpackim (11 319), kujawsko-pomorskie (10 448), łódzkie (10 267), lubelskie (10 133), a najmniejsze w zachodniopomorskie (6 934), a natomiast w świętokrzyskie (9 869 co szacuje go na 6 miejscu w Polsce).

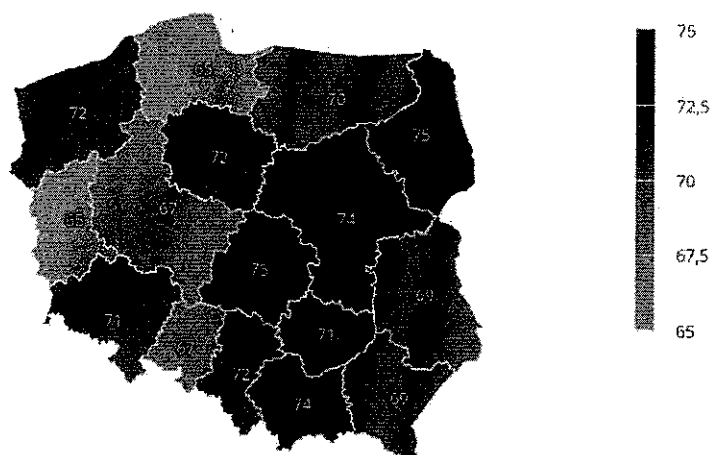
Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Według Danych Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa świętokrzyskiego, 2023 - zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Chorób układu mięśniowo-szkieletowego” to aż, 2495797 pacjentów jest to 71.4%. Liczba pacjentów rehabilitowanych w woj. Świętokrzyskim na 100 tys. ludności dla powiatu opatowskiego wynosiła 7999.

Udział pacjentów z rozpoznaniem "Choroby układu mięśniowo-szkieletowego" - Polska [%]



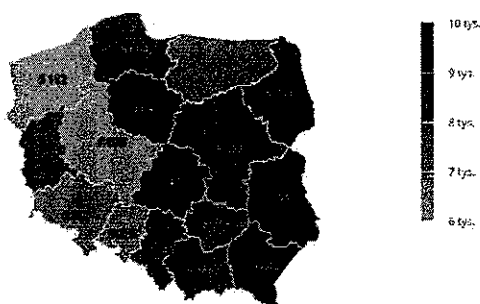
Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

Według MPZ problem zdrowotny „Choroby układu mięśniowo-szkieletowego” w woj. Świętokrzyskim na 100 tys. ludności, zmiana między 2034 a 2019 r. względnej różnicy wyniesie 13,72% wskaźnika chorobowości, zapadalności to 9,14%, zgonów 0 a wartość bezwzględna to 3186,59.

Z danych MPZ wynika, że największy odsetek pacjentów rehabilitacji to grupa wiekowa 18-64 lata (47%), następnie grupa wiekowa 64+ (41,8%), a najmniejsza grupa do 18 lat (10,6%). W Polsce jak i woj. Świętokrzyskim z rehabilitacji korzysta przewaga kobiet bo, aż 64,5%, mężczyźni to jedynie 35,5%. Według statystyk w woj. Świętokrzyskim odsetek wiekowy pacjentów - 18-64 wynosił 49,0%, w grupie 65+ wyniósł 41,1% a grupa wiekowa do 18 lat to tylko 9,9%. Znaczenie ma też miejsce zamieszkania w Polsce i woj. Świętokrzyskim przewaga pacjentów występuje w miastach.

Analizując zróżnicowanie regionalne pomiędzy województwami Polski, wystąpiły duże różnice w liczbie rehabilitowanych ambulatoryjnie pacjentów na 100 tys. . Ludności pomiędzy województwami -najwięcej jest w województwie podkarpackie (9 842), kujawsko-pomorskie (9 641), łódzkie (9 479), a najmniej wielkopolskie (6 056) natomiast świętokrzyskie (8 258 i szacuje go na 9 pozycji w Polsce. Dla powiatu opatowskiego wskaźnik na 100 tys. mieszkańców wynosi 6738 pacjentów.

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, ogólna - Polska



Źródło: Opracowanie DAJS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, ogólna - woj. świętokrzyskie



Źródło: Opracowanie DAJS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

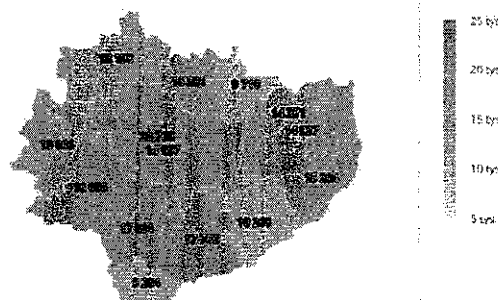
Liczba wizyt fizjoterapeutycznych ambulatoryjnych na 100 tys. ludności występują znaczne różnice między województwami najwięcej jest w podkarpackie (22 123), a najmniej zachodniopomorskie (9 697) natomiast świętokrzyskie (15 127 i szacuje go na 8 miejscu w Polsce). Poniżej przedstawiona mapa ilości wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludzi w woj. świętokrzyskim i powiecie opatowski ma wskaźnik 14927.

Liczba wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności, ogólna - Polska



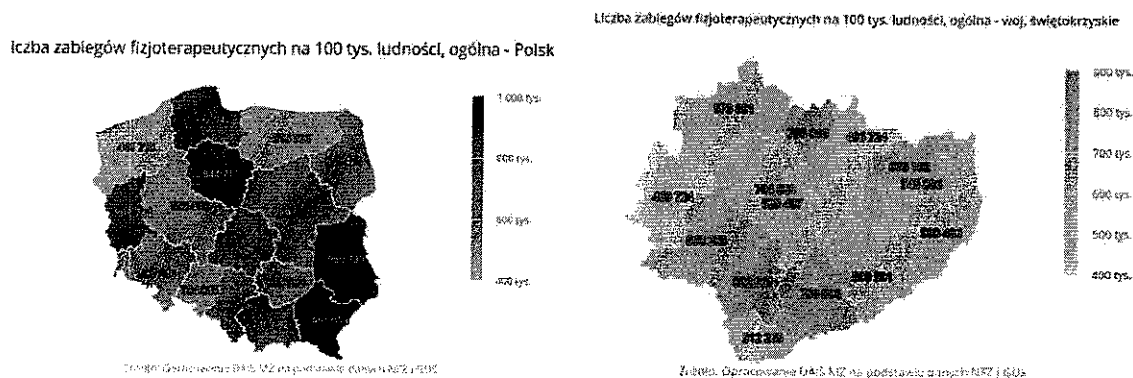
Źródło: Opracowanie DAJS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Liczba wizyt fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności, ogólna - woj. świętokrzyskie



Źródło: Opracowanie DAJS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Natomiast liczba zabiegów fizjoterapeutycznych ambulatoryjnych na 100 tys. mieszkańców w Polsce, największa jest w województwie podkarpackim (981 053) najmniejsza zachodniopomorskim (441 718), a w świętokrzyskie (618 592 co szacuje go na 12 miejscu w Polsce). Wskaźnik dla powiatu opatowskiego wizyt to 545886.



1.3. Opis obecnego postępowania.

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu.

Świadczenia gwarantowane przez NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaż. Porada rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje m.in. wybranym procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia - badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalną wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgnistych-okostnych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnień leczniczego), skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę postępu 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 dzień.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku 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, 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 zabiegów u każdego świadczeniobiorcy.

Rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń narządu ruchu, prowadzona jest także 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 dla 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 jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacji 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 stacjonarnym – 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 trening relaksacyjny) 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.

1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Według Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i edukacyjnych i zdrowotnych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwia mu jak największą sprawność. 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: 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 w szczególności na 5 cel operacyjny, czyli Wyzwania demograficzne, gdzie w punkcie 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 osób starszych, niesamodzielnych.

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

Na podstawie danych pozyskane z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ) data dostępu: 19 listopada 2024 r. w mieście Ożarów funkcjonował 1 podmiot leczniczy udostępniający leczenie w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Pierwszy wolny termin dla przypadku stabilnego był dostępny na dzień 6.10. 2025 roku.

Pierwszy wolny termin dla przypadku pilnego był dostępny na dzień 22.09.2025 roku.

W związku z ograniczoną dostępnością zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy Ożarów, spowodowanym odległym terminami na świadczenia objęte kontraktem z NFZ, wskazane by było sfinansowanie programu ze środków budżetu Gminy Ożarów. Biorąc pod uwagę wskazane powyżej dane dotyczące dostępności władze gminy Ożarów mają przesłanki do tego, aby starać się wpłynąć na wyrównanie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców gminy ze szczególnym naciskiem na dostępność do świadczeń ambulatoryjnych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez podejmowanie działań w celu uruchomienia rehabilitacji w obszarach bez zabezpieczenia.

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 znacznie się różnią, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich do szczegółowych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002, SIGN 2002).
- Standardy jakości dostępnych dowodów i metod stanowią wiele wyzwań dla rehabilitacji (NCDDR 2009). Wszystkie wytyczne wskazują, że istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, jest brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań stwierdzonych na podstawie przeglądów systematycznych.
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonalnych (NSF 2010, VHA-DoD 2010).
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008, RACGP 2009).
- Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, dlatego grupy nie powinny być liczniejsze niż 10 osób (NICE 2009).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej, 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.
- Przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju lub depresji powinny być skierowane do 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).
- Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż standardowa opieka (obejmowała: funkcjonalny trening zadaniowy, komponenty mięśniowo-szkieletowe, neurofizjologiczne lub krążeniowo-oddechowe).
- Oosterhuis 2014 – celem przeglądu 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 poprawy funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej oraz, że rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybkiego powrotu do pracy w porównaniu do standardowej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście zmniejszenia krótkotrwałych dolegliwości bólowych (SMD - 0,90, 95%CI od -1,55 do -0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że program ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej

intensywności w leczeniu bólu w krótkim okresie (WMD -10,67, 95%CI od -17,04 do -4,30, 2 badania, 103 uczestników).

- Mehrholz 2014 – celem przeglądu była ocena wpływu treningu na bieżni z i bez obciążenia masy ciała ze wsparciem systemu uprząży na poprawę wytrzymałości chodu, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości stwierdzono, że szybkość i wytrzymałość chodu może 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 jakości jej życia, na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonalną i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również ma 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 programu 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 chorobowego, zakres 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 zapewnienie możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiec poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Tenże program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapomnienie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.

2.1. Cel główny.

Celem głównym jest uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 40% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Ożarów w latach 2025-2026.

2.2. Cele szczegółowe.

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu, urazów oraz chorób układu obwodowego wśród 30% populacji docelowej programu.
- 2) Zmniejszenie dolegliwości bólowych (na podstawie skali VAS) u 50% uczestników programu, u których w ramach programów wdrożoną interwencję rehabilitacyjną.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

1. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne.
2. Odsetek osób, u których w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami rehabilitacji leczniczej doszło do zmniejszenia natężenia odczuwanego bólu (wyniki skali VAS) - porównanie między wynikami uzyskanymi na wizycie kwalifikacyjnej (pre-test) a wynikami uzyskanymi po zrealizowaniu interwencji rehabilitacyjnej (post-test).
3. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem post-testu względem pre-testu, świadcząca o wyższym poziomie wiedzy świadczeniobiorcy).

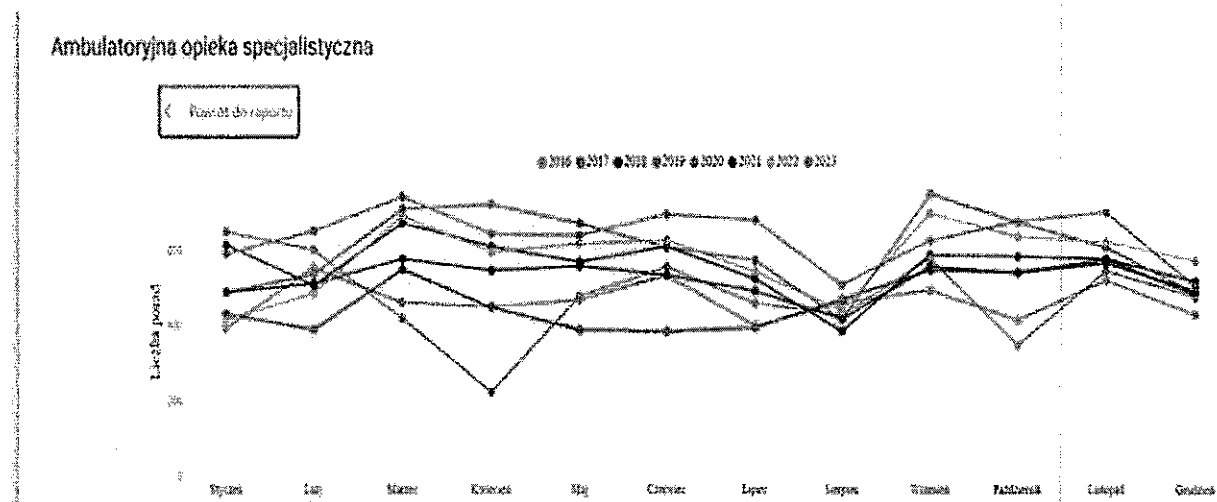
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

3.1. Populacja docelowa.

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2015 na całym świecie przekraczała 1,3 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów. WHO szacuje że, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%).

Województwo Świętokrzyskie zajmuje 2 miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego (ok. 1638/100tys. mieszkańców). W powiecie opatowskim, na terenie którego leży Gmina Ożarów, współczynnik ten osiąga wartości w przedziale 345/100tys. mieszkańców. Mapy potrzeb zdrowotnych ukazują również współczynnik chorobowości ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), wyrażający liczbę pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej grupy rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. W województwie świętokrzyskim współczynnik chorobowości AOS wyniósł średnio ok. 286 /tys. ludności (w powiecie opatowskim 157/tys. ludności). Był to trzeci najniższy wynik w kraju. Poniżej na wykresie oraz w tabeli przedstawiono wyniki porad dla ASO w powiecie opatowskim z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego.

Wyk.1. Wyniki porad dla ASO w powiecie opatowskim z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego.



Tab. 1. Wyniki porad dla ASO w powiecie opatowskim z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego.

Miesiąc	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Styczeń	390	429	612	436	647	483	414	368
Luty	352	387	503	333	389	510	454	649
Marzec	459	347	670	708	417	575	688	740
Kwiecień	448	486	608	719	227	544	593	641
Maj	486	386	566	669	475	556	615	637
Czerwiec	530	381	607	605	352	339	623	692
Lipiec	396	392	521	370	436	489	349	677
Sierpień	457	466	332	413	425	415	458	305
Wrzesień	490	544	524	746	574	553	694	622
Październik	410	537	579	670	344	536	632	673
Listopad	516	572	373	693	340	562	618	697
Grudzień	425	478	514	483	473	438	568	502

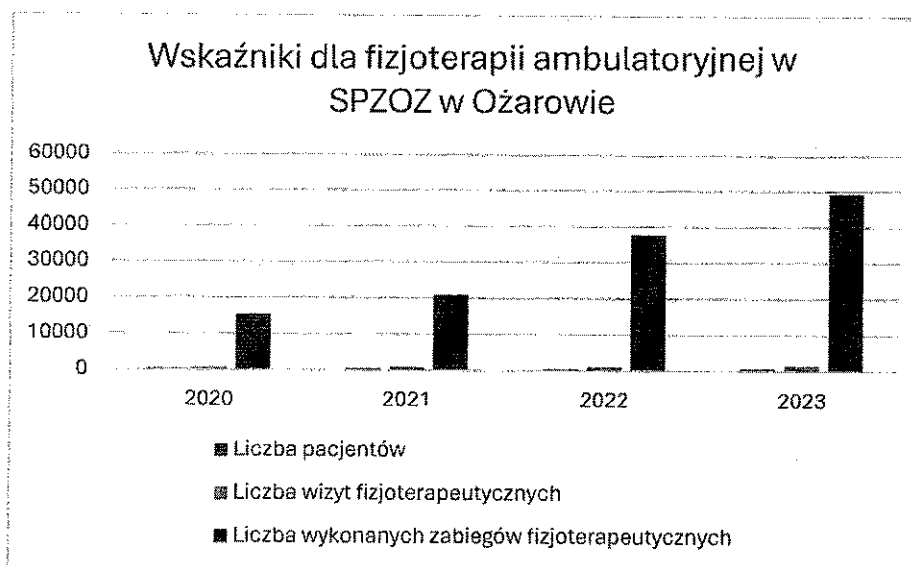
Biorąc pod uwagę chorobowość szpitalną z powodu urazów województwo świętokrzyskie zajmuje 7 miejsce w kraju ze współczynnikiem na poziomie ok. 6188/100tys. mieszkańców. W powiecie opatowskim współczynnik ten jest niższy od średniej dla województwa (2446/100tys. mieszkańców). Współczynnik chorobowości AOS w województwie wyniósł w tym przypadku ok. 167/tys. ludności i był to 4 najniższy wynik w kraju (w powiecie opatowskim 58/tys. ludności).

Poniżej w tabeli według Map Potrzeb Zdrowotnych przedstawiono wskaźniki dla Samodzielnego Publicznego Ośrodka Zdrowia w Ożarowie w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w latach 2020-2023. Z poniższych danych wynika, że z roku na rok liczba pacjentów, wizyt oraz wykonanych zabiegów wzrasta.

Tab. 2. Wskaźniki dla fizjoterapii ambulatoryjnej w SPZOZ w Ożarowie.

SPZOZ w Ożarowie fizjoterapia ambulatoryjna w latach	Liczba pacjentów	Liczba wizyt fizjoterapeutycznych	Liczba wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych
2020	385	776	15397
2021	449	962	20833
2022	539	1264	37733
2023	724	1685	49366

Wyk. 2. Wskaźniki dla fizjoterapii ambulatoryjnej w SPZOZ w Ożarowie.



Liczba mieszkańców gminy Ożarów to ok. 10559 osób, z tego ok. 9500 mieszkańców to osoby dorosłe. Program Profilaktyki Zdrowotnej kierowany będzie do dorosłych (od 18 lat i więcej) mieszkańców gminy Ożarów. Działania w programie skierowane będą do mieszkańców z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, choroby obwodowego układu nerwowego oraz urazach. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Ożarów oszacowano na poziomie ok. 600 pacjentów rocznie. Do programu zakwalifikuje się 350 dorosłych mieszkańców możliwe jest zwiększenie liczby pacjentów w programie w miarę zapotrzebowania na rehabilitację oraz możliwości lokalowych, personelu i środki z Urzędu Miasta Ożarów.

Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie w okresie realizacji ok. 350 dorosłych mieszkańców.

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

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie Realizator.

1. Kryteria włączenia:

- 1.1. zamieszkiwanie na terenie gminy Ożarów (oświadczenie uczestnika),
- 1.2. rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- 1.3. skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych,
- 1.4. pisemna zgoda na uczestnictwo w programie;
- 1.5. wiek 18 lub więcej.

2. Kryteria wyłączenia:

- 2.1. korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).
- 2.2. brak zameldowania na terenie Gminy Ożarów.

3.3. Planowanie interwencyjne.

Dla każdego uczestnika zaplanowano następujący indywidualny plan rehabilitacyjny:

- z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę na wizycie kwalifikacyjnej. Cykl terapeutyczny trwać będzie 10 kolejnych dni (średnio po 4 zabiegi dziennie dla jednego pacjenta),
- obejmujący wybrane zabiegi wskazane w tabeli III. Wszystkie zaplanowane zabiegi fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- poprzedzony i zakończony wykonaniem wybranego przez Realizatora standaryzowanego testu zaburzeń funkcjonalnych,
- obejmujący edukację zdrowotną pacjenta o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem (w tym badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych); interwencja obejmie jedno spotkanie edukacyjne trwające 45min, wykorzystana zostanie metoda wykładu i dyskusji, spotkanie poprowadzi lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka lub specjalista ds. zdrowia publicznego.

Tab. III Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych. Opracowanie własne.

Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych	
Lp.	Nazwa produktu
Kinezyterapia	
1.	indywidualną pracę z pacjentem - minimum 30 minut (np. ćwiczenia bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metod redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacyjne i manipulacyjne)
2.	ćwiczenia wspomagające - 15 minut
3.	ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - 15 minut
4.	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem minimum - 15 minut
5.	ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut
6.	Wyciągi
7.	inne formy usprawniania (kinezyterapia) – minimum 15 minut
8.	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na jednego terapeuty)
Masaż	
9.	masaż suchy (częściowy) – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym minimum 15 minut czynnego masażu oraz
10.	masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące maty masujące, itp.)
11.	masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy
Elektrolecznictwo	
12.	Galwanizacja
12.	Jonoforeza
13.	Elektrostymulacja
14.	Tonoliza
15.	prądy diadynamiczne
16.	prądy interferencyjne
17.	prądy TENS
18.	prądy TRABERTA
19.	prądy KOTZA
20.	ultradźwięki miejscowe
21.	ultrafonoforeza
Pole elektromagnetyczne	
22.	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
Światłolecznictwo i termoterapia	
23.	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
24.	laseroterapia punktowa
Krioterapia	
25.	krioterapia - miejscowa (pary azotu)

Należy wskazać, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami (NSF 2017, VHA-DoD 2010) pacjenci powinni otrzymywać 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 (NICE 2022, RACGP 2018). Dodatkowo zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Według zaleceń NICE 201442 w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz zawodowym, jakość życia i relacje społeczne. Opracowywanie planu leczenia i rehabilitacji powinno uwzględniać zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji, w tym w zakresie możliwości zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością - dodatkowo interwencje mające na celu utratę masy ciała. Właściwie dobrane ćwiczenia fizyczne należy zalecać wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ćwiczenia te powinny miejscowo wzmacniać mięśnie oraz poprawiać ogólną sprawność aerobową. Celem zmniejszania dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)⁴³ w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań nefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)⁴⁴ zwracają dodatkowo uwagę na istotę edukacji zdrowotnej w planie terapeutycznym omawianej grupy pacjentów. Osoby te powinny mieć dostęp do pełnej informacji na temat swojej jednostki chorobowej, a także bezpiecznej modyfikacji codziennej aktywności oraz najskuteczniejszych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem. Zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013)⁴⁵ wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń fizycznych nadzorowanych przez specjalistę. Także Ci eksperci zalecają uwzględnianie w postępowaniu terapeutycznym przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013)⁴⁶ proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię nefarmakologiczną (edukacja zdrowotna, ćwiczenia, zaopatrzenie ortopedyczne, redukcja masy ciała), farmakologiczną oraz w wybranych przypadkach leczenie chirurgiczne. Dodatkowo integralną częścią opieki zdrowotnej nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna być edukacja zdrowotna, zwiększająca zaangażowanie pacjenta w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia i radzenia sobie z chorobą. Również zgodnie z wytycznymi NICE (2015)⁴⁷ opieka nad pacjentami z omawianej grupy powinna uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne, w tym przede wszystkim fizjoterapię, terapię zajęciową, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz opiekę podologiczną. Fizjoterapia w przypadku pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna prowadzić do poprawy ogólnej kondycji fizycznej, wykształcenia umiejętności ćwiczeń zwiększających

elastyczność stawów i wzmacniających siłę mięśniową, a także zwiększenia motywacji do ich regularnego wykonywania.

Również w odniesieniu do problemu urazów rehabilitacja stanowi działanie niezbędne w świetle dostępnych wyników badań naukowych. Rekomendacje NICE 201648 wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez pacjentów, będącym konsekwencją pogorszenia jakości życia w wyniku choroby. Niezwykle ważna jest także edukacja pacjentów w zakresie fizjoterapii, w obliczu braku wiedzy chorych po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

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

W ramach programu przeprowadzone będą działania organizacyjne w tym kampania informacyjna i rekrutacja do programu

Kampania informacyjna. Skierowana do mieszkańców gminy Ożarów. 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.

Mieszkańcy gminy Ożarów, 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 chorób oraz o ramach organizacyjnych programu.

Rekrutacja do programu. Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest obowiązkiem do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgodny, zgodnie z wymogami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca gminy Ożarów, posiadanie odpowiedniego skierowania od lekarza POZ lub lekarza specjalisty (np. ortopedy, rehabilitacji, chirurgii) wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody), zgłoszenie się w odpowiednim terminie od wystawienia skierowania do realizatora oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych.

Rekrutację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikacje pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz 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.

W ramach udziału przeprowadzone zostaną działania edukacyjne i diagnostyczne.

Działania edukacyjne. Skierowanie do osób zamieszkujących gminę Ożarów. 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 wizyty w siedzibie realizatora 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 który obejmują 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 wcześniej podjętej profilaktyki i leczenia, a także unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Szczególną uwagę zwróci się na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazą, 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.

Większości zaleceń dotyczących bólów kręgosłupa zaczyna 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 podtrzymują ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

Przeważającą część rekomendacji wskazuje, że w bólu ostrym zaleca się uspokojenie cierpiącego, edukację, w tym zachęcenie do nieograniczonego ruchowej oraz farmakoterapię. Odradza się pozostanie w łóżku (wybranych przypadkach 1-2 dni). W bólu przewlekłym odradza się stosowanie intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostimulacja). 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 bólem krzyża. Edukatorzy powinni doradzać uczestnikom zajęć, aby kontynuowali zwykłą aktywność zgodnie z tolerancją bólu.

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 przeprowadzenie testu leżą po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora.

Podczas działań edukacyjnych realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posilkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, Fundacja 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 utrwalenia wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, konferencja, dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnych podczas wizyt lekarskich, fizjoterapeutycznych.

Czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom, koniecznym jest umożliwienie dyskusji, zadawania pytań i możliwości wyjaśnienia wątpliwości przez prelegenta, w zakresie przekazywanych informacji dotyczących profilaktyki narządu ruchu.

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;
- informacje o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ.

Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne. Każdy mieszkaniec gminy Ożarów spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z interwencji terapeutycznej w ramach programu.

Składają się na nią:

- Badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika;
- cykl zabiegów fizjoterapeutycznych w siedzibie realizatora;
- podsumowanie zabiegów fizjoterapeutycznych i ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika.

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 formularze uwzględniającego aktualne stan zdrowia oraz historię chorób współistniejących u uczestnika (wzór formularza wywiad w załączenie), kolejną czynnością będzie ocena i opis stanu funkcjonowania pacjenta przed rozpoczęciem fizjoterapii.

Przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddanej leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (NZGG 2002, SIGN 2002, NICE 2007). We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodzin/opiekunów w proces terapeutyczny (NZGG 2002).

W zależności od potrzeb w ramach kwalifikacji uczestnika do programu mają być wykonane następujące pomiary, m.in.: badanie diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodnie 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; określenie wskaźników masy ciała BMI. Etap ten ma obejmować także wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących fizjoterapii (Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów doświadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej) poprzez wypełnienie ankiety przez uczestnika.

Następnie wizyta beta podejmuje decyzję o udziale uczestnika w programie oraz zaplanuje postępowanie fizjoterapeutyczne w postaci indywidualnego planu rehabilitacji (IPF) wraz z wyznaczonym terminem rozpoczęcia cyklu.

Badania kwalifikacyjne zostaną wykonane w populacji mieszkańców gminy Ożarów, 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 interwencji działania z zakresu promocji zdrowia. Wizyta kwalifikacyjna będzie rozpoczynała się konsultacjom (w celu wykluczenia przeciwwskazań), oceną stanu zdrowia uczestnika i z weryfikowaniem go do indywidualnego cyklu terapeutycznego. W razie występowania 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 do 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 lub specjalisty. Pięknie 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.

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 lekarza - o ostatecznej ilości powtórzeń, jaki i o ilości zabiegów będzie decydował wykonujący kwalifikację fizjoterapeuta, ale nie może przekraczać w zleceniach w/w ilości. Każdy z mieszkańców będzie mógł w ciągu roku wykorzystać do trzech serii zabiegów. Jednak w szczególnych przypadkach tj.: świeże złamania, skręcenia, zwichnięcia i stłuczenia oraz usprawnianie po wszczepieniu endoprotez kończyn ilości zabiegów będą rozpatrywane indywidualnie, w zależności od dostępności terminów i możliwości kadrowych realizatora.

Odnalezione rekomendacje NFS 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). Opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorobowego zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak: zabiegi fizykalne, masaże w tym mechaniczne, kinezyterapia, terapia manualna.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała poprawa lub zahamowanie pogłębienia 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.

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 analizowanie 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. wiek, stanu funkcjonalnego, wcześniejszych deficytów zdrowotnych, w 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 na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń.

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 przeprowadzonego 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 poprowadzi indywidualne działania profilaktyczne i edukacyjne. Uczestnikowi program zostaną ponownie wstawione informacje na temat czynników ryzyka oraz identyfikacja ewentualna eliminacja niepożądanych zachowań. Będzie to syntetycznym uzupełnieniem wiedzy przekazywanych w ramach działań edukacyjnych.

Działania kontrolne i sprawozdawcze w tym monitorowanie działań w ramach programu oraz ewaluacja programu i sprawozdawczość. Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujących weryfikację zgłasza ludności 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 do Urzędu Miejskiego w Ożarowie. 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.

3.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV-4.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 3.

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

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie wpływa 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. 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:

- działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie;
- świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednich kwalifikacjach
- 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.

3.5. Sposób zakończenia działalności w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych.

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym. Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta,
- zostaje poinformowany o braku możliwości uczestniczenia w programie w ciągu 12 miesięcy od rezygnacji.

Osoba kończąca cykl zabiegowy podlega ocenie fizjoterapeutycznej i w razie potrzeby może być zakwalifikowana na następny cykl zabiegowy. W roku kalendarzy może skorzystać z trzech cykli zabiegowych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2024 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (IV kwartał 2024);
- 3) podjęcie stosownej uchwały przez Radę Gminy Ożarów;
- 4) zawarcie/aneksowanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2024);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2025/2026) akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - informacja w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz komunikatów na stronie internetowej),
 - informacja w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);
 - informacja w Urzędzie Gminy Ożarów oraz w Ośrodku Pomocy Społecznej w Ożarowie (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych);
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - edukacja zdrowotna,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2026):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 5);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

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:
 - 4.1.1. badanie fizjoterapeutyczne kwalifikacyjne wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika; oraz wydanie indywidualnego planu rehabilitacji;
 - 4.1.2. cykl zabiegów fizjoterapeutycznych;
 - 4.1.3. 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.

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące programu 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 finansowania ze środków publicznych.

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

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne prowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną 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 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 zapewnia warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań oraz część wyposażenia, reszta wyposażenia zostanie sfinansowana przez Urząd Miasta w Ożarowie.

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 wykonania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

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, posiadającej swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia w 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 rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały program to:

- Osoba przeprowadzająca porady rehabilitacyjne: 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 fizjoterapeuty, a posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 25 Września 2015 roku 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, potwierdzające 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 fizykanej,
- osoba prowadząca fizjoterapia spełniająca warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. W sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu rehabilitacji leczniczej.

Każda z osób realizująca program winna posiadać co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe.

4.3. Zakup sprzętu do realizacji programu.

Zakup sprzętu do programu zostanie podzielony na dwa etapy.

W pierwszym roku do programu zostanie zakupiony sprzęt:

- Aparat do terapii ultradźwiękowej i laseroterapii + 2 szt. okulary + głowica GS-4 cm2/1 i 3,5 MHz + sonda IR 400mW/808 nm – PhysioGo 601C – ok. 12 660 zł;
- Aparat do elektroterapii – PhysioGo 100A – ok. 7000 zł;
- Lampa sollux - ok. 4000 zł;
- Aquavibron + Ekopompa+ końcówki – ok. 5100 zł;
- Aparat do elektroterapii -PhysioGo.Lite ELECTRO - ok. 5590 zł;
- Krzesło do masażu - Habys Prestige-reh – ok. 2 299 zł;
- Osprzęt do UGUL – ok. 2500 zł;
- Piłki rehabilitacyjne: Piłka rehabilitacyjna - kolor żółty (45cm) -90,14 zł; Piłka rehabilitacyjna PRO Series - kolor czerwona (55cm)- 108,42 zł; Piłka rehabilitacyjna PRO Series - kolor zielona (65cm) - 121,19 zł; Piłeczka z kolcami jeż kolor niebieski (10cm) -

33,55 zł; Piteczka z kolcami jeż kolor czerwony (9cm) - 24,11 zł; Średnia pompka TOGU - 22,88 zł w sumie ok. 410 zł;

- Watki, półwatki, kliny – Watek rehabilitacyjny (25cmx60cm) – 160.00zł, Watek rehabilitacyjny (30cmx100cm) – 430,00zł w sumie 590 zł
- Zestaw taśm Thera Band – Taśma rehabilitacyjna – czerwona (opór średni) - 26,65 zł; Taśma rehabilitacyjna – zielona (opór mocny) - 26,65 zł; Taśma rehabilitacyjna – żółta (opór słaby) - 26,65 zł; Taśma rehabilitacyjna – niebieska (opór extra mocny) - 26,65 zł w sumie ok.110 zł;
- Drobnny sprzęt rehabilitacyjny na sale ćwiczeń – ok. 200 zł.

W drugim roku do programu zostanie zakupiony sprzęt:

- Aparat o magnetoterapii + aplikator szpulowy CS35 i CS60 + leżanka do pola magnetycznego PhysioMG 825 - PhysioMG 825- ok. 14.430 zł;
- Aparat do masażu limfatycznego z mankietami – Lymphatron DL 1200H – ok. 15.500 zł;
- Aparat do krioterapii - Urządzenie do krioterapii na ciekły azot FROOZER - 30l - ok. 20.000 zł lub Cryo Air Mini aparat do krioterapii na zimne powietrze (do -32°C) - ok. 39 520,00 zł

Suma kosztu zakupu sprzętu:

- w pierwszym roku – ok. 34 864 zł;
- w drugim roku – ok. 49 930 zł.

Zakupiony sprzęt do programu po zakończeniu jego trwania za porozumieniem z Urzędem Miasta Ożarów zostanie przekazany SPZOZ w Ożarowie, w celu dalszego jego użytkowania w placówce. Do programu dołączano oświadczenie podpisane przez Burmistrza Miasta Ożarów, w której przekazuje sprzęt jednostce SPZOZ w Ożarowie po jego zakończeniu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu.

Monitoring i ewaluacja programów politycy będą polegały na analizie trzech podstawowych zadań:

1. Zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
2. fachowa ocena jakości realizowanych zadań;
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 2025-2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Miejskiej w Ożarowie i posiadanych zasobów finansowych.

5.1. 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 poddane zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównano 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 miejski w Ożarowie 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, którzy faktycznie odbyli rehabilitację;
- procentowa liczba osób nie zakwalifikowanych 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 przesiewowe w ramach programu;
- liczba uczestników programów poszczególnych etapach jego realizacji;
- liczba osób nie zakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób skierowanych do poradni specjalistycznych celem dalszej diagnostyki lub leczenia;
- czas oczekiwania na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych;
- liczba osób oczekujących 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 programów w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu Microsoft Excel:

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

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 programów. 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 celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziom 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.

5.2. 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 systematyczny badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza i skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona za tym 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 rekomendacje dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany Urząd Miejski w Ożarowie, 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 przeprowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mienniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

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

- liczba osób z dolegliwościami bólowymi;
- 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 urazów wśród uczestników programu;
- liczba jakichkolwiek złamań wśród uczestników programu;
- liczba osób z określonymi czynnikami ryzyka schorzeń układu ruchu;
- liczba osób, które po przeprowadzanej edukacji zaprzestały palenia papierosów, zmniejszyły spożycie alkoholu, zwiększyły częstość aktywności fizycznej, zredukowały masę ciała;
- zmiana poziomu wiedzy np. czynników ryzyka schorzeń kręgosłupa;
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).

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 trwałości efektów zdrowotnych.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.

Na realizację „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026” Gmina przeznaczy kwotę około 583 220 zł oraz 84 794 zł na zakup sprzętu co łącznie dają kwotę 668 014 zł.

Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,49 zł. Średnia liczba punktów za jeden zabieg spośród wykazanych w załączniku n1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką to 14,35 w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na 35,73 zł ($2,49 \text{ zł} \times 14,35 = 35,73 \text{ zł}$). Koszt fizjoterapii dla jednej osoby oszacowano na 1429,20 zł, 10 dniowy cykl, średnio po 4 zabiegach dziennie i dwie wizyty fizjoterapeutyczne wycenione na kwotę 90,00 zł co stanowi 1609,20 zł oraz jedno zajęcia edukacji zdrowotnej wycenione na 40 zł co daje kwotę 1649,20 zł.

6.1. Koszty jednostkowe

- 84 794 zł - koszt zakupu sprzętu;
- 1649,20 zł - koszt indywidualnego planu fizjoterapeutycznego w tym koszt zabiegów rehabilitacyjnych oraz edukacji zdrowotnej w tym:
 - a. 1429,20 zł - koszt rehabilitacji dla jednego pacjenta;
 - b. 180 zł – koszt dwóch wizyt fizjoterapeutycznych;
 - c. 40 zł – koszt zajęć edukacji zdrowotnej;
- 2000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych);
- 1000 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

6.2. Koszt całkowity

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

Rodzaj kosztów	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	2000 zł	2000 zł
Indywidualny plan rehabilitacyjny	175	1429,20 zł	250 110 zł
Monitoring i ewaluacja	--	1000 zł	1000 zł
Koszt wizyt fizjoterapeutycznych	175	180 zł	31 500 zł
Koszt edukacji zdrowotnej	175	40 zł	7000 zł
Koszty programu (coroczne)			291 610 zł

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

Rodzaj kosztów	Wartość (zł)
Rok 2025	326 474 zł
Akcja informacyjna	2000 zł
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	250 110 zł
Wizyty fizjoterapeutyczne	31 500 zł
Edukacja zdrowotna	7000 zł
Monitoring i ewaluacja	1000 zł
Koszt zakupu sprzętu	34 864 zł
Rok 2026	341 540 zł
Akcja informacyjna	2000 zł
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	250 110 zł
Wizyty fizjoterapeutyczne	31 500 zł
Edukacja zdrowotna	7000 zł
Monitoring i ewaluacja	1000 zł
Koszt zakupu sprzętu	49 930 zł

6.3. Źródło finansowania.

Jednostka samorządowa terytorialna (JST) podejmuje decyzję o wdrożeniu konkretnych działań po analizie sytuacji zdrowotnej na swoim terenie, ocenie możliwości budżetowych, zasięgnięciu opinii ekspertów oraz opracowaniu treści programu polityki zdrowotnej (PPZ), który musi spełniać określone kryteria i musi mieć zdefiniowaną strukturę. Program w założeniu finansowania ze środków własnych gminy Ożarów.

Bibliografia

1. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011, 46(3), s. 313-318.
2. Davidson J, Marian S. Falls. *Rev Clin Gerontol* 2007;17, s. 93-107.
3. Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 *The Lancet*, Volume 388, Issue 10053, s. 1545 - 1602
4. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
6. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Rumatologia* 2012; 50: 162-165.
7. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tlustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93-102.
8. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tlustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 83-90.
9. 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.
10. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094-1108.
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. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
13. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
14. GUS: Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2019 r. – notatka informacyjna. Główny Urząd Statystyczny Warszawa, 2020.
15. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
16. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
17. Murry 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.
18. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
19. Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S. i wsp.: Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016 Jul 15. pii: S0140-6736(16)30506-2. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. [Epub ahead of print]

20. Buckup K., Buckup J. Testy kliniczne w badaniach kości, stawów i mięśni. PZWL, Warszawa 2014.
21. Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjögrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
22. Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A., Członkowska A. i wsp.: Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. NeurolNeurochir Pol 2012; 46 (suppl 1): S1-S114.
23. Powers W.J., Derdeyn C.P., Biller J. i wsp. on behalf of the American Heart Association Stroke Council: 2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2015; 46: 00-00. DOI: 10.1161/STR.0000000000000074, <http://stroke.ahajournals.org> 4Prognoza ludności na lata 2008-2035. GUS, 2009.
24. Zarządzenie 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami.
27. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>

Załączniki

Załącznik 1

Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie gminy Ożarów uczestnika Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Ożarów w zakresie rehabilitacji medycznej ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz urazach.

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

Ja niżej podpisany/podpisanaoświadczam

(imię i nazwisko)

iż, zamieszkuję pod wskazany poniżej adresem:

ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

miejsowość..... kod pocztowy.....

poczta..... województwo.....

Świadomy/a* odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego o składaniu fałszywych zeznań oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis)

Objaśnienie:

* ...niepotrzebne skreślić

Informacja o braku podstaw do włączenia do Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Ożarów w zakresie rehabilitacji medycznej ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz urazach.

Po przeprowadzeniu analizy zgłoszenia do Programu Pani/Pana:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania:

stwierdzam brak podstaw do włączenia do Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Ożarów w zakresie rehabilitacji medycznej ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz urazach.

Uzasadnienie *):

- ☐ 1. Brak miejsca zamieszkania na terenie gminy Ożarów.
- ☐ 2. Brak schorzenia kwalifikującego do udziału w Programie.
- ☐ 3. Inny powód:

.....

podpis koordynatora Programu

Załącznik 3

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów w wieku od 18 lat i więcej na lata 2025-2026”

A. Dane uczestnika

Imię		Data urodzenia	
Nazwisko		 / / (dzień/miesiąc/rok)	
PESEL			
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Wynik testu zaburzeń funkcjonalnych			

B.2.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

B. 3.

Miernik efektywności	pre-test / / (dzień/miesiąc/rok)	post-test / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Załącznik 4

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów w wieku od 18 lat i więcej na lata 2025-2026”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy	Adresat: Urząd Gminy Ożarów
	od do	Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wyniku testów zaburzeń funkcjonalnych	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów w wieku od 18 lat i więcej na lata 2025-2026”

4.2.1.1. Ocena rejestracji

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

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

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

III. Ocena warunków panujących w przychodni

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

4. Dodatkowe uwagi/opinie:

0.3.0

Załącznik 6

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE REZYGNACJI

**Z udziału w Programie polityki zdrowotnej dla mieszkańców
gminy Ożarów w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń
układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz urazach.**

Niniejszym rezygnuję z udziału w Programie polityki zdrowotnej dla mieszkańców
gminy Ożarów w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego
układu nerwowego oraz urazach.

Powód mojej rezygnacji jest następujący:

.....

.....

.....

czytelny podpis uczestnika Programu

Załącznik 7

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego – wzór

Program rehabilitacji i aktywności ruchowej mieszkańców w gminie Ożarów na lata 2025-2026

Imię i nazwisko..... Pesel.....

Rozpoznanie.....

Dolegliwości

Choroby współistniejące

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo-zatorowa		
rozrusznik 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 8

Formularz oceny stanu uczestników programu – wzór

Program rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej w Gminie Ożarów na lata 2025-2026

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko

Rozpoznanie

.....

Zabiegi

.....
.....

B. Wypełnia pacjent

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

Dolegliwości	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczenie ruchomości											
Ostabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

.....
Podpis pacjenta

Adnotacja fizjoterapeuty

.....
Podpis fizjoterapeuty

UZASADNIENIE

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026" został zaprojektowany w odpowiedzi na potrzebę poprawy stanu zdrowia mieszkańców Gminy Ożarów.

Celem głównym jest uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 40% uczestników programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Ożarów w latach 2025-2026. Celem szczegółowym programu jest podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórej chorób układu ruchu, urazów oraz chorób układu obwodowego wśród 30% populacji docelowej programu, zmniejszenie dolegliwości bólowych u 50% uczestników programu, u których w ramach programów wdrożono interwencję rehabilitacyjną.

Podsumowując wprowadzenie "Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów na lata 2025-2026" jest odpowiedzią na konkretne i pilne potrzeby zdrowotne mieszkańców Gminy Ożarów.