

Uchwała Nr XV/116/25
Rady Miejskiej w Dobrzanych
z dnia 24 lipca 2025 r.

w sprawie przyjęcia „Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Dobrzany na lata 2026-2030”

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

§ 1. 1 Przyjmuje się „Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Dobrzany na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

2. Program, o którym mowa w ust. 1 jest kontynuacją „Programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Dobrzany na lata 2020-2025”, przyjętego uchwałą Nr XIII/112/19 Rady Miejskiej w Dobrzanych z dnia 20 grudnia 2019 r.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Dobrzanych.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząc Rady Miejskiej w Dobrzanych

Hope Magdalena
Magdalena Hope

URZĄD MIEJSKI w DOBRZANACH
ul. Staszica 1
73-130 Dobrzany
tel. 091-5620 201, fax 091-5620 204

Za zgodność z oryginałem
STWIERDZAM

Z up. BURMISTRZA
Ilona Nędra
mgr Ilona Nędra
INSPEKTOR



**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej mieszkańców gminy Dobrzany
na lata 2026-2030**

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

Dobrzany, 2025

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach - Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2020-2025 (Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 131/2019 z dnia 4 września 2019 r.).

Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Dobrzanych

ul. Staszica 1

73-130 Dobrzany

tel. +48 91 5620 201 do 203

oc@dobrzany.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
1. Opis problemu zdrowotnego	6
2. Dane epidemiologiczne	10
3. Opis obecnego postępowania	11
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
1. Cel główny	14
2. Cele szczegółowe	14
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa	15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	22
1. Monitorowanie	22
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
1. Koszty jednostkowe	23
2. Koszty całkowite	24
3. Źródło finansowania	24
Załączniki	25

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny^{1,2}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płęć żeńską oraz czynniki genetyczne³. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego⁴. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.

² Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

³ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁴ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁶. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych⁷. Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta⁸.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia

⁵ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010;11:1.

⁶ Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:202.

⁷ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

⁸ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.

⁹ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

się zrostów włóknistych i usztywnień stawów¹⁰. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. Stosuje się w tym przypadku głównie kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne¹¹. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszcycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, przede wszystkim ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego, ale także w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród występujących najczęściej wymienić należy złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi zazwyczaj w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenia. Stłuczenia stawu spowodowane są urazami bezpośrednimi, powodującymi ból oraz wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony. Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce

¹⁰ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

¹¹ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.

stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹². 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 ruchu¹³. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 65 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 hospitalizacji¹⁴. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁵.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa¹⁶. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji¹⁷.

¹² T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

¹³ Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁴ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.

¹⁵ Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

¹⁶ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

¹⁷ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2021 na całym świecie przekraczała 1,7 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów¹⁸. Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)¹⁹.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023²⁰ ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,5 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 8 785/100 tys. mieszkańców. W województwie zachodniopomorskim wskaźnik ten był o ok. 25% niższy (6 625/100 tys.), natomiast na terenie powiatu stargardzkiego, gdzie leży Gmina Dobrzany, osiągnął wartość niższą od wojewódzkiej (6 550/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce prawie 1,7 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 508/100 tys. mieszkańców), w województwie zachodniopomorskim było to ponad 43,4 tys. porad (2 661/100 tys.; 13 miejsce w kraju), a w powiecie stargardzkim – 2 059 (1 729/100 tys.). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,6 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 081/100 tys. mieszkańców). W województwie zachodniopomorskim było to ponad 158,2 tys. wizyt (9 697/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), a w powiecie stargardzkim – ponad 9,2 tys. wizyt (7 734/100 tys.). W roku 2023 wykonano w Polsce ponad 263,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (699 523/100 tys. mieszkańców),

¹⁸ Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.

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

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

w województwie zachodniopomorskim ponad 7,2 mln (441 718/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), w powiecie stargardzkim – ponad 504,8 tys. (423 928/100 tys. – jest to wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa zachodniopomorskiego). Przedstawione powyżej dane wyraźnie mogą wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie powiatu stargardzkiego, w tym także Gminy Dobrzany.

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 masażu²¹. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²². Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych²³.

Gmina Dobrzany od wielu już lat finansuje ze środków własnych realizację zadań w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²³ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

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

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców Gminy Dobrzany, dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2026-2030 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2025²⁴, na terenie gminy nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju. Czas oczekiwania na te usługi w Stargardzie wynosi średnio ponad 9 miesięcy²⁵. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów²⁶.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁷: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych;

²⁴ Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>; dostęp: 02.06.2025 r.].

²⁵ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 02.06.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

²⁶ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

²⁷ Ibidem.

Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:

- Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁸: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
 3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 8.6: Zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej;
 4. Wojewódzki Plan Transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego³⁰: Obszar Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 2.6.5. Poprawa jakości i dostępności do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej.

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

³⁰ Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego DZ. URZ. WOJ. 2024.6655, e-dziennik.szczecin.uw.gov.pl.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 350 mieszkańców gminy Dobrzany rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2030.

2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu w populacji docelowej w latach 2026-2030.
2. Wzrost o co najmniej 350 osób rocznie liczby mieszkańców gminy Dobrzany z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2026-2030.
3. Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawa czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej i stosowanie zasad ergonomii w miejscu pracy, w populacji docelowej dotkniętej problemem urazów, objętej interwencjami w programie w latach 2026-2030.
4. Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawa czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej, w populacji docelowej dotkniętej problemem chorób układu ruchu lub chorób obwodowego układu nerwowego, objętej interwencjami w programie w latach 2026-2030.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 10%).
2. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami; wd. wzrost o 30%),
3. Odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników.

4. Odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Dobrzany, których liczba wynosi ok. 3,7 tys. osób³¹. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w powiecie stargardzkim ok. 6 550/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz możliwość uczestniczenia w Programie 2-krotnie w okresie jednego roku, populację docelową w Gminie Dobrzany oszacowano na poziomie ok. 480 osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 350 dorosłych mieszkańców (ok. 73% populacji docelowej).

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

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie Realizator.

2.1. Kryteria włączenia

- zamieszkiwanie na terenie gminy Dobrzany (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych,
- pisemna zgoda na uczestnictwo w programie;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- 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).

³¹ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 02.06.2025r.].

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim w Dobrzanach (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

Interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;

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

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Tab. 1. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu.

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

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

Dowody skuteczności planowanych działań

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

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014³², 2015³³),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁴),
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013³⁵, 2016³⁶),
- American Pain Society (APS 2009)³⁷,
- American College of Physicians (ACP 2007)³⁸,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)³⁹,
- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴⁰.

Według zaleceń NICE 2014⁴¹ w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na

³² Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 01.06.2025 r.].

³³ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk; dostęp: 01.06.2025r.].

³⁴ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

³⁵ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745

³⁶ Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.

³⁷ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

³⁸ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.

³⁹ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169-S191.

⁴⁰ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 01.06.2025).

⁴¹ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

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)⁴² w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań niefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)⁴³ 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)⁴⁴ 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 laseroterapiiiskoenergetycznej.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013)⁴⁵ proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię niefarmakologiczną (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

⁴² Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴³ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁴ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

⁴⁵ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWW, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

NICE (2015⁴⁶) 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 2016⁴⁷ 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.

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.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

⁴⁶ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁴⁷ NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38; dostęp: 01.06.2025r.].

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie kontynuacji programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Zachodniopomorskiego (II-III kwartał 2025);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026 oraz w późniejszych latach w zależności od okresu, na który została zawarta umowa);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026 oraz w późniejszych latach w zależności od okresu, na który została zawarta umowa);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025-2030)
 - akcja informacyjna,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2031):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,

- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie ewentualnych uwag zgłaszanych przez uczestników;
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2031).

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

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

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 r. poz. 799 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie na podstawie:

- bieżącej analizy pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności::

- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)
- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami)
- odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników
- odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników,
- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 173 500 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (tabela I, s. 15). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 1,62 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie stargardzkim w województwie zachodniopomorskim (3 podmioty)⁴⁸. Na podstawie danych z realizacji poprzedniej edycji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 465 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie), a koszt działań edukacyjnych w ramach planu rehabilitacyjnego na 25 zł. Daje to łącznie koszt jednostkowy na poziomie 490 zł.

1. Koszty jednostkowe

- 490 zł - kompleksowa rehabilitacja uczestników programu, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (465 zł) oraz działań edukacyjnych (25 zł)
- 1 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 1 000 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁴⁸ Informator o umowach NFZ... op. cit.

2. Koszty całkowite:

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

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	1 000,00	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	350	490,00	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	1 000,00	1 000,00
Koszty programu (coroczne)			173 500,00

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

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2026	173 500,00
Akcja informacyjna	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2026	173 500,00
Akcja informacyjna	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2027	173 500,00
Akcja informacyjna	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2028	173 500,00
Akcja informacyjna	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2029	173 500,00
Akcja informacyjna	1 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	171 500,00
Monitoring i ewaluacja	1 000,00
Rok 2030	173 500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Dobrzany. Gmina w latach 2026-2030 będzie starała się o dofinansowanie 80% kosztów działań realizowanych w programie przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2026-2030”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)	
Nr 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)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji medycznej)

B.2.

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)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dobrzany na lata 2026-2030”

I. Dane realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie	
Liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania	
Ewaluacja*	
Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie)	
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami)	
Odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem urazu w stosunku do ogółu uczestników	
Odsetek osób korzystających z interwencji oferowanych w programie w związku z problemem choroby układu ruchu lub układu nerwowego w stosunku do ogółu uczestników	
Odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

