

UCHWAŁA Nr
RADY MIASTA GOZDNICA

z dnia 2024 r.

w sprawie w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609 i 721) oraz art. 48 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się na lata 2025 - 2027 program polityki zdrowotnej p.n.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnica w wieku powyżej 35 r.ż.”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Celem programu jest uzyskanie u co najmniej 15% uczestników programu poprawy stanu zdrowia w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie miasta Gozdnica w latach realizacji programu wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Miasta Gozdnica
z dnia 2024 r.

**Gmina Gozdnica
ul. Ceramików 2
68-130 Gozdnica**



**PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW
GMINY GOZDNICA W WIEKU POWYŻEJ 35 r.ż.**

okres realizacji programu:

2025 - 2027

art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146)

Gozdnica, sierpień 2024 r.

Spis treści:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
I.1 Opis problemu zdrowotnego	4
I.2 Dane epidemiologiczne	7
I.3 Opis obecnego postępowania	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
II. 1. Cel główny	13
II.2. Cele szczegółowe	14
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
III.1. Populacja docelowa	15
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	17
III.3. Planowane interwencje	18
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ..	24
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	25
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	25
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	25
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	27
V.1. Monitorowanie	27
V.2. Ewaluacja	27

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	27
VI.1. Koszty jednostkowe	27
VI.2. Koszty całkowite	30
VI.3. Źródła finansowania	31
VII. Bibliografia	32-33
VIII. Spis tabel:	
Tabela nr 1: Świadczeniodawcy z terenu miasta Hłowa w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wg stanu na 25.04.2024r.....	8
Tabela nr 2: Dane o kontraktach pierwotnych na 2023 rok.....	10
Tabela nr 3: Pacjenci objęcie rehabilitacją ambulatoryjną i domową w latach 2022 i 2020.....	11
Tabela nr 4: Struktura ludności miasta Gozdnicza wg płci i wieku.....	15
Tabela 5: Struktura ludności miasta Gozdnicza wg płci w wieku powyżej 35 r.ż.....	16
Tabela nr 6: Koszty jednostkowe brutto.....	28
Tabela 7: Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych.....	29
Tabela 8: Koszty całkowite brutto.....	31
IX. Spis wykresów:	
Wykres nr 1: Struktura ludności miasta Gozdnicza wg płci i wieku.....	16
IX. Spis załączników	
Załącznik nr 1: Zgoda na uczestnictwo w programie dla osób powyżej 65 r.ż.....	34
Załącznik nr 2: Ankieta	35-37
Załącznik nr 3: Rozliczenie wykonanych świadczeń	38
Załącznik nr 4: Karta oceny skuteczności	39-40
Załącznik nr 5: Sprawozdanie z przeprowadzonych działań w ramach programu.....	41

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Zgodnie z definicją przyjętą w spisach powszechnych za osobę niepełnosprawną uważa się osobę, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz jej sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych.¹

Według Organizacji Narodów Zjednoczonych niepełnosprawność to stan lub znaczne ograniczenie funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie w porównaniu do powszechnego standardu sprawności osób należących do tej samej grupy. Termin „niepełnosprawność” często odnosi się do ograniczonego funkcjonowania osoby, w tym do niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń integracji sensorycznej, funkcji poznawczych, chorób psychicznych oraz różnych chorób przewlekłych. Osoby z niepełnosprawnością stanowią największą grupę mniejszościową na świecie. Według danych ONZ na ponad 7 miliardową populację świata ponad miliard ludzi na świecie jest dotkniętych niepełnosprawnością, czyli jedna na siedem osób to osoba niepełnosprawna. Na świecie żyje 100 milionów dzieci z niepełnosprawnością. Dzieci z niepełnosprawnościami są niemal czterokrotnie bardziej narażone na przemoc niż ich sprawni rówieśnicy. Około 50% osób z niepełnosprawnościami nie stać na opiekę zdrowotną.²

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości i integracji społecznej.³

Natomiast rehabilitacja medyczna (rehabilitacja lecznicza) to postępowanie medyczne skierowane do osób z ograniczeniami sprawności. Rehabilitacja medyczna dotyczy także podtrzymania sprawności funkcjonalnej osób z problemami zdrowotnymi. Postępowanie medyczne ma w takich przypadkach bardziej charakter profilaktyczny niż leczniczy. Ponadto rehabilitacja jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwia wspomoczenie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności

i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom.

Wśród chorób przewlekłych układu ruchu najbardziej rozpowszechnione są choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (głównie zwyrodnieniowe) oraz choroby krążków międzykręgowych. Najpoważniejszym problemem w obrębie funkcjonowania układu kostno-stawowego jest choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza), która jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej powodująca ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów oraz nasilenie stanu zapalnego.^{4, 5} Głównymi czynnikami ryzyka, w tym przypadku są wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńska oraz czynniki genetyczne.⁶ Choroba zwyrodnieniowa stawów najczęściej występuje jako zwyrodnienie stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego.⁷ Chorobą przewlekłą układu ruchu, która ogranicza sprawność pacjentów jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, którą objęte jest szacunkowo nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Głównymi czynnikami występowania zwyrodnień kręgosłupa jest wiek, płeć żeńska, nadwaga i otyłość oraz czynniki genetyczne.⁸ Niekorzystne skutki zdrowotne w postaci dolegliwości bólowych powoduje również dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych.⁹ Dolegliwości bólowe powoduje ucisk na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko wystąpienia dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz w istotnym stopniu dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Jedną z metod leczenia powyższych schorzeń jest rehabilitacja z zastosowaniem kinezyterapii, fizykoterapii, psychoterapii, ergoterapii oraz edukacji zdrowotnej pacjenta.¹⁰

Wśród chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego dominuje reumatoidalne zapalenie stawów, czyli choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Wśród przyczyn rozwoju powyższej choroby wskazuje się zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego oraz infekcje wirusowe i bakteryjne, a także wśród czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńska i wiek. Ponadto schorzenie to uznawane jest obecnie za chorobę autoimmunologiczną.¹¹ Objawy choroby postępują wraz ze stopniem zaawansowania od bólu, obrzęków i porannej sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe

i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów.¹² Rehabilitacja w przypadku tych schorzeń opiera się głównie na zabiegach kinezyterapii, fizykoterapii, masażach, psychoedukacji oraz edukacji pacjenta.¹³ W grupie chorób zapalanych układu ruchu znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która może spowodować m.in. uszkodzenia obejmujące: złamania kości, stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Dane dotyczące hospitalizacji wskazują na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Najczęściej występujące są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń w obrębie narządów ruchu.¹⁴ Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich.¹⁵

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wymienia się w szczególności 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. Radikulopatia natomiast to podrażnienie lub uszkodzenie korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa.¹⁶ Mononeuropatie zwykle wywołane są przez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Klasyczne przyczyny polineuropatii to cukrzyca, toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji.¹⁷

Przeprowadzenie przez samorząd programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej jest uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto program realizuje cel operacyjny Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Gozdnicza na lata 2020-2027, w ramach dziedziny planowania strategicznego: wsparcie osób niepełnosprawnych,

tj.: zapewnienie warunków służących możliwie pełnej integracji, ułatwienie funkcjonowania w środowisku lokalnym oraz zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych osobom z niepełnosprawnościami. Wynika on bowiem z przeprowadzonej analizy dostępności do usług medycznych, w tym rehabilitacji oraz dostępności do świadczeń, których realizacja zależy od wysokości środków przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.¹⁸

I.2 Dane epidemiologiczne

Osobą niepełnosprawną jest osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony (tzw. osoba niepełnosprawna prawnie) lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (tzw. osoba niepełnosprawna biologicznie). Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego w 2021 roku osoby niepełnosprawne stanowiły 14,3% ogólnej populacji Polski, z czego 55% stanowiły kobiety. Na przestrzeni 10 lat nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych o 750 501 osób, tj. o 16%. W miastach w 2021 r. mieszkało 3 357 421 osób niepełnosprawnych i stanowili oni 14,8% ogółu ludności tam mieszkającej. W porównaniu do wyników poprzedniego spisu z 2011 r. zbiorowość ta zwiększyła się o 11,2 %. Większy wzrost liczby osób z niepełnosprawnością wystąpił na wsi, tj. o 24,5%.¹

Dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 r. wskazują, że wśród osób niepełnosprawnych, które odczuwały ograniczenia sprawności największą grupę stanowiły osoby u których wystąpiło jedno schorzenie 2 424 086 (tj. 60,7%). Dwa schorzenia wskazało 734 939 (tj. 18,4%), a trzy 505 895 (tj. 12,7%). W grupie 3 991 659 osób niepełnosprawnych biologicznie 37,5% uznało za główną przyczynę swoich ograniczeń sprawności uszkodzenia i choroby narządu ruchu. Kobiety (nieco ponad 40%) częściej niż mężczyźni (nieco ponad 33,9%) wskazywały tę grupę schorzeń jako główną. Blisko 27% niepełnosprawnych wskazało, że głównym schorzeniem powodującym ich ograniczenia są choroby neurologiczne i choroby układu krążenia, przy czym nieco częściej tego typu schorzenia wskazywali mężczyźni niż kobiety.¹ Analizując zróżnicowanie terytorialne i występujące tam natężenia niepełnosprawności obserwuje się, że wśród 16 województw najwięcej osób niepełnosprawnych mierzonych wskaźnikiem na 1 000 ludności odnotowano w województwie lubuskim. Wskaźnik dla tego województwa wynosił aż 182 i był zdecydowanie wyższy od średniego wskaźnika dla kraju wynoszącego 143. Wśród liczby osób niepełnosprawnych

mieszkających w miastach województwo lubuskie plasuje się na drugim miejscu z liczbą 191 osób na 1 000 ludności, natomiast wśród osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi nasze województwo plasuje się na pierwszym miejscu ex aequo z województwem lubelskim z liczbą 165 osób na 1 000 ludności. Również wśród osób niepełnosprawnych prawnie najwięcej osób mieszkało w województwie lubuskim (78,5%) i ich udział był wyższy od średniego wskaźnika dla kraju o prawie 15 p.proc.¹

Według danych zawartych w Informatorze o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 26.04.2024 r. w mieście Gozdnicza nie było żadnego podmiotu świadczącego usługi w ramach fizjoterapii zarówno ambulatoryjnej jak i domowej. Najbliższym miastem świadczącym powyższe usługi było miasto Iłowa, oddalone od Gozdnicy o około 12 km.

W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej było dwóch świadczeniodawców prowadzących rehabilitację objętą refundacją NFZ. Wykaz świadczeniodawców został przedstawiony w tabeli poniżej.¹⁹

Nazwa świadczeniodawcy	Miejsce udzielania świadczeń	Pierwszy wolny termin wg stanu na 25.04.2024 r.
Manufaktura Zdrowia Masażu i Rehabilitacji Katarzyna Kościelniak-Herczakowska	Dział (Pracowania) Fizjoterapii Iłowa, ul. Kościelna 4	01.07.2024 r.
ZDROWIE Elżbieta Gliniak	Pracownia Fizjoterapii Iłowa, ul. Surzyna 5	16.07.2024 r.

Tabela 1: Świadczeniodawcy z terenu miasta Iłowa w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wg stanu na 25.04.2024r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Informatora o Terminach Leczenia NFZ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJN&State=04&Locality=I%C5%81OWA&Provider=&Place=&Street=>

W przypadku fizjoterapii domowej dorosłych w mieście Iłowa wg stanu na 25.04.2024 r. zawartych w Informatorze o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia nie było podobnie jak w mieście Gozdnicza, żadnego świadczeniodawcy prowadzącego powyższą rehabilitację objętą refundacją NFZ.

Poniżej przedstawiono wykaz świadczeniodawców objętych kontraktowaniem w ramach NFZ w obrębie m.in. miast Żary oraz Żagań i okolic. Z poniższych danych wynika, że

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*

kontraktowaniem na obszar Gozdniczy, Iłowa i Wymiarki zostały objęte wyżej wspomniani świadczeniodawcy: Manufaktura Zdrowia Masaż i Rehabilitacja Katarzyna Kościelniak-Herczakowska oraz ZDROWIE Elżbieta Gliniak z siedzibą w Iłowej. Liczba osób ubezpieczonych na terenie w/w obszaru wyniosła 9 691, natomiast wartość kontraktu w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym dla osób niepełnosprawnych wyniosła w 2023r.: 571 204,92 zł, co daje kwotę 58,94 zł przypadającą na jedną osobę ubezpieczoną zamieszkałą na obszarze: Gozdnicza, Iłowa, Wymiarki.

obszar kontraktowania nazwa	liczba ubezpieczonych na terenie obszaru kontraktowania stan na 7.12.2023 r.	Nazwa świadczeniodawcy	Nazwa produktu	Liczba punktów - umowa pierwotna na 2023 rok*	Wartość kontraktu-umowa pierwotna na 2023 rok
Gozdnica, Iłowa, Iłowa, Wymiarki	9 691	Manufaktura Zdrowia Masaż i Rehabilitacja Katarzyna Kościelniak-Herczakowska	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	120 000	171 600,00
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	6 000	8 580,00
		ZDROWIE Elżbieta Gliniak	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	272 244	389 308,92
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	1 200	1 716,00
Żagań, Brzeźnica, Małomice, Małomice, Żagań	35 078	Zakład Rehabilitacji Fortis Adam Aniśkiewicz	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	300 000	429 000,00
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	30 000	42 900,00
		Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z o.o.	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	478 160	683 768,80
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	25 164	35 984,52
		Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA" s.c.	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	780 000	1 115 400,00
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	78 000	111 540,00
Niegosławic e, Szprotawa, Szprotawa	20 777	Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	461 322	659 690,46
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	51 258	73 298,94
Łęknica, Przewóz, Trzebiel	9 061	Jamrozik Maria Specjalistyczne Centrum Medyczne - Filia Łęknica	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	170 416	243 694,88
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM	8 968	12 824,24

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*

			STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
Żary, Lipinki łużyckie, Żary	46 658	Jamrozik Maria Specjalistyczne Centrum Medyczne - Filia Żary	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	769 416	1 100 264,88
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	24 000	34 320,00
		Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	648 000	926 640,00
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	30 000	42 900,00
Brody, Lubsko, Lubsko	18 116	OŚRODEK TERAPII GRUNWALD STANISŁAW BOJKOWSKI	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	275 200	393 536,00
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	12 000	17 160,00
		Zakład Rehabilitacji Lecznicej - Filia Lubsko	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	343 956	491 857,08
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	1 200	1 716,00
Jasień, Jasień, Tuplice	8 625	Zakład Rehabilitacji Lecznicej - Filia Jasień (umowa sam styczeń)	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	21 838	31 228,34
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	1 149	1 643,07
		Zakład Rehabilitacji Lecznicej - Filia Jasień (umowa luty - grudzień)	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	262 646	389 242,72
			FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	6 450	9 599,07

Tabela 2: Dane o kontraktach pierwotnych na 2023 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ zawartych w informatorze o zawartych umowach,
<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>

Niska dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji jest spowodowana przez małą liczbę fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia. W województwie lubuskim wynosiła ona 335 fizjoterapeutów (3,3 fizjoterapeuty przypadającego na 10 tys. ludności), co stawia nasze województwo na 13 miejscu wśród innych województw w kraju.²⁰

Ponadto z raportu Najwyższej Izby Kontroli z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku wynika, iż dla świadczeń rehabilitacji leczniczej łączna liczba oczekujących dla przypadków stabilnych wyniosła na koniec 2019 r. 1 77 626 i była niższa niż rok wcześniej (19%). Dla przypadków pilnych spadek wyniósł 20 373 (10,7%). Najwięcej osób oczekiwało na świadczenia w działaniach fizjoterapii: 763 344 dla przypadków stabilnych (spadek o 227 170 osób, 22,9%) oraz 102 816 w przypadkach pilnych (spadek o 15 062 osób, 12,8%). Spadek liczby oczekujących w rehabilitacji leczniczej wynikał ze zmian

organizacyjnych w udzielaniu tych świadczeń dotyczących przede wszystkim wizyty fizjoterapeutycznej służącej zaplanowaniu cyklu leczenia. Realizacja wizyty powoduje rozpoczęcie udzielenia świadczenia i skreślenie z listy oczekujących, ponieważ zabiegi są kontynuacją leczenia i mogą być podzielone i wykonane w terminie późniejszym. Wzrosła natomiast po raz kolejny liczba oczekujących do poradni rehabilitacyjnej. Na koniec 2019 r. oczekiwało do tej poradni 113 234 osób, dla przypadków stabilnych, a było to o 14 053 więcej niż rok wcześniej (tj. o 14,17%). Jednocześnie wzrost został odnotowany w 13 OW NFZ, co wskazuje że dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej nie uległ poprawie.²¹

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w dziedzinie rehabilitacji ambulatoryjnej pacjentów w powiecie żagańskim było 5 302, natomiast współczynnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności woj. lubuskiego wyniósł 7 127 osoby. Dla porównania w roku 2020 liczba pacjentów wyniosła 4 484, natomiast powyższy współczynnik wynosił 5 738. W przypadku rehabilitacji domowej liczba pacjentów w roku 2022 wynosiła 316, a współczynnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności woj. lubuskiego wyniósł 425 osób. Natomiast dla tej samej grupy wiekowej w roku 2020 liczba pacjentów wynosiła 227 osób, natomiast współczynnik wyniósł 290 osoby.²²

Różnice w porównywanych latach w zależności od miejsca wykonywanej rehabilitacji przedstawia tabela poniżej.

Wskaźnik	Rok 2022		Rok 2020	
	Rehabilitacja ambulatoryjna	Rehabilitacja domowa	Rehabilitacja ambulatoryjna	Rehabilitacja domowa
Liczba pacjentów	5 302	316	4 484	227
Liczba pacjentów na 100 tys. ludności	7 127	425	5 738	290

Tabela 3: Pacjenci objęci rehabilitacją ambulatoryjną i domową w latach 2022 i 2020.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w dziedzinie rehabilitacji <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> dostęp 26.04.2024 r.

W przedstawionej powyżej tabeli zauważany jest znaczny wzrost liczby pacjentów pomiędzy rokiem 2020 a rokiem 2022 zarówno w obrębie współczynnika dot. liczby pacjentów jak i w ramach współczynnika określającego liczbę pacjentów na 100 tys. ludności. Wzrost ten obejmuje rehabilitację ambulatoryjną jak i domową.

I.3 Opis obecnego postępowania

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych.

Świadczenia ambulatoryjne obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną poprzez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeuty.

Zaplanowane interwencje zawarte są w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej wpisują się w Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026 poprzez rekomendację 8.2.: działania mające na celu zwiększenie ruchu w życiu codziennym i działanie 1. realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w celu objęcia regularną rehabilitacją osób w wieku geriatrycznym oraz poprzez rekomendację 8.3. wdrażanie programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży, osób pracujących.²³

Ponadto rehabilitacja ambulatoryjna osób starszych mieści się w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 – cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne, w ramach zadania 3: wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych.²⁴

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych wynikają z zadań jednostek samorządu terytorialnego określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu

osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44), ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146).

Obecnie czas oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej jest bardzo długi. Jedną z ważniejszych przyczyn opracowania niniejszego programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później oraz zwiększenie dostępności poprzez zorganizowanie świadczeń na terenie miasta Gozdnica. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Głównym celem programu jest **uzyskanie u co najmniej 15% uczestników programu poprawy stanu zdrowia w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie miasta Gozdnica w latach realizacji programu wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją.**

Przyjęto co najmniej 15% poprawę zdrowia, gdyż według danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych obserwowano w latach 2014 – 2015 tendencję wzrostową wśród przewlekłych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, które stanowią 15-20 % wszystkich chorób zawodowych.²⁵

Przedstawiono powyżej dowody uzasadniające przyjęcie założonego rezultatu i czynią go realnym do osiągnięcia.

W celu weryfikacji osiągnięcia celu głównego fizjoterapeuta dokona **oceny funkcjonalnej pacjenta** przed podjęciem cyklu rehabilitacyjnego oraz po jego zakończeniu. Ocena funkcjonalna dokonywana będzie przez osoby, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 poz. 1213 z późn. zm.)²⁶. Powyższa ocena polega na diagnostyce funkcjonalnej pacjenta, o której mowa w powyższej ustawie i opierać się będzie na zasadach zawartych w Wytocznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów do

udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej.²⁷ Diagnostyka funkcjonalna konieczna jest do określenia dolegliwości pacjenta i pozwala na precyzyjne sprawdzenie potrzeb danej osoby i określenia innych dolegliwości w celu dostosowania świadczeń do jej możliwości i oczekiwań. Zgodnie z wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów badanie funkcjonalne składa się z takich elementów jak: wywiad, badanie i analiza ruchu (chodu, biegu, wyskoku), postawy, kształtu oraz ułożenia ciała, testów i pomiarów. Dodatkowo w razie potrzeby, można przeprowadzić diagnostykę różnicową, dopiero na tej podstawie specjalista może sformułować dokładne wnioski i stworzyć plan fizjoterapii (szczegółowy plan postępowania wraz z testami zawarty jest w powyższych wytycznych). Ocena funkcjonalna pacjenta w zależności od występującego u niego schorzenia może obejmować różne zadania, czynne lub bierne, sprawdzające zarówno ilościowo (zakres, siłę), jak i jakościowo (np. płynność).

II.2. Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi programu są:

1. Zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15% pacjentów, u których był to cel rehabilitacji i o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (tj. 14 mm) zgodnie ze skalą VAS.
2. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u o najmniej 60% uczestników programu o co najmniej 50%.

Do pomiaru parametrów określających osiągnięcie celu 1 zostaną zastosowane m.in. dane z poz. B2 karty badającej stan przed i po interwencji stanowiącej załącznik nr 4 do programu oraz sprawozdanie stanowiące załącznik nr 5 do programu.

Do pomiaru celu nr 2 zostaną wykorzystane pre- i post testy oceniające poziom wiedzy opracowane przez realizatora.

II.3. Mierniki efektywności

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne.
2. 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).

3. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post testu).

Ocena pkt 1 i pkt 2 dokonywana będzie na podstawie karty oceny skuteczności stanowiącej załącznik nr 4 do programu. Wartości docelowe określone w punktach 1 i 2 stanowią po około 30 osób zgodnie z przyjętą powyżej 15% poprawą zdrowia ujętą w danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych, gdzie obserwowano w latach 2014 – 2015 tendencję wzrostową wśród przewlekłych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, które stanowią 15-20 % wszystkich chorób zawodowych.²⁸ Ocena pkt 3 będzie dokonywana w oparciu o analizę pro i post testów i wartość docelowa będzie stanowiła zgonie z przyjętym w celu 2 założeniem około 120 osób. Założenie do wskazanego progu procentowego przyjęto na podstawie Raportu końcowego oceny skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach OP WER, według którego podejmowanie działań edukacyjnych w ramach programów profilaktycznych poszerzyło wiedzę uczestników – 82,1 % pacjentów stwierdziło wzrost posiadanej przez siebie wiedzy.²⁹ Dlatego założono w przypadku beneficjentów tego programu wzrost o 60%, który jest bardziej realny do osiągnięcia.

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

III.1 Populacja docelowa

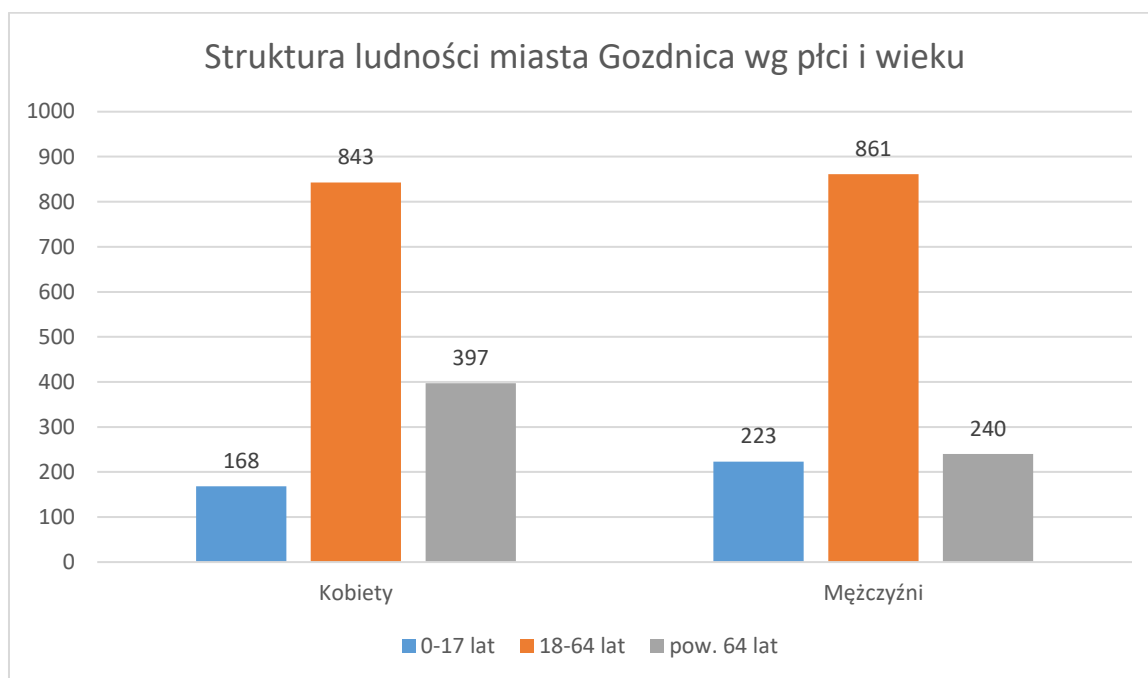
Program skierowany będzie do mieszkańców miasta Gozdnica, w wieku powyżej 35 r.ż. tj. głównie osób pracujących i seniorów. Z danych Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gozdnicy wynika, iż na dzień 30 kwietnia 2024 r. liczba mieszkańców miasta Gozdnica ogółem wynosiła 2 732.

Płeć	0-17 lat	18-64 lat	pow. 64 lat
Kobiety	168	843	397
Mężczyźni	223	861	240
Razem wg wieku:	391	1 704	637
Razem ludność:	2 732		

Tabela 4: Struktura ludności miasta Gozdnica wg płci i wieku.

Źródło: Opracowanie własne wg danych Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gozdnicy na dzień 30.04.2024 r.

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*



Wykres 1: Struktura ludności miasta Gozdnicza wg płci i wieku.

Źródło: Opracowanie własne wg danych Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gozdnicy na dzień 30.04.2024 r.

Natomiast liczba osób w wieku powyżej 35 r.ż., tj. osób objętych programem wynosiła na dzień 26.08.2024 r. - 931.

Płeć	pow. 35 r.ż.
Kobiety	419
Mężczyźni	512
Razem wg wieku:	931
Razem ludność ogółem:	2 732

Tabela 5: Struktura ludności miasta Gozdnicza wg płci w wieku powyżej 35 r.ż.

Źródło: Opracowanie własne wg danych Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Gozdnicy na dzień 26.08.2024 r.

Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wg Diagnozy Społecznej 2015, stworzonej przez Radę Monitoringu Społecznego wynosił 20%.³⁰ Szacunkowa liczba osób objętych programem, tj. beneficjentów programu może więc oscylować w granicach 200 osób.

Strukturę populacji ludności miasta Gozdnicza w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiają tabele oraz wykres powyżej, które uwzględniają osoby zameldowane na pobyt stały i czasowy łącznie.

Z przedstawionego powyżej opracowania wynika, że największą grupę osób stanowią osoby w wieku produkcyjnym, które mogą być objęte programem ze względu na pojawiające się choroby zawodowe. Drugą liczną grupę stanowią osoby w wieku senioralnym, których objęcie programem może być wskazane ze względu na pojawiające się choroby wieku starczego, często przewlekłe i nawracające, co będzie miało swoje odzwierciedlenie w rodzajach wykonywanych zabiegów.

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

Program skierowany jest do mieszkańców miasta Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż., posiadających wskazania, u których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. O ostatecznej kwalifikacji do programu decyduje realizator programu na podstawie kryteriów wyszczególnionych poniżej. Uczestnik programu będzie zobowiązany do wypełnienia pisemnej zgody na udział w programie wraz z upoważnieniem do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych (stanowiących załączniki nr 1 do programu).

W programie może uczestniczyć mieszkaniec miasta Gozdnicza zameldowany na pobyt stały lub czasowy, który uzyskał skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (tj. lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej). W programie będą mogły uczestniczyć osoby chorujące na choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego, tj. określone między innymi symbolami G, M i S w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-10, spełniające powyższe warunki kategorii chorób. Kwalifikację beneficjentów będzie prowadził realizator programu wyłoniony w drodze konkursu. Skierowanie na zabiegi powinno zostać wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Świadczeniobiorca (beneficjent programu), który uzyskał skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest zobowiązany do uzyskania akceptacji udziału w programie przez realizatora.

Wyłączeniu z programu podlegają osoby nie będące mieszkańcami miasta Gozdnicza w wieku poniżej 35 r.ż. oraz osoby, które nie wyrażają pisemnej zgody na udział w programie. Wyłączeniu podlegają również osoby nie spełniające kryteriów klinicznych, nie posiadające skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz korzystające ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zaleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON), w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do

programu oraz rozpoczynające korzystanie z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie (weryfikacja będzie się odbywać wyłącznie na podstawie oświadczenia uczestnika znajdującego się w zgodzie na udział w programie – załącznik nr 1 do programu).

III.3 Planowane interwencje

W ramach programu oferowana jest rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Interwencje proponowane w ramach programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na choroby związane z układem ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywać się będzie na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2396 z późn. zm.), to fizjoterapeuta ocenia stan zdrowia pacjenta i na wizycie ma prawo zmienić lub ustalić, jeśli nie jest wcześniej określony, plan leczenia. Fizjoterapeuta ma dowolność wyboru liczby dni zabiegowych. Może zaplanować zabiegi na trzy dni, a może pięć, maksymalnie 10. W związku z powyższym wyznaczenie ściśle określonej liczby zabiegów w programie przypadających na jednego pacjenta nie jest możliwe.³¹ Ponadto zgodnie z przytoczonymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w opinii nr 138/2018 z dnia 12 lipca 2018r. rekomendacjami National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Health Administration – Department of Defense – VHA-DoD 2010 zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.³²

Planowane interwencję będą zawierać następujące zabiegi rehabilitacyjne przysługujące jednemu uczestnikowi:

1. kinezyterapia, która obejmuje:

ćwiczenia ruchowe, gimnastykę ruchową; indywidualną pracę z pacjentem (tj. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), ćwiczenia wspomagane, pionizację, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem,

ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, naukę czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania (kinezyterapia);

długość trwania zabiegu – od 15 do 30 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

2. masaż, w tym:

- a) masaż suchy – częściowy – jest to czynność, poprzez którą masażysta działa mechanicznie na skórę, tkanki podskórne, mięśnie, ścięgna, więzadła, powięź, torebki i więzadła stawowe, układ nerwowy (głównie receptory nerwowe), naczynia krwionośne i limfatyczne, a także na zasadzie zmian odruchowych, na układ krążenia, oddechowy, wewnętrzwydzielniczy i inne narządy wewnętrzne; wykorzystywany jest przy chorobach i dysfunkcjach narządu ruchu, takie jak stany po urazach, zmiany przeciążeniowe mięśni, stawów, krążków międzykręgowych i innych struktur anatomicznych, przykurcze i zaniki mięśniowe z nieczynności, zapalenie stawów, mięśni, ścięgien i pochewek ścięgniastych, zerwanie włókien mięśniowych, zmęczenie mięśni po wysiłku fizycznym, a także zmiany zniekształcające kostno-stawowe i zespoły bólowe w przebiegu chorób zapalnych i zwyrodnieniowych narządu ruchu;

długość trwania zabiegu – min. 15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- b) masaż limfatyczny ręczny – leczniczy – zabieg, podczas którego zastosowane są specjalne chwytty w formie powolnych ruchów okrężnych dłoni o dużej powierzchni i bardzo małej sile nacisku wykonywane zgodnie z kierunkiem przepływu limfy, powoduje on pobudzenie pracy komórek mięśniowych naczyń limfatycznych, prowadzi do zwiększenia zdolności transportowych limfy i wspierania tworzenia nowych, dobrze funkcjonujących obocznych naczyń limfatycznych; wskazania do stosowania: obrzęki limfatyczne, tłuszczowe, wysięki, zmiany skórne spowodowane zaburzeniami krążenia limfy, obrzęki pourazowe i pooperacyjne, obrzęki ręki u kobiet po mastektomii, profilaktyka zakrzepicy żyłnej, profilaktyka przewlekłej niewydolności żyłnej, zespoły zakrzepowe, wrzody żyłne, niewydolność limfatyczna wrodzona oraz nabyta, leczenie kończyn dolnych o różnej etiologii, obrzęki po schorzeniach, chroniczny obrzęk zapalny, obrzęk towarzyszący ciąży, obrzęk lipidowy

długość trwania zabiegu – min. 15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- c) masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy – pneumatyczny masaż uciskowy działający bezpośrednio na układ limfatyczny i krwionośny, odpowiedni ucisk struktur naczyniowych i limfatycznych pobudza cały układ limfatyczny do zasilania organizmu w tlen i substancje odżywcze, polega na naprzemiennym wtłaczaniu powietrza do specjalnie skonstruowanych mankietów dla kończyn i jego wypuszczaniu w odpowiednich odstępach czasowych; wskazania do stosowania: niewydolność limfatyczna, obrzęk kończyn górnych, obrzęk kończyn dolnych, profilaktyka niewydolności żylniej, w rehabilitacji po urazach i kontuzjach;

długość trwania zabiegu – 15 - 30 minut , w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

3. elektrolecznictwo, w tym:

- a) galwanizacja – zabieg polegający na przepływanie prądu stałego w ciele pacjenta między dwoma elektrodami stymulujący mięśnie, łagodzący ból; zabieg wykonuje się w obrębie tułowia, kończyn, głowy i szyi; jest to zabieg nieinwazyjny, można go stosować także u dzieci i niemowląt; wskazania do zabiegu galwanizacji to m.in.: nerwobóle mięśniowe i naczyniowe, przewlekłe zapalenia związane z układem nerwowym, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów kończyn i kręgosłupa;

długość trwania zabiegu – 10 minut , w skład serii wchodzi 10 zabiegów

- b) jonoforeza – zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo; zabieg ten ma zastosowanie w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządu ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek;

długość trwania zabiegu – 10 minut , w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- c) elektrostymulacja – jest to zabieg elektrolecniczy, w którym w celu pobudzenia mięśni lub nerwu do pracy wykorzystuje się przepływ prądu impulsowego; są dwie metody elektrostymulacji: jednobiegunowa, w której nerw lub mięsień pobudza się elektrodą czynną, którą przykładą się do skóry w miejscu odpowiadającym tzw. punktowi motorycznemu oraz dwubiegunowa polegająca na ułożeniu dwóch małych równej wielkości elektrod w pobliżu przyczepów mięśnia, stosuje się ją przy elektrostymulacji mięśni odnerwionych; wskazania do stosowania to przede wszystkim zaniki i osłabienie mięśni głównie po unieruchomieniu kończyn, a także w przypadku długotrwałego ograniczenia

aktywności ruchowej pacjenta, zabiegi wykonuje się także u osób z porażeniem i niedowładami mięśni spowodowanymi urazami, infekcjami czy nowotworami; długość trwania zabiegu – min. 10-15 minut , w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- d) prądy diadynamiczne – prądy o małej częstotliwości (50 Hz i 100Hz) składające się z serii impulsów, które systematycznie powtarzane wywołują określoną reakcję organizmu, cechą charakterystyczną jest silne działanie przekrwienne i przeciwbólowe, wskazania do zabiegów prądami to m.in.: zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, nerwobóle, rwa kulszowa, migreny, zapalenia okołostawowe, choroba zwyrodnieniowa stawów, odmrożenia, zaniki mięśni i niedoczynności;

długość trwania zabiegu – 6-8 min., w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- e) prądy interferencyjne – (inaczej prądy Nemeca) należą do zabiegów fizykalnych, stosowana częstotliwość (ok. 4 000Hz), tzw. średnia częstotliwość, która działa na wnętrze tkanek, w wyniku stosowania następuje poprawa ukrwienia, działają przeciwbólowo, zmniejszają obrzęki i stany zapalne, działają dużo głębiej niż prądy TENS, są szczególnie efektywne w leczeniu bólu przewlekłego, działają mniej agresywnie na skórę;

długość trwania zabiegu – 10 -15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- f) prądy TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów) – jest to nieinwazyjna i niefarmakologiczna terapia przeciwbólowa, leczy przewlekłe dolegliwości bólowe, znacznie ogranicza ilości przyjmowania leków (od 40 do 80 %), wykorzystywane przy reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorobach zwyrodnieniowych stawów, neuropatiach i radikulopatiach, bólach pourazowych i pooperacyjnych, bólach poamputacyjnych

długość trwania zabiegu – 10-15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- g) prądy Treaberta – to inaczej przezskórna elektryczna stymulacja nerwów, prądy te mają silne działanie uśmierzające ból, powodujące przekrwienie oraz działania przeciwbólowe, uśmierzenie bólu następuje na ogół już podczas zabiegu; zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, RZS, nerwobóle, zespoły bólowe kręgosłupa, bóle mięśniowe, stany pourazowe narządu ruchu, wzmożone napięcie mięśniowe;

długość trwania zabiegu – 10 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

h) prądy KOTZA – prądy o średniej częstotliwości, modulowane do małej częstotliwości, polegają na stymulacji mięśni zdrowych (prawidłowo unerwionych) w zaniku prostym (przez długie unieruchomienie) oraz stymulacji mięśni u sportowców w celu zwiększenia siły mięśniowej i masy mięśniowej, wykorzystywane do reedukacji siły mięśniowej, programu treningowego mięśni, leczenia urazów tkanek w celu uzyskania efektu przeciwbólowego i przekrwionego, poprawa krążenia, leczenie płaskostopia, skolioz.

długość trwania zabiegu – 10-15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

i) ultradźwięki miejscowe – to drgania mechaniczne o częstotliwości powyżej 16KHz, w fizykoterapii zazwyczaj stosowane są częstotliwości od 0,8 i 3 MHz, mają działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przyspieszają gojenie ran, zmniejszają napięcie mięśni;

długość trwania zabiegu – 5 - 10 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

j) ultrafonoforeza – polega na wprowadzaniu leku pod skórę za pomocą ultradźwięków przy użyciu głowicy podłączonej do aparatu emitującego ultradźwięki; wykorzystywana jest przy stanach po urazach narządu ruchu, chorobach reumatycznych, zespołach przeciążeniowych stawów i ścięgien, zespołach bólowych, zapaleniach skóry, trudno gojących się owrzodzeniach, terapii blizn;

długość trwania zabiegu – min. 5 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

4. leczenie polem magnetycznym, w tym:

impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – przyspiesza regenerację chorych komórek, łagodzi ból i działa przeciwzapalnie, przeciwobrzękowo, zabiegi z wykorzystaniem pola magnetycznego stosuje się u pacjentów, m.in. z osteoporozą, chorobą zwyrodnieniową stawów, nadciśnieniem tętniczym;

długość trwania zabiegu – 10 -15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

5. światłolecznictwo i ciepłolecznictwo:

a) naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe

naświetlanie IR – podczas zabiegu organizm pacjenta poddawany jest działaniu promieniowania IR (podczerwonego), które generuje uczucie ciepła za pomocą lampy Sollux, wskazanie: stany zapalne po urazach, schorzenia reumatoidalne w fazie przewlekłej, przewlekłe zapalenie stawów, jamy ustnej, zatok przynosowych, ucha wewnętrznego, stawów żuchwy, zespoły przeciążeniowe, trudno gojące się rany, oparzenia po naświetlaniu promieniami UV, stany po

zapaleniach bakteryjnych i odmrożenia, nerwobóle i inne zespoły bólowe, zmiany skórne w odrze, czyraczności, półpaścu;

długość trwania zabiegu – 15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

naświetlanie UV – przy użyciu sztucznych promienników lamp generujących promieniowanie o różnych zakresach i nasileniu promieniowania, naświetlanie wykonuje się na ściśle określone i ograniczone miejsca stosując dawki podprogowe i rumieniowe za pomocą lamp kwarcowych, wskazania do stosowania: choroby skóry, czyraczność, stany zapalne tkanek miękkich, owrzodzenia troficzne, łuszczyca, schorzenia układu oddechowego, choroby laryngologiczne, schorzenia reumatologiczne, niedoczynność gruczołów wydzielania wewnętrznego, utrudniony zrost kostny, profilaktyka krzywicy;

długość trwania zabiegu – 15 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

- b) laseroterapia punktowa – ma zastosowanie w schorzeniach reumatologicznych, przy złamaniach, skręceniach, uszkodzeniach tkanki łącznej i torebek stawowych, należy do najskuteczniejszych zabiegów przeciwzapalnych;

długość trwania zabiegu – 5 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów

6. krioterapia, w tym:

krioterapia miejscowa – polega na wykonywaniu nawiewu schłodzonych gazów (najczęściej ciekłego azotu lub mieszaniny par ciekłego azotu i schłodzonego powietrza) poprzez ruchy okrężne oraz omiatanie mroźnym powietrzem obszarów poddawanych zabiegowi; ma zastosowanie przy ostrych i przewlekłych chorobach stawów i chrząstek stawowych, w stanach zapalnych tkanek miękkich, w zespole bólowym kręgosłupa, stanach pourazowych, zmianach przeciążeniowych narządu ruchu, chorobach neurologicznych;

długość trwania zabiegu – 3 minuty, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów.³³

7. hydroterapia, w tym;

kąpiele wirowe – polega na poddaniu kończyn pacjenta działaniu ciepłej wody wprowadzonej w ruch wirowy, dzięki temu skóra poddawana jest delikatnemu masażowi, kąpiel odbywa się w specjalnie skonstruowanych wanienkach nazywanych wirówkami; oddziałuje jednocześnie na stosunkowo małą powierzchnię ciała (kończyny górne lub dolne), dlatego nie stanowi zbytniego obciążenia dla organizmu i można je stosować na większość schorzeń dotyczących obwodowych części ciała; stosuje się je w stanach pourazowych podudzi ramion, chorobach reumatycznych, zespołach bólowych różnego pochodzenia, zanikach mięśniowych, ograniczeniach ruchomości w stawach w obrębie

podudzi i przedramion, chorobie Raynauda, stanach po odmrożeniach, chirurgicznych leczeniach żyłaków, zaburzeniach krążenia obwodowego.³⁴

W przypadku przygotowania indywidualnie dostosowanych ćwiczeń beneficjent świadczeń będzie edukowanych przez realizatora programu o sposobie wykonywania ćwiczeń w celu ich samodzielnej, prawidłowej i systematycznej realizacji.

Powyższe świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia ujętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013r. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych ujęty jest w załączniku nr 1 do w/w rozporządzenia. Program stanowi uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

Zgodnie z wytycznymi Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej proces fizjoterapii prowadzony jest przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów, którzy otrzymują zlecenia na realizację poszczególnych procedur od lekarza prowadzącego. Postępowanie rehabilitacyjne może być prowadzone w gabinecie fizjoterapii, prowadzonym przez specjalistę w zakresie fizjoterapii lub specjalistę w rehabilitacji ruchowej na podstawie skierowania od lekarza leczącego.³⁵

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych odbywać się będzie wyłącznie w obiektach podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie miasta Gozdnicza.
2. Świadczenia udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie do wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania.
3. O liczbie cykli rehabilitacyjnych, ich częstotliwości oraz rodzaju zabiegów decyduje podmiot realizujący program, biorąc po uwagę rodzaj schorzenia w oparciu o skierowanie od lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Zaleca się jednak aby osoba biorąca udział w programie mogła z niego ponownie skorzystać po upływie 6 miesięcy. Ponadto osoby korzystające z powyższego programu w danym roku kalendarzowym mogą z niego korzystać w kolejnych latach jego realizacji.
4. Beneficjenci programu mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora Programu.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

O zakończeniu udziału w programie decyduje podmiot realizujący program. Beneficjenci świadczeń mogą kontynuować zabiegi rehabilitacyjne, korzystając ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Ogłoszenie przez gminę otwartego konkursu ofert na realizację programu.
2. Wyłonienie realizatora programu.
3. Akcja informacyjna o realizacji programu: rozpowszechnienie informacji skierowanej do potencjalnych uczestników poprzez strony internetowe gminy i podmiotu realizującego program, gazety i media lokalne, tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki.
4. Akcja edukacyjna obejmująca jedno spotkanie 30 minutowe w grupach max do 20 osób na temat: roli oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii w miejscu pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem. Działania edukacyjne powinny być prowadzone przez fizjoterapeutę i obejmować również badanie poziomu wiedzy uczestników, a w przypadku dzieci ich rodziców, przy zastosowaniu pre-testu przez prelekcją i post-testu po prelekcji. Testy opracowuje osoba prowadząca edukację uwzględniając powyższą tematykę jak i również tematykę ergonomii w życiu codziennym i ochrony przed nadmiernym przeciążeniem podczas codziennych czynności.
5. Zarejestrowanie pacjenta ze stosownym skierowaniem oraz podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie przez fizjoterapeutę realizującego program oraz dokonanie odpowiedniej adnotacji na skierowaniu.
6. Przeprowadzenie oceny funkcjonalnej przed rozpoczęciem cyklu rehabilitacyjnego i po jego zakończeniu oraz zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne (tzw. wizyty fizjoterapeutyczne). Wyznaczenie terminu wizyty.
7. Wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie ze skierowaniem lekarskim wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjentów wymagających

samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń. Ponadto beneficjenci będą informowani o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych. Wykonanie oceny skuteczności programu wg załącznika nr 5 do programu.

8. Wypełnienie przez beneficjenta ankiety oceniającej stan zdrowia przed wykonaniem świadczeń rehabilitacyjnych i po ich zakończeniu oraz oceniającej jakość świadczonych usług po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do programu).
9. Wykonanie sprawozdań z przeprowadzonych działań w ramach programu w cyklach półrocznych, rocznych i po zakończeniu programu (załącznik nr 5).

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

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert musi być podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.). Ponadto oferent powinien spełniać następujące warunki:

1. dysponować specjalistyczną kadrą, posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania wskazanych w programie świadczeń rehabilitacyjnych zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach prawa (co najmniej jeden magister fizjoterapii), co powinno być udokumentowane oświadczeniem oferenta;
2. realizować świadczenia na terenie miasta Gozdnica w lokalu spełniającym warunki określone w przepisach prawa;
3. dysponować specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do wykonywania zwartych w programie świadczeń zgodnym z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, posiadającym aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń, co powinno być udokumentowane stosownym oświadczeniem oferenta.

W przypadku podmiotu, który nie posiada umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia gmina nie przewiduje podwójnego finansowania świadczeń rehabilitacyjnych objętych programem, z uwagi na fakt wykonywania zabiegów na podstawie oryginału skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz oświadczenia beneficjenta świadczeń.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie sprawozdań realizatora w półrocznych i corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik nr 5 do programu):

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

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 2 do programu),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne;
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej.

Ewaluacja będzie polegała na porównaniu powyższych wartości przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

Wartości punktowe za poszczególne zabiegi zostały przyjęte zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r. Według danych NFZ za rok 2023 średnia cena za punkt produktu rozliczeniowego wynosiła 1,40 zł. Minimalna cena punktu to 1,35 zł, natomiast maksymalna to 1,64 zł. Przyjęto

szacowaną wartość za jeden punkt jednostki rozliczeniowej w wysokości 1,44 zł brutto (przyjęty zgodnie z ogłoszeniem konkursowym NFZ Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego w Warszawie w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna z dnia 23 marca 2023 r.)³⁶.

W kosztach zabiegów uwzględniono: wynagrodzenie, inne koszty osobowe, koszty edukacji oraz inne koszty niezbędne do realizacji świadczeń, w tym koszty mediów. Koszty przebudowy zakładu rehabilitacji oraz wyposażenia, w tym w aparaty i urządzenia medyczne, a także koszty amortyzacji sprzętu oraz pomiarów technicznych i serwisowania sprzętu medycznego w okresie gwarancji ponosi gmina.

Koszty akcji promocyjnej (media lokalne oraz social media) szacuje się na około 3 000,00 zł brutto, gdzie koszt jednostkowy ogłoszenia w prasie lokalnej szacuje się od 500,00 zł do 1 000,00 zł, natomiast w social mediach od 100,00 do 500,00 zł.

Koszty monitorowania i ewaluacji programu zostaną poniesione przez gminę w ramach obowiązków pracownika.

Szacowany średni koszt wykonania zabiegów przy średniej ilości 10 dni zabiegowych w cyklu terapeutycznym i średnio 5 zabiegów dziennie przypadających na jednego pacjenta szacuje się na kwotę około 770,00 zł brutto (tj. koszt rehabilitacji (koszt zabiegów i dwóch wizyt fizjoterapeutycznych) 700,00 zł i koszt działań edukacyjnych 70,00 zł).

Koszt akcji informacyjnej polegającej m.in. na opracowaniu i druku materiałów informacyjnych (ulotki, plakaty) szacuje się na około 3 000,00 zł, gdzie koszt jednostkowy wydruku jednego plakatu szacuje się w zależności od formatu od 50,00 zł do 200,00 zł, a ulotki reklamowej od 1,00 zł do 3,50 zł za sztukę w zależności od ilości sztuk i jakości materiału.

L.p.	Rodzaj kosztu	cena jednostkowa brutto
1.	koszt rehabilitacji (koszt zabiegów i dwóch wizyt fizjoterapeutycznych – wstępnej i końcowej)	700,00 zł
2.	koszt działań edukacyjnych	70,00 zł
3.	koszt akcji informacyjnej	3 000,00 zł
4.	koszt akcji promocyjnej	3 000,00 zł

Tabela nr 6: Koszty jednostkowe brutto.

Źródło: Opracowanie własne.

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*

Ponieważ realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, ostateczna cena zabiegów będzie wskazana w ofercie realizatora programu.

W poniższej tabeli przedstawiono poszczególne zabiegi wraz z wartościami punktowymi za każdy zabieg.

Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego (rodzaj zabiegu)	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktu rozliczeniowego w warunkach ambulatoryjnych	Szacowana jednostkowa cena brutto poszczególnych zabiegów
5.11.01.0000084	Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	punkt	36,49	52,55 zł
5.11.01.0000085	Zabiegi kinezyterapii	punkt	8,55	12,31 zł
5.11.01.0000088	Zabiegi fizykalne	punkt	5,27	7,59 zł
5.11.01.0000089	Zabieg masażu	punkt	18,25	26,28 zł
5.11.01.0000090	Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	punkt	10,24	14,75 zł

Tabela nr 7: Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych

Źródło: wg Załącznika nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r.

Charakterystyka produktów rozliczeniowych fizjoterapia ambulatoryjna:

1. Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1 (30 minut) – wymagane wskazanie:
 - 1) produktu statystycznego o kodzie 5.11.05.0000073 indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metod reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), lub
 - 2) co najmniej 2 zabiegów z listy produktów statystycznych FA01, lub
 - 3) co najmniej 1 zabieg z listy produktów statystycznych FA01 oraz co najmniej 1 zabieg z listy produktów statystycznych FA02, lub
 - 4) 2 zabiegów z listy produktów statystycznych FA02

- możliwe jest w ramach produktu rozliczeniowego o kodzie nr 5.11.01.0000084 dodatkowe wskazanie zabiegów z listy produktów statystycznych FA01A, przy jednoczesnym zachowaniu minimalnego czasu trwania poszczególnych zabiegów.

2. Zabiegi kinezyterapii – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA01.
3. Zabiegi masażu – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA02.
4. Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA03.
5. Zabiegi fizykalne – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA01A lub FA04³⁷.

Lista produktów statystycznych z podziałem na podgrupy oraz warunki ich realizacji znajdują się w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022r.

VI.2 Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu w roku 2025 szacuje się na kwotę 160 000,00 zł brutto, przy przyjęciu kosztów wykonywanych zabiegów na kwotę około 140 000,00 zł brutto oraz kosztu akcji edukacyjnej na kwotę 14 000,00 zł brutto, kosztu akcji promocyjnej na kwotę 3 000,00 zł brutto i kosztu akcji informacyjnej na kwotę 3 000,00 zł brutto. Koszty monitorowania i ewaluacji programu zostaną poniesione przez gminę w ramach obowiązków pracownika.

Ostateczny koszt miesięczny wykonanych świadczeń będzie przedstawiany przez realizatora programu na podstawie rozliczeń miesięcznych z wykonanych świadczeń (wg załącznika nr 3 do programu). Przewidywany koszt całkowity dla całego okresu realizacji programu wynosi 480 000,00 zł, tj. po 160 000,00 zł na każdy rok realizacji programu.

L.p.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	cena jednostkowa brutto	koszt całkowity brutto
1.	koszt rehabilitacji	200	700,00 zł	140 000,00 zł
2.	koszt działań edukacyjnych	200	70,00 zł	14 000,00 zł

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*

3.	koszt akcji informacyjnej	-	3 000,00 zł	3 000,00 zł
4.	koszt akcji promocyjnej	-	3 000,00 zł	3 000,00 zł
5.	Koszt monitorowania i ewaluacji	-	0,00 zł	0,00 zł
6.	Razem	-	-	160 000,00 zł

Tabela nr 8: Koszty całkowite brutto.

Źródło: Opracowanie własne.

VI.3 Źródła finansowania

Świadczenia rehabilitacyjne w ramach programu zostaną sfinansowane ze środków własnych Gminy, dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

VII. Bibliografia

- ¹ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 Ludność. stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021, Warszawa 2023, s. 86-111, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/stan-i-struktura-demograficzno-spoeczna-i-ekonomiczna-ludnosci-polski-w-swietle-wynikow-nsp-2021,6,2.html?contrast=default>, dostęp z 16.05.2024 r.
- ² Osoby z niepełnosprawnością, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, <https://www.unic.un.org.pl/unic-activities/osoby-z-niepelnosprawnoscia/3105>, dostęp z 16.05.2024 r.
- ³ art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44)
- ⁴ Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med. Dosw (online), Chojnacki M., Kwapisz A., Synder M., Szemraj J., 2014; 68, s. 640-652
- ⁵ Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z., Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny., Konieczny G., Wrzosek Z., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, s. 77-83.
- ⁶ Osteoartroza... op.cit. Chojnacki M., Kwapisz A., Szemraj J.
- ⁷ Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010; 26(3), s. 355-369.
- ⁸ Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. Suri P., Miyakoshi A., Hunter DJ, BMC Musculoskeletal Disorders. 2011; 12:202.
- ⁹ Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, Czaja E., Kózka M., Burda A., PNN 2012, Tom I, Number 3, s. 92-96
- ¹⁰ Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa P. Borzecki, Family Medicine&Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345-348.
- ¹¹ The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. McInnesIB, Schett G, Engl J Med. 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
- ¹² Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, A. Jura-Półtorak, K. Olczyk, Vol 47/4, s. 431-438
- ¹³ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii {<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>}.
- ¹⁴ 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.
- 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 Sjögrena, Rozprawka doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
- ¹⁸ Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Gozdnica na lata 2020-2027, s.45
- ¹⁹ Informator o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia wg stanu na 25.04.2024r. <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJNA&State=04&Locality=I%C5%81OWA&Provider=&Place=&Street=>
- ²⁰ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016r., Tabela 2.2.4 Personel pracujący w palcówkach ochrony zdrowia według regionów i województwa, stan w dniu 31.12.2015r.
- ²¹ Raport NIK Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku, s.13 i 25-26, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/20/052/KZD/> (dostęp 15.05.2024 r.)
- ²² Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w dziedzinie rehabilitacji <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> dostęp 25.04.2024 r.
- ²³²³ Obwieszczenie wojewody lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026
- ²⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 sierpnia 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021r. poz. 642)
- ²⁵ Choroby zawodowe w Polsce w 2015 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera –Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016, Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015

*Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.
- okres realizacji: 2025 r.-2027 r.*

²⁶ ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.)

²⁷ Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Uchwałą nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r. ze zm.)

²⁸ Choroby zawodowe w Polsce w 2015 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera –Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016, Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015

²⁹ Raport końcowego: Ocena skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach OP WER, s. 47 file:///C:/Users/user/Downloads/Ocena_realizacji_program%C3%B3w_profilaktycznych.pdf dostęp na dzień 27.08.2024 r.

³⁰ Diagnoza Społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, listopad 2015, s. 250, www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

³¹ Fizjoterapeuta sam planuje i zmienia leczenie, a pacjenci sami dzwonią do NFZ, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/wizyta-fizjoterapeutyczna-jest-realizowana-od-1-stycznia-2019-r,391833.html>, dostęp z dnia 26.04.2024r.

³² Opinia Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 138/2018 z dnia 12 lipca 2018r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.” s. 3

³³ Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych, A. Bauer, M. Wiecheć, Markmed Rehabilitacji s.c., Wrocław 2005r.

³⁴ <https://fizjoplaner.pl/kapiel-wirowa.html>

³⁵ Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, dr n. med. Marek Krauski, 6 grudnia 2010r.

³⁶ Narodowy Fundusz Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie – dla świadczeniodawców-aktualności-kontraktowanie 2023:rehabilitacja lecznicza (postępowanie uzupełniające), <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-swadczeniodawco/aktualnosci>

³⁷ Zarządzenie nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja leczniczą oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń-leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

Załącznik nr 1 do programu

ZGODA

NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY GOZDNICA

Ja zam.

.....PESEL:

wyrażam zgodę/ nie wyrażam* zgody na przeprowadzenie w ramach programu świadczeń rehabilitacyjnych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi.

Jednocześnie oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu nie korzystałem (-am) ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych, tj.: NFZ, ZUS, KRUS. PFRON oraz nie będę korzystać z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) na potrzeby realizacji „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza”, tj:

- imię i nazwisko,

- PESEL,

- adres,

- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego

do celów rozliczeń finansowych sporządzanych przez z realizacji zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza”. Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146).

Administratorem danych jest Burmistrz Miasta Gozdnicza z siedzibą w Gozdnicy przy ul. Ceramików 2

Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych: e-mail: iodo@gozdnica.pl

Oświadczam jednocześnie, iż zostałem (-am) poinformowany (-a) o:

- 1) adresie siedziby podmiotu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
- 3) okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane;
- 4) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu do przetwarzania swoich danych osobowych;
- 6) prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) możliwości do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w programie.

data i czytelny podpis

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznania Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza”, w którym Państwo uczestniczyli lub Państwa dzieci. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

Kobieta ☐

Mężczyzna ☐

Wiek pacjenta:

Typ schorzenia:

1. Czy Pani /Pana zdaniem program odpowiada na potrzeby mieszkańców miasta Gozdnicza?

zdecydowanie tak ☐

raczej tak ☐

trudno powiedzieć ☐

raczej nie ☐

zdecydowanie nie ☐

2. Czy jest Pani /Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach programu?

zdecydowanie tak ☐

raczej tak ☐

trudno powiedzieć ☐

raczej nie ☐

zdecydowanie nie ☐

3. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten program innym osobom?

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

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w programie?

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

5. Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z harmonogramem (wyznaczona data, wyznaczona godzina)?:

- tak ☐
- nie ☐
- nie wiem ☐

6. Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób narządu ruchu?

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

7. Jak ocenia Pani/Pan stan zdrowia w momencie przystąpienia do programu?

(proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1: ☐ | 2: ☐ | 3: ☐ |
| 4: ☐ | 5: ☐ | 6: ☐ |

8. Czy po przeprowadzonej rehabilitacji dolegliwości bólowe związane z chorobą (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:

zdecydowanie większe ☐

raczej większe ☐

takie same ☐

raczej mniejsze ☐

zdecydowanie mniejsze ☐

9. Jak ocenia Pani/Pan stan zdrowia po zakończeniu programu? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

1: ☐

2: ☐

3: ☐

4: ☐

5: ☐

6: ☐

10. Czy sprawność fizyczna po zakończeniu udziału w programie:

zmaląa ☐

pozostała bez zmian ☐

wzrosła ☐

Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

Załącznik nr 3 do programu

Rozliczenie

wykonanych świadczeń w ramach „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza” za miesiąc 20.....r.

1. Lista mieszkańców miasta Gozdnicza korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej:

L. p.	Imię i nazwisko, PESEL, adres	Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu	Ilość dni	Rodzaj zabiegu KOD	Wartość punktowa 1 zabiegu	Kwota kol.4 x kol.6
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						

2. W załączeniu sztuk..... upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

3. Kwotę: zł proszę przekazać na konto:

Bank:

Nr

.....

Data:

Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy

Załącznik nr 4 programu

Karta oceny skuteczności programu

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 rehabilitacyjnego lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacyjnego

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 oceny 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 osoby prowadzącej rehabilitację)

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 nr 5 programu

Sprawozdanie z przeprowadzonych działań w ramach programu

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy oddo	Adresat: Urząd Miejski w Gozdnicy
		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 oceny zaburzeń funkcjonalnych	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-tescie w porównaniu do pre-testów

....., dnia
(miejscowość) (data)

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

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy między innymi opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. W oparciu o w/w wytyczne został opracowany projekt programu polityki zdrowotnej p.n.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Gozdnicza w wieku powyżej 35 r.ż.”.

W myśl art. 48a ust. 4 w/w ustawy projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej. Powyższy projekt został przekazany do Agencji i uzyskał w dniu 14.08.2024 r. warunkowo pozytywną opinię nr 55/2024. Zgodnie z zapisem art. 48 ust. 11 rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej lub warunkowo pozytywnej opinii. W myśl art. 48a ust. 12 w/w ustawy, który mówi, że podmiot który uzyskał warunkowo pozytywną opinię jest obowiązany do wprowadzenia w projekcie programu polityki zdrowotnej zmian zgodnych z tą opinią przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej, program został przygotowany do wdrożenia uwzględniając uwagi wskazane w w/w opinii.