

**UCHWAŁA NR LVII/508/24
RADY MIEJSKIEJ W CZARNEJ BIAŁOSTOCKIEJ**

z dnia 26 marca 2024 r.

**w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, poz. 572, poz. 1463 i poz. 1688) oraz na podstawie art. 48 w związku 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) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji "**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028**", stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Czarnej Białostockiej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Urszula Taudul

Załącznik do uchwały Nr LVII/508/24
Rady Miejskiej w Czarnej Białostockiej
z dnia 26 marca 2024 r.

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis
osoby zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do realizacji
oraz wskazanie podstawy
akceptacji, jeżeli dotyczy

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej mieszkańców gminy Czarna Białostocka
na lata 2024-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Czarna Białostocka, 2023

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028

1. **Nazwa programu:**

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Czarna Białostocka na lata 2024-2028

2. **Okres realizacji programu:** 2024-2028

3. **Autorzy programu:** dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

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

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miejski w Czarnej Białostockiej

Torowa 14A

16-020 Czarna Białostocka

tel. (85) 713 13 40

um@czarnabialostocka.pl

6. **Data opracowania programu:** IV kwartał 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	12
2. Cel szczegółowy	12
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
1. Populacja docelowa	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
3. Planowane interwencje	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	21
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie.....	25
2. Ewaluacja.....	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Koszty jednostkowe	26
2. Koszty całkowite:.....	27
3. Źródło finansowania	28
Bibliografia.....	29
Załączniki.....	31

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 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^{2,3}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne⁴. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego⁵. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

² Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.

³ 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.

⁴ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁵ 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 więcej⁶. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁷. 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 dyskopia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych⁸. 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 pacjenta⁹.

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 wiek¹⁰. Wyodrębnia się cztery etapy

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

⁹ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.

¹⁰ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów¹¹. 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 ortopedyczne¹². W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

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

¹¹ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

¹² Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).

Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przzerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenie względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹³. 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 ruchu¹⁴. 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 hospitalizacji¹⁵. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁶.

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

¹³ T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

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

¹⁶ Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

zmian w obrębie kręgosłupa¹⁷. 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 autoagresji¹⁸.

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2022 na całym świecie wyniosła ok. 1,7 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów¹⁹. Według szacunków WHO, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)²⁰.

¹⁷ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

¹⁸ 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].

¹⁹ Dane WHO [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>].

²⁰ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2021²¹ ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 5,69 mln Polaków, w tym 76,3% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz 15,3% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2021 w Polsce 6,88/100 tys. mieszkańców. W województwie podlaskim wskaźnik ten był wyższy (7,35/100 tys.), natomiast na terenie powiatu białostockiego, gdzie leży gmina Czarna Białostocka, osiągnął wartość nieznacznie niższą od ogólnokrajowej (6,83/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,6 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4,3/100 tys. mieszkańców), w województwie podlaskim było to 94,6 tys. porad (8,12/100 tys.; 1 miejsce w kraju), a w powiecie białostockim – prawie 11 tys. porad (7,2/100 tys.) . Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 4,2 mln wizyt fizjoterapeutycznych (11,2/100 tys. mieszkańców). W województwie podlaskim było to niespełna 60 tys. wizyt (5,1/100 tys.; ostatnie miejsce w kraju), a w powiecie białostockim – ponad 6 tys. porad (3,9/100 tys. – wynik znacznie gorszy od tego w kraju i w powiecie). W roku 2021 wykonano w Polsce ponad 125 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (328,3/100 tys. mieszkańców), w województwie podlaskim ponad 3,6 mln (309,5/100 tys.; 12 miejsce w kraju), w powiecie białostockim – 408,6 tys. (268,8/100 tys. – wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa podlaskiego). Opisane wyżej dane wyraźnie wskazują na niską dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w powiecie białostockim.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostnow 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

²¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

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 masażu²². 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 ambulatoryjne²³. 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 stacjonarnych²⁴.

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 Czarna Białostocka dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

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

²⁴ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

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 Czarna Białostocka na lata 2024-2028 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 2023²⁵ nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy.

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁶ – *priorytet 2: rehabilitacja*;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²⁷:
 - *cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne*
 - *cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne*
- Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa podlaskiego²⁸:
 - *Obszar działania 2.5. Rehabilitacja medyczna*;
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁹ – rekomendowane kierunki działań dla województwa podlaskiego: 8.3. Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu rehabilitacji.

²⁵ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁸ Obwieszczenie nr 21/2021 Wojewody Podlaskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji

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

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2024-2028.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 10% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 30%* osób z populacji docelowej w latach 2024-2028.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta.

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 Czarna Białostocka, których liczba wynosi ok. 8,9 tys. osób³⁰. 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 białostockim ok. 6,83/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w Gminie Czarna Białostocka oszacowano na poziomie ok. 600 pacjentów rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 120 dorosłych mieszkańców (ok. 20% populacji docelowej). Z uwagi na wskazanie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 jednostek samorządu terytorialnego jako realizatorów zadania 3 (Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych), służącego realizacji celu operacyjnego 5 (Wyzwania demograficzne), gmina Czarna Białostocka zdecydowała, że pierwszeństwo w kwalifikacji do Programu będą miały osoby w wieku 60 lat i więcej. W momencie udzielenia świadczeń w Programie połowie zaplanowanej w danym roku populacji (60 osób) – do Programu zapraszani będą wszyscy dorośli mieszkańcy gminy spełniający kryteria kwalifikacji.

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

2.1. Kryteria włączenia:

- wiek 60 lat i więcej (pierwsze 50% uczestników w każdym roku) lub wiek 18 lat i więcej (drugie 50% uczestników w każdym roku),
- zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie gminy Czarna Białostocka (oświadczenie uczestnika),

³⁰ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].

- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego (stwierdzone na podstawie dokumentacji medycznej okazanej przez pacjenta);

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Czarna Białostocka, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych obecnie oraz w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z chorobą układu ruchu/nerwowego) lub w okresie 2 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z urazem) - oświadczenie uczestnika

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do Programu,
- uwzględniająca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego;

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli I o łącznej sumie punktów 468 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni;

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

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 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).

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028

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

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabieg w kriokomorze	26,04
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

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

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)³¹,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)³²,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)³³,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)³⁴,
- North American Spine Society (NASS 2020)³⁵,
- American College of Physicians (ACP 2017)³⁶,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)³⁷.
- Institute of Health Economics (IHE 2017)³⁸,
- National Stroke Foundation (NSF 2010)³⁹,
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)⁴⁰,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)⁴¹,
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)⁴²,

³¹ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³² Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

³³ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

³⁴ Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].

³⁵ Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org]

³⁶ Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org]

³⁷ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

³⁸ Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca]

³⁹ Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int]

⁴⁰ Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov]

⁴¹ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)⁴³,

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

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

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem.

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

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

Ponadto warto podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi SIGN (2013), w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Pacjenci

powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010).

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

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

Ponadto zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny⁴⁴.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–

⁴⁴ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl>].

2027, z perspektywą do 2030 r.⁴⁵: należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitacja. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Celem działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnieniem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. Istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń. Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m.in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim Internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów zawartymi w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych⁴⁶, w obszarze rehabilitacji leczniczej należy m.in.:

- obejmować rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio objęci opieką w tym zakresie,

⁴⁵ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021r... op. cit.

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

- dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych, w celu wspomaganie procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności (w celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów),
- ograniczyć liczbę zabiegów fizykoterapii i popularyzować kinezyterapię,
- rozpowszechnić rehabilitację w warunkach domowych,
- należy rozpowszechnić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- należy rozpowszechnić telerehabilitację (ćwiczenia wykonywane przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy), szczególnie w odniesieniu do pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach 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 projektu programu (IV kwartał 2023 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Podlaskiego (I kwartał 2024 r.);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2024);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2024);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2024 r. -2028 r.)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki) - w celu uzyskania jak największej zgłaszalności do programu działania informacyjne oraz sposoby zapraszania do programu zostaną dobrane do specyfiki danej populacji; wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od narzędzi wybranych przez Realizatorów,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2029):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2029).

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Czarna Białostocka. 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 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2022 r. poz. 633 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 [Dz.U. 2013 poz. 1522], z jednoczesnym założeniem, że w razie zaistnienia takiej konieczności, Gmina udostępni Realizatorowi pomieszczenia na swoim terenie,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

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

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczną oraz kończącą prowadzona poprzez analizę:

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

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 170 000 rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. (tabela I, s. 15-16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,24 zł na podstawie zaokrąglonej wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie białostockim w województwie podlaskim (5 podmiotów) tj. 1,5 zł⁴⁷ oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (8,2%⁴⁸) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2024 (41%)⁴⁹. Rok 2022 został uwzględniony z uwagi na fakt, że wówczas miało miejsce ostatnie zwiększenie wyceny świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej przez NFZ.

Średnia liczba punktów za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 15,4, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 35 zł (2,24 zł x 15,4). Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 1 050 zł (10-dniowy cykl, średnio po 3 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

- 1 200 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt wizyty fizjoterapeutycznej (100 zł), indywidualnego planu rehabilitacyjnego (1 050 zł) oraz działań edukacyjnych (50 zł)
- 5 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 2 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁴⁷ Informator o umowach NFZ... op. cit.

⁴⁸ Dane GUS, wskaźnik inflacji we wrześniu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].

⁴⁹ Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od stycznia 2024r. (4242 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].

2. Koszty całkowite:

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

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	5 000	5 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	120	1 200	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	--	2 500	2 500,00
Koszty programu (coroczne)			151 500,00

W kolejnych latach realizacji koszty jednostkowe, z uwagi na szeroki zakres proponowanych usług zdrowotnych, powinny zostać zindeksowane o koszty inflacji. Zakłada się możliwość indeksacji kosztów jednostkowych, o ile wskaźnik inflacji zmieni się o minimum 2% w stosunku do ostatniego roku, w którym nastąpiła indeksacja (2024 jako rok bazowy). Koszty jednostkowe powinny być indeksowane każdorazowo przed publikacją ogłoszenia o konkursie na wybór Realizatora Programu.

Tab. III. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2024	151 500,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	2 500,00
Rok 2025	151 500,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	2 500,00
Rok 2026	151 500,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	2 500,00
Rok 2027	151 500,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	2 500,00
Rok 2028	151 500,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	144 000,00
Monitoring i ewaluacja	2 500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Czarna Białostocka. Gmina w latach 2025-2028 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Podlaski 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. 2022 poz. 2561 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
2. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int]
3. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
4. Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od stycznia 2024r. (4242 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].
5. Dane GUS, wskaźnik inflacji we wrześniu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].
6. Dane WHO [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions].
7. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
8. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov]
9. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org]
10. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
11. 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.
12. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.
13. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
14. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl].
15. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
16. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
17. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
18. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
19. Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca]
20. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].
21. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
22. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026).
23. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
24. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org]
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69]

26. Obwieszczenie nr 21/2021 Wojewody Podlaskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji
27. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl>].
28. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
29. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
30. 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.
31. 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].
32. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
37. 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.
38. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
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 <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).
41. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.
42. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 20.10.2023 r.].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do Programu

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
<i>Działania edukacyjne</i>	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie poziomu wiedzy lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 10% <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Indywidualny plan rehabilitacji</i>	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028”

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Liczba uczestników kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)	
Liczba i odsetek pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	
Liczba uczestników działań edukacyjnych	
Liczba i odsetka osób, u których w postępie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 90% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.	
Wyniki ankiety satysfakcji* (skrócony opis)	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

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

Załącznik 3

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie
rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Czarna Białostocka na lata 2024-2028”**

I. Ocena rejestracji

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

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

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

III. Ocena warunków panujących w przychodni

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

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--