

Projekt

z dnia 28 kwietnia 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY BĘDZINO**

z dnia 24 kwietnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Będzino” na lata 2026-2028**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025, poz. 1153; poz. 1436; z 2026 r. poz. 252) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1, 3 i ust. 5 oraz 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461; poz. 1537, poz. 1739; z 2026 r. poz. 203), po zaopiniowaniu przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Rada Gminy Będzino uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028” w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do uchwały.

§ 2. Program określony w § 1 będzie realizowany w latach 2026 - 2028 w odniesieniu do osób fizycznych zamieszkałych na terenie gminy Będzino, którzy spełnią warunki kwalifikacji do programu.

§ 3. Środki finansowe na realizację programu określonego w § 1 zarezerwowane są w budżecie gminy Będzino w dziale 851, rozdziale 85159 w kwocie 120 000 zł rocznie (słownie złotych: sto dwadzieścia tysięcy 00/100).

§ 4. Ustala się wzór sprawozdania merytorycznego z realizacji programu określonego w § 1, w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do uchwały.

§ 5. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Będzino.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Gmina Będzino



PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
REHABILITACJA LECZNICZA MIESZKAŃCÓW GMINY BĘDZINO
NA LATA 2026-2028

LATA 2026 – 2028

autorzy programu polityki zdrowotnej:

GMINA BĘDZINO

dane kontaktowe:

Urząd Gminy Będzino

76- 037 Będzino, Będzino 19

podstawa prawna:

PROJEKT PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ ZOSTAŁ OPRACOWANY NA
PODSTAWIE
ART.48 UST. 1 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI
ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (DZ.U. 2025 R.
POZ. 1461)

BĘDZINO 2026

1. Nazwa programu:

„Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”

2. Okres realizacji programu: 2026 - 2028

3. Kontynuacja/trwałość programu:

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

4. Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Będzino

Będzino 19,

76-037 Będzino

tel.: 94 316 25 47, 502 667 267

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Problem zdrowotny	4
2. Dane epidemiologiczne	11
3. Charakterystyka ogólna gminy Będzino	17
4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	19
5. Opis obecnego postępowania	20
6. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	21
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	24
1. Cel główny	24
2. Cele szczegółowe	24
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	24
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	26
1. Populacja docelowa	26
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	27
2.1 Kryteria włączenia	27
2.2 Kryteria wyłączenia	27
3. Skierowanie na zabiegi	28
4. Planowane interwencje	28
5. Ścieżka udziału w Programie	29
6. Planowane interwencje i oddziaływanie lecznicze	31
7. Potwierdzenie skuteczności planowanych działań	33
8. Dowody skuteczności planowanych działań	34
9. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu polityki zdrowotnej	36
10. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej	37
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	38
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania organizacyjne podejmowane w ramach poszczególnych etapów	38
2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	40
3. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu	40
4. Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej	42
V. Budżet programu polityki zdrowotnej	42
1. Planowane koszty jednostkowe i całkowite	42
2. Koszty programu wg ilości i rodzajów zabiegów	42
3. Koszty całkowite	45
4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	46
VI. Monitorowanie i ewaluacja efektów	46
1. Monitorowanie	46
1.1 Ocena zgłaszalności do programu	47
2. Ewaluacja	48
VII. Bibliografia	50
VIII. Załączniki	52
1. Załącznik nr 1 Karta Uczestnika programu polityki zdrowotnej	52
2. Załącznik nr 2 Formularz wywiadu	55
3. Załącznik nr 3 Świadczenia uzyskane przez beneficjentów w ramach Programu	57
4. Załącznik nr 4 Weryfikacja zameldowania na terenie gminy Będzino	59
5. Załącznik nr 5 Rezygnacja z udziału w Programie Polityki Zdrowotnej	61
6. Załącznik nr 6 Ankieta satysfakcji uczestnika	62
7. Załącznik nr 7 Ankieta ewaluacyjna uczestnika (pre – test)	66
8. Załącznik nr 8 Ankieta ewaluacyjna uczestnika (post – test)	69
9. Załącznik nr 9 Sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu zdrowotnego	72

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Problem zdrowotny

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

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Schorzenia te występują w klasyfikacji ICD-10 w grupie: M00-M99¹. Nielezione i nie poddawane rehabilitacji schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego prowadzą do niepełnosprawności chorego, która stanowi jeden z istotnych problemów zdrowia publicznego. Jego istotą jest rozmiar, rozpowszechnienie w populacji oraz wpływ na jakość życia jednostki i społeczeństwa. W porównaniu z ludźmi sprawnymi fizycznie, u niepełnosprawnych częściej występują schorzenia współtowarzyszące. W grupie tej obserwuje się często również niesamodzielność, niższe osiągnięcia edukacyjne, mniejszą aktywność zawodową, wyższy poziom ubóstwa oraz niepełne funkcjonowanie w życiu społecznym. Następstwem postępującej niepełnosprawności jest m.in. utrata zdolności do wykonywania pracy zawodowej, co skutkuje wykluczeniem z aktywności zawodowej oraz społecznej. Kluczową rolę w terapii schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń². Nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej³.

¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Tom I. Vesalius. 2006r.

² Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.

³ Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.

Od połowy lat osiemdziesiątych w Polsce systematycznie wzrasta liczba osób powyżej 65 roku życia. Czynniki demograficzne wymuszają konieczność zmian w organizacji ochrony zdrowia i opieki nad osobami starszymi. Starość jest trudnym okresem w życiu człowieka, pacjent doświadcza w szczególności wielu ograniczeń zdrowotnych, a jakość życia w tym czasie w znacznej mierze zależy od rodzajów i trafności rozpoznawania potrzeb zdrowotnych oraz jakości ich zaspokajania. Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczać ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia. Rehabilitacja ma na celu poprawę ogólnego samopoczucia, zachowanie niezależnego trybu życia, zmniejszenie ryzyka zachorowania na niektóre choroby i łagodzenie ich przebiegu, minimalizację skutków niepełnosprawności oraz działanie przeciwbólowe.

Prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na fizykoterapię ambulatoryjną, związany ze zmianami demograficznymi^{4,5}, z uwagi na zwiększającą się liczbę ludności w wieku poprodukcyjnym. Przełoży się to na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

Program polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028”, skierowany jest do 300 mieszkańców gminy Będzino (po 100 rocznie) zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego, takimi jak między innymi: zapalenie stawów (reumatoidalne, młodzieńcze, przewlekłe, reaktywne, łuszczycowe, zeszywniające zapalenie kręgosłupa), zmiany zapalne stawów o podłożu metabolicznym – dna moczanowa, przewlekłe zapalenie kręgosłupa szyjnego, zespół bolesnego barku, zespół bolesnego łokcia, zapalenie okołostawowe ścięgien, torebki stawowej i mięśni, zespół fibromialgii (choroby reumatyczne tkanek miękkich), choroba zwyrodnieniowa stawów, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, choroba Sudecka, osteoporoza, zwłknięcie i skręcenie urazowe stawów, uszkodzenie łąkotki, naderwanie i uszkodzenie więzadeł, ścięgien i mięśni, ostrogi piętowe, rwa kulszowa i barkowa, martwica kości, stany po leczeniu

⁴ Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 – Załącznik 16. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa – zakres: demografia oraz rehabilitacja medyczna podpunkt: 8.6 - Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych

⁵ Wojewódzki Plan Transformacji województwa zachodniopomorskiego na lata 2022 – 2026 aktualizacja, obszar działań: 2.6.4 Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).

operacyjnym (stawy biodrowe, barkowe, kolanowe), stany po leczeniu operacyjnym kręgosłupa, stany pourazowe mózgu, stany pourazowe kończyn, przewlekłe i podostre stany zapalne nerwów obwodowych, mięśniobóle, nerwobóle, neuralgie, przykurcze, zwalczanie przewlekłego i patologicznego bólu (zachowawczo), zwalczanie odruchowej i ośrodkowej spastyczności mięśni w procesie rehabilitacji neurologicznej, zmiany skórne, przewlekłe stany zapalne jamy nosowej i zatok, ostre i zadawnione urazy sportowe, przemęczenie fizyczne i psychiczne osób dorosłych. Rehabilitacja obejmować będzie również osoby z pourazowymi schorzeniami ruchu spowodowanymi wypadkami komunikacyjnymi, wypadkami w pracy oraz nabytymi schorzeniami pourazowymi nabytymi wskutek zdarzeń losowych, bądź w trakcie prowadzenia działalności rolniczej.

Etiologia chorób narządów ruchu jest wieloczynnikowa, obejmująca głównie procesy zwyrodnieniowe, zapalne (reumatoidalne), urazy, wady wrodzone/nabyte, przeciążenia (otyłość, praca) oraz czynniki genetyczne. Kluczowe przyczyny to degradacja chrząstki stawowej, zapalenia tkanki łącznej, zmiany naczyniowe, nerwowe i zaburzenia mineralizacji kości.

Wyróżnia się następujące główne grupy etiologiczne schorzeń narządu ruchu:

- 1) Choroby zwyrodnieniowe (artroza): Wynikają z przewlekłego przeciążenia, otyłości, wieku, wad postawy (np. szpotawość/koślawość) oraz osłabienia mięśni stabilizujących stawy.
- 2) Choroby zapalne i tkanki łącznej: Procesy autoimmunologiczne, np. reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), prowadzące do niszczenia chrząstek i więzadeł.
- 3) Urazy i przeciążenia mechaniczne: Złamania, skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł i ścięgien, często wynikające ze sportu lub wypadków.
- 4) Przyczyny naczyniowe i nerwowe: Zakrzepica żył głębokich, rwa kulszowa/barkowa (ucisk nerwu), polineuropatie.
- 5) Zaburzenia metaboliczne i strukturalne: Osteoporoza i osteopenia (zaburzenia mineralizacji), wady wrodzone, nowotwory, a także choroby endokrynologiczne.
- 6) Czynniki środowiskowe: np.: Wibracje (np. praca z młotem pneumatycznym) wpływające na stawy i kręgosłup.

Najczęstsze objawy to ból (często nasilający się przy ruchu), sztywność, ograniczenie ruchomości, obrzęki i trzeszczenie w stawach.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno - stawowego i mięśniowego jest 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 wiek⁶. Wyodrębnia się cztery etapy rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów⁷. 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 ortopedyczne⁸. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, 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.

⁶ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

⁷ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. *Diagnostyka laboratoryjna* 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

⁸ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii [<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>; dostęp: 11.08.2021].

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 60 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^{9,10}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne¹¹. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego¹². Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej¹³. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne¹⁴. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra

⁹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Postepy Hig Med Dosw (online)*, 2014; 68, s. 640-652.

¹⁰ 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.

¹¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

¹² Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych¹⁵. 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 pacjenta¹⁶.

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

¹⁵ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

¹⁶ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345-348.

złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹⁷. 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 ruchu¹⁸. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 60 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji¹⁹. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich²⁰.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa²¹. 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

¹⁷ T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

¹⁸ Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyński B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁹ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.

²⁰ Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

²¹ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji²².

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości układu kostno - stawowego i mięśniowego w roku 2015 na całym świecie przekraczała 1,3 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów²³. 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.

Według danych WHO choroby stawów dotyczą 10-15% dorosłych, w tym 30% osób powyżej 65. roku życia ponad 30%. Na podstawie danych NFZ wskazano, że w Polsce w 2023 roku ok. 25% dorosłych miało zdiagnozowane choroby układu kostno-stawowego, co stanowi istotny wzrost w porównaniu z poprzednią dekadą. Według Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) (pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych) w 2023 roku ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce skorzystało ponad 3 mln pacjentów. Współczynnik liczby świadczeń wyniósł 8 141/100 tys. mieszkańców w kraju.

Szacuje się, że przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe dotyczą około 100 mln mieszkańców Europy (tj. 30-40% populacji UE). Do najczęstszych przyczyn ograniczenia aktywności zawodowej, osób do 45 roku życia, należą zespoły bólowe kręgosłupa. Natomiast w starszej

²² 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; dostęp: 11.08.2021r.].

²³ Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 *The Lancet*, Volume 388, Issue 10053, s. 1545 - 1602

grupie wiekowej (50 - 64 lata) częstszą przyczyną tych ograniczeń są jedynie choroby kardiologiczne i reumatyczne²⁴.

Z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00-M99), zarejestrowano w Polsce, w 2015 r. 466 900 hospitalizacji. Współczynnik hospitalizacji z powodu chorób grupy M00-M99 wyniósł 121,4 na 10 tys. mieszkańców. Liczba hospitalizacji mężczyzn wyniosła 182 187 (97,9 na 10 tys. mieszkańców), a kobiet 284 713 (143,5 na 10 tys. mieszkańców)²⁵. Zgodnie z danymi map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku²⁶, w grupie chorób układu kostno-mięśniowego najwyższą zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w 2016 r. w Polsce odnotowano dla chorób kręgosłupa (zapadalność rejestrowana 1 410,9, chorobowość rejestrowana 13 900,0). W drugiej kolejności dla chorób stawów (odpowiednio zapadalność 1 413,6, chorobowość 13 500,0) W przypadku województwa zachodniopomorskiego wskaźniki były wyższe od krajowych, dla chorób kręgosłupa zapadalność rejestrowana wyniosła 1 564,5, chorobowość rejestrowana 14 475,0, zaś dla chorób stawów było to odpowiednio 1 613,4 i 14 057,4. W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano 19,37 tys. hospitalizacji z powodu chorób kostno-mięśniowych, co dało wskaźnik 1,13 tys. hospitalizacji na 100 tys. ludności. Najwięcej hospitalizacji odbyło się z powodu chorób stawów (38%), ze względu na choroby kręgosłupa (24,5%), w wyniku chorób układowych tkanki łącznej (15,3%) i chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich, niezapaalnych (8,5%).

Choroby układu kostno-stawowego stanowią jedno z najważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnych społeczeństw, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. Związane są z postępującym procesem starzenia się populacji, a także z czynnikami środowiskowymi i stylu życia, które wpływają na zdrowie układu kostno-stawowego. Choroby

²⁴ Zheltoukhova K, Bevan S, Reich A. Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce.

²⁵ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, <https://www.statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2015szac.htm>

²⁶ Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego. 2018 r.

te prowadzą do znacznych obciążeń ekonomicznych i społecznych, wynikających z konieczności długotrwałego leczenia, rehabilitacji oraz z powodu utraty zdolności do pracy.

Poniższa tabela prezentuje zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim w grupie chorób układu kostno - mięśniowego (2016 r.).

Tabela. Choroby układu kostno-mięśniowego - zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku.

choroby układu kostno - mięśniowego	zapadalność rejestrowana (nowe zachorowania w 2016 r.)	chorobowość rejestrowana (stan na 31.12.2016 r.)
artropatie związane z zakażeniami	70,3	52,3
artropatie wielostawowe zapalne	80,5	6 465,6
choroby układowe tkanki łącznej	27,8	1 571,8
choroby mięśni	0,2	152,8
choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	36,2	2 620,6
choroby stawów	1 613,4	14 057,4
choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	2 340,2	19 527,6
zaburzenia mineralizacji i struktury kości	112,5	920,2
inne choroby kości i tkanki chrzęstnej	82,0	849,0
inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	180,9	1 536,0

choroby kręgosłupa	1 564,5	14 475,0
--------------------	---------	----------

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego 2018 r.

W województwie zachodniopomorskim w latach 2013-2015 odnotowano 70 zgonów w wyniku chorób układu kostnego, stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Ponad 57% zgonów stanowiły osoby w wieku 65+, a 74% zmarłych dotyczyło kobiet. Współczynnik rzeczywisty umieralności wyniósł 1,36 na 100 tys. ludności (12. najwyższy wynik w Polsce). W 9 na 21 powiatów umieralność była wyższa od ogólnopolskiej.

W województwie zachodniopomorskim w 2016 r. w poradniach leczenia podstawowego z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej było zarejestrowanych 247 542 osób dorosłych w wieku 19-65 lat i więcej, z czego 130 866 osób (53%) było w wieku 35-64 roku życia. Po raz pierwszy schorzenie układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej stwierdzono u 29 753 osób w wieku 19-65 lat i więcej. (Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2016 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, <http://www.szczecin.uw.gov.pl>).

Program polityki zdrowotnej: „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026-2028” oparto na priorytetach zdrowotnych ustalonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, zmienionego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 2144). Zgodnie z § 1 ust. 2 w/w rozporządzenia, wśród priorytetów zdrowotnych wymienia się rehabilitację. 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.

Epidemiologia niektórych schorzeń objętych programem polityki zdrowotnej została opracowana na podstawie danych uzyskanych od lekarzy świadczących pomoc w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie gminy Będzino na rzecz przeważającej większości mieszkańców gminy.

Na potrzeby realizacji programu profilaktyki zdrowotnej, na początku 2024 r. pracownicy urzędu gminy, zwrócili się z prośbą do lekarzy świadczącymi pomoc w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie gminy Będzino, pracujących w lokalnych przychodniach tj.: Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Będzino” 76-037 Będzino 18, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Gabinetem lekarza POZ Dobrzyca 76-037 Dobrzyca 26, Przychodni Rodzinnej Balticmed ul. Rzemieślnicza 4; 76-031 Mścice o pomoc w zebraniu danych epidemiologicznych dotyczących realizacji programu.

Na początku 2025 r. pracownicy gminy, przeprowadzili wywiady z lekarzami. W toku wywiadów ustalono, że zapotrzebowanie na ośrodek rehabilitacji leczniczej, na terenie gminy, jest bardzo duże.

Według informacji uzyskanych z w/w ośrodków zdrowia około 17 % porad lekarskich, odbytych na terenie gminy Będzino, dotyczyło jednostek chorobowych, w których rehabilitacja może być jedyną, bądź jedną z form leczenia.

Poniższe dane według przychodni dotyczą 410 pacjentów – mieszkańców gminy Będzino

choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego wg klasyfikacji ICD-10	jednostka chorobowa	ilość udzielonych porad medycznych dla pacjentów gminy Będzino z problemami układu kostno - stawowego i mięśniowego oraz udarem mózgu w 2024r.
M 15	zwyrodnienia wielowarstwowe	260
M 16	choroby zwyrodnieniowe stawów biodrowych	170
M 17	choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych	230
M 19	inne choroby zwyrodnieniowe	650
M 47	zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	180
M 50	choroby kręgów szyjnych	120
M 51	inne choroby krążka międzykręgowego (dyskopatia)	430
M 70–M 79	choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem.	240
M 10	dna moczanowa	420

M 54	rwa kulszowa	210
M 80–M 82	osteoporoza	150
M 05-M 06	reumatoidalne zapalenie stawów	15
S 33, S 53	zwichnięcia i skręcenia stawów	65
S 00-T 98	złamania kończyn wymagające rehabilitacji	40
Z 98	stany po leczeniu operacyjnym stawów, kręgosłupa	40
M 46, M 47, M 50, M 51, M 60	nerwobóle, mięśniobóle	120
Z 50	inne jednostki chorobowe kwalifikujące się do zabiegów rehabilitacyjnych	150
M 161-M 164	udar mózgu	90
	łącznie suma wizyt:	3580

Tych 410 pacjentów z problemami odbyło 3580 wizyt w przychodniach, tj. 8,73 wizyty na pacjenta w skali roku. W porównaniu do wizyt innych dorosłych pacjentów, gdzie średnia rocznych wizyt u lekarza wynosi 4,36.

Na podstawie powyższych danych można szacować, że około 350 - 400 osób rocznie ma wskazania do stosowania zabiegów rehabilitacyjnych.

Wywiady z lekarzami przeprowadzono po wielu wnioskach, skargach i prośbach mieszkańców gminy, którzy skarżą się, że na terenie gminy nie ma odpowiedniego ośrodka rehabilitacyjnego, co wyklucza część mieszkańców gminy z możliwości podjęcia rehabilitacji. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych jest znacznie utrudniona, z powodu braku, na terenie gminy Będzino, ośrodka rehabilitacyjnego, który ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podatne wykluczeniu są szczególnie osoby starsze i niepełnosprawne, które ze względu na brak samochodu, bądź schorzenia, nie mają możliwości dojazdu do ośrodków w sąsiednich gminach. Kwestia wykluczenia dotyczy, także częściowo pracujących mieszkańców gminy, którzy pracują w godzinach pracy ośrodków rehabilitacyjnych w sąsiednich gminach i tym samym nie są w stanie uczestniczyć w rehabilitacji.

Dlatego ośrodek, który otworzy się na terenie gminy Będzino, będzie, raz w tygodniu, np.: w poniedziałki, świadczył świadczenia w godzinach od 10,00 do 20,00, bądź w soboty (taki zapis znajdzie się w przetargu rozpisany przez gminę).

Z informacji uzyskanych podczas wywiadów z lekarzami uzyskaliśmy dane wskazujące na wyższy odsetek potrzeb rehabilitacyjnych w naszej gminie, niż to by wynikało ze statystyk krajowych, czy ze statystyk województwa zachodniopomorskiego – patrz: Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego. Wynika to ze struktury ludności gminy. Przytłaczająca większość mieszkańców gminy jest pełnoletnia. Teren gminy zamieszkuje bardzo duża populacja ludzi starszych (większa niż statystycznie w Polsce) – patrz. Rys. 1 Ludność gminy według kategorii grupowych. Należy zaznaczyć, że zwiększenie dostępności do świadczeń może mieć wpływ na poprawę jakości życia całej społeczności gminy. Projekt odnosi się nie tylko do kwestii zdrowotnych, ale także społecznych.

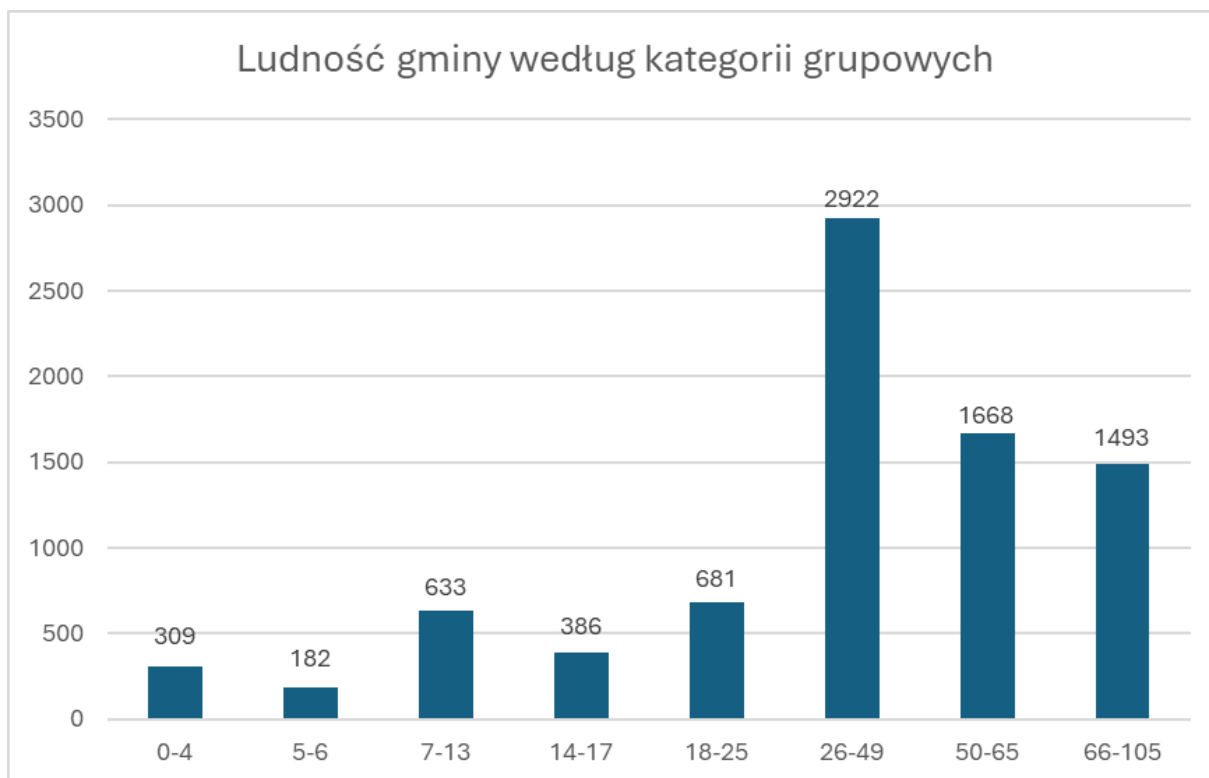
3. Charakterystyka ogólna gminy Będzino

Gmina Będzino to gmina wiejska zlokalizowana w północnej części Polski, w województwie zachodniopomorskim, w powiecie koszalińskim. Zajmuje powierzchnię 166 km², co stanowi 10,1% powierzchni powiatu. Na koniec grudnia 2024 r. gminę zamieszkiwało 8274 mieszkańców. Tereny gminy to głównie tereny rolnicze, pas Pobrzeża Bałtyku z piaszczystymi plażami oraz brzegiem klifowym. Gmina Będzino znajduje się w środkowo-nadmorskim regionie klimatycznym, a jego pogoda jest łagodna, przeważnie kształtowana pod wpływem Bałtyku i atlantyckich frontów atmosferycznych.

Przez teren gminy przebiega droga ekspresowa nr S6, droga krajowa nr DK 11 oraz droga wojewódzka nr 165. Gmina Będzino wchodzi w skład Koszalińsko-Kołobrzesko-Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego i pozostaje pod wpływem rozwijającego się Koszalina.

W skład gminy wchodzi 45 miejscowości wiejskich zorganizowanych w 25 sołectwach. Do miejscowości najbardziej zaludnionych należą: Mścice, Dobrzyca i Tymień. Gmina Będzino oddalona jest od Szczecina o 157 km, Koszalina o 15 km, Kołobrzegu o 26 km, i Morza Bałtyckiego o 5 km.

Rys. Opracowanie własne na podstawie danych z ewidencji ludności



W zaprezentowanej strukturze ludności Gminy Będzino dominują osoby w wieku 26-49 lat oraz 50 i więcej (ta grupa stanowi 73,5 % z grupy 26-105). Są to więc osoby w wieku bezpośrednio produkcyjnym lub osoby nadal pozostające czynne zawodowo. Dużą grupę stanowią osoby powyżej 50 roku życia, z której znakomita większość jeszcze powinna przez okres 10-17 lat pozostawać aktywnymi zawodowo. Aby pomimo schorzeń, które zamierza niwelować niniejszy program polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026-2028”, osoby te mogły pozostać aktywne zawodowo i społecznie jak najdłużej oraz aktywnie oddziaływać na lokalną społeczność należy dążyć do osiągnięcia następujących celów społecznych w ramach proponowanego programu:

- aktywnej długotrwałej rehabilitacji leczniczej mającej na celu terapię bólu przewlekłego,
- dążyć do usprawnienia organizmu i zapewnienia normalnego funkcjonowania i samodzielnego realizowania przez chorych funkcji życiowych i czynności samoobsługowych lub z niewielką pomocą osób trzecich,
- zapewnić przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu tych osób z rynku pracy i życia społecznego,
- zapewnić profesjonalną rehabilitację nastawioną na osiągnięcie konkretnych wymiernych

- dla chorych rezultatów w tym ograniczenia przyjmowania środków przeciwbólowych, usamodzielnienia się w czynnościach i funkcjach życiowych, przywrócenia możliwości wykonywania pracy zarobkowej i rolniczej,
- przeciwdziałania pogłębianiu się schorzeń i dysfunkcji w tym ograniczania przewlekłego bólu.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na rzecz pacjentów gminy Będzino w latach 2024-2025 nie wykonywano zabiegów rehabilitacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (dane realizatora) oraz w ramach gminnego programu zdrowotnego.

Wnioski

Liczba przeprowadzonych w latach 2021 - 2023 zabiegów pokazuje jak duże zapotrzebowanie co do ilości zabiegów wykonywana była na rzecz pacjentów z gminy Będzino, a co za tym idzie, jakie były w tym zakresie potrzeby.

Ilość zabiegów realizowanych w roku 2021 to 10 250, z których skorzystało 392 pacjentów, w roku 2022 to 6 528 zabiegów, z których skorzystało 256 pacjentów, w roku 2023 skorzystało 380 pacjentów, a liczba wykonanych zabiegów wyniosła 6 528. To oznacza, że w ciągu kolejnych lat na rzecz pacjentów zostanie być może wykonanych ok. 6 500. zabiegów. Te dane bezspornie pokazują jak bardzo potrzebne jest kontynuowanie wsparcia działalności tego gabinetu na terenie Gminy Będzino. Wcześniejsze przewidywania, że ilość udzielanych świadczeń w poprzednich latach były dalece nie wystarczające wobec potrzeb zgłaszanych przez mieszkańców gminy zarówno do urzędu jak i do lekarzy rodzinnych i potwierdziły, że ze względu na fakt, iż Gmina Będzino nie należy do gmin zamożnych, jej mieszkańcy znajdują się na niskim szczeblu dochodowości, a proces pauperyzacji społeczeństwa szybko postępuje, mieszkańcy nie mają możliwości komercyjnego nabycia wskazanych zabiegów. Rosnące potrzeby społeczne w tym zakresie, które Gmina widzi i ich nie bagatelizuje, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom mieszkańców, przyjmuje długofalowy program zdrowotny w tym zakresie.

5. Opis obecnego postępowania

Pacjentom dotkniętym problemami chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, dostępne są świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji schorzeń narządu ruchu obejmujące m.in.: lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – porada lekarska rehabilitacyjna; fizjoterapię ambulatoryjną – wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny (kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia); realizowane w warunkach domowych – porada lekarska rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna i zabieg fizjoterapeutyczny, w tym: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, balneoterapia); realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa. realizowane w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa oraz neurologiczna, kardiologiczna i pulmonologiczna. Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego realizowane są świadczenia rehabilitacyjne osób z chorobami układu ruchu w: szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym. Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia [<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> Strona 14 z 35 REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO Rehabilitacja medyczna osób ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-2022 w województwie zachodniopomorskim, w zależności od oddziału rehabilitacji stacjonarnej, liczba oczekujących waha się od 0 do 98 osób, a czas oczekiwania do przyjęcia wynosił we wszystkich oddziałach poza jednym, ponad rok. Liczba oczekujących wynosiła od 129 do 2508. Świadczenia rehabilitacji leczniczej udzielane są również w ramach profilaktyki rentowej ze

środków ZUS, KRUS w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych oraz w ramach rehabilitacji zawodowej przez PFRON. W skali ogólnokrajowej nie są prowadzone (przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ) żadne programy zdrowotne dotyczące rehabilitacji schorzeń narządu ruchu. Na terenie województwa zachodniopomorskiego potencjał świadczeniodawców obecnie realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej, zarówno w rozumieniu posiadanego sprzętu, jak i pod względem kwalifikacji personelu, jest na wysokim poziomie. Ograniczona dostępność do ambulatoryjnych i dziennych świadczeń rehabilitacyjnych wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych. Na terenie województwa zachodniopomorskiego rehabilitacja lecznicza narządu ruchu dla dorosłych realizowana jest przez: 14 oddziałów stacjonarnych, 32 poradnie lekarskie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, 90 gabinetów fizjoterapii ambulatoryjnej, 17 ośrodków/oddziałów dziennych. Niniejszy Program został opracowany ze względu na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej osób z chorobami przewlekłymi i zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami oraz chorobami obwodowego układu nerwowego, a tym samym zwiększenie możliwości zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w krótszym czasie po wystąpieniu problemu zdrowotnego. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

6. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Mieszkańcy gminy od 2024 roku korzystają z zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych w ramach kontraktu z NFZ przez publiczne bądź niepubliczne ZOZ – y w Koszalinie i Biesiekierzu. Działania te z uwagi na ograniczenia finansowe kontraktu, wyceny zabiegów oraz miejsca ich świadczenia były jednak ograniczone i ich zakres nie obejmował wszystkich osób chorych i potrzebujących z terenu gminy Będzino. Wiele z osób potrzebujących zabiegów rehabilitacyjnych w ogóle nie docierało do gabinetów rehabilitacji ze względów finansowych lub komunikacyjnych.

W szczególności dotyczy to osób starszych, przewlekle chorych, po przebytych urazach, zabiegach operacyjnych oraz z chorobami układu ruchu i nerwowego.

Celem programu jest zapewnienie mieszkańcom gminy szerszego dostępu do zabiegów fizjoterapeutycznych, zwiększenie samodzielności i sprawności, a także poprawa jakości życia i ograniczenie ryzyka długoterminowej niepełnosprawności.

Mieszkańcy gminy od ponad roku nie mają możliwości korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych. Planowane jest również zakontraktowanie zabiegów realizowanych przez gabinet fizykoterapeutyczny w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Zwiększenie dostępności mieszkańców Gminy do leczenia, wskazane jest dodatkowe wspomaganie finansowe z budżetu gminy udzielane w ramach tworzonego programu zdrowotnego.

Program polityki zdrowotnej finansowany ze środków własnych gminy uzupełniałby świadczenia planowane do zakontraktowania w ramach NFZ i pokrywałby tzw. nad wykonania. Wobec zaistniałych okoliczności program polityki zdrowotnej jest najlepszym narzędziem wspomagającym społeczność lokalną w zakresie rehabilitacji dlatego władze gminy zdecydowanie popierają realizację gminnego programu zdrowotnego na okres od 2026 do 2028 roku. W programie przewidziano udział 300 mieszkańców gminy, po 100, w każdym roku działania programu.

Według Regionalnego Programu Zdrowotnego na terenie województwa zachodniopomorskiego²⁷ występuje ograniczona dostępność do ambulatoryjnych i dziennych świadczeń rehabilitacyjnych wynika to przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych.

Niniejszy Program został opracowany ze względu na konieczności poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy z dolegliwościami bólowymi, problemami chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno - stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego a tym samym zwiększenie możliwości zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w krótszym czasie po wystąpieniu problemu zdrowotnego. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztem powrotu do pełnego zdrowia.

Zaproponowane w programie „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028” działania stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi.

Projekt powstał, jako odpowiedź na zgłaszane, przez mieszkańców gminy Będzino, zapotrzebowanie na utworzenie ośrodka rehabilitacji leczniczej w celu poprawy dostępności do świadczeń, poprawy komfortu życia oraz likwidacji wykluczenia społecznego mieszkańców

²⁷ Załącznik nr 1 do uchwały nr 55/19 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 16 stycznia 2019 r.

gminy. Na terenie gminy nie ma podmiotu, który realizuje świadczenia zdrowotne w rodzaju rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków publicznych – NFZ.

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028” wpisuje się w krajowe i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

1. Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁸ – priorytet 2: rehabilitacja.
2. Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²⁹ - Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne.
3. Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁰ – Załącznik 16.
Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa – zakres: demografia oraz rehabilitacja medyczna podpunkt: 8.6 - Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych.
4. Wojewódzkim Planem Transformacji województwa zachodniopomorskiego na lata 2022 – 2026 aktualizacja³¹, obszar działań: 2.6.4 Zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie).

W MPZ na lata 2022-2026 wśród wyzwań systemu opieki zdrowotnej na terenie woj. zachodniopomorskiego wskazano na najniższe w kraju wskaźniki realizacji rehabilitacji ambulatoryjnej, w szczególności w zakresie fizjoterapii, mimo relatywnie dobrej dostępności infrastruktury rehabilitacyjnej (9. miejsce w kraju pod względem liczby ośrodków).

Jako rekomendowane kierunki działań dla województwa wskazano na m.in. zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (ostatnie miejsce w kraju) oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (poradnie)”.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

²⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

³¹ Załącznik do Obwieszczenia Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej 20%* uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne na terenie gminy Będzino w latach 2026 - 2028.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Wdrożenie działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych u 300 mieszkańców gminy, u których zdiagnozowano schorzenia bólowe układu kostno - stawowego i mięśniowego, u osób z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/ obwodowego układu nerwowego podczas trwania programu.
- 2) Poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno - stawowego i mięśniowego u co najmniej 20%* uczestniczących w programie mieszkańców gminy Będzino w latach 2026 - 2028.
- 3) Zwiększenie o co najmniej 30%* poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu o charakterze przewlekłym u co najmniej 60%* osób z populacji docelowej w latach realizacji programu”.
- 4) Wzrost o 30%* liczby osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych.
- 5) Zmniejszenie, w okresie realizacji Programu, liczby osób rezygnujących z aktywności zawodowej, z powodu rozwoju schorzeń – 5 osób*.
- 6) Przyspieszenie powrotu na rynek pracy 5 osób*, które utraciły sprawność w wyniku chorób układu ruchu poprzez wdrożenie rehabilitacji.
- 7) przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu mieszkańców gminy Będzino poprzez utworzenie ośrodka rehabilitacji.

- 8) poprawa dostępności do rehabilitacji leczniczej na terenie gminy Będzino w okresie realizacji programu poprzez wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacji medycznej.

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

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

cel	miernik efektywności	zaplanowana wartość wskaźnika
główny	Odsetek liczby osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS ¹) oraz ostatnim dniu (VAS ⁰) otrzymywania świadczeń w programie (VAS ⁰ < VAS ¹) o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica).	30%
szczegółowy	Liczba mieszkańców gminy uczestniczących w realizowanym programie. Do programu zostanie zakwalifikowanych 300 osób (potwierdzenie dokumentacja projektu)	300 osób
szczegółowy	Liczba mieszkańców gminy, u których przeprowadzono badania wstępne. Badaniami wstępnymi zostanie objętych 300 osób (potwierdzenie dokumentacja projektu)	300 osób
szczegółowy	Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, z określeniem wieku i typu schorzenia. Rehabilitacją medyczną zostanie objęte 300 osób (potwierdzenie dokumentacja projektu)	300 osób
szczegółowy	Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej. Edukacją zdrowotną zostanie objętych 300 osób (potwierdzenie dokumentacja projektu)	300 osób
szczegółowy	Poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno - stawowego i mięśniowego u co najmniej 20%* uczestniczących w programie mieszkańców gminy Będzino w latach 2026 - 2028. Odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego zostanie ustalony na podstawie wykonanych post- i pre-testów zgodnych z ICF.	20%

szczegółowy	Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, która na skutek udziału w projekcie zaczęła wykonywać samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych i innych formach aktywności ruchowej. (potwierdzenie dokumentacja projektu – post-test).	30%
szczegółowy	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu (minimum 60% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”.	30%
szczegółowy	Liczba osób, które na skutek udziału w programie, osiągnęła poprawę swojego stanu zdrowia na tyle, że nie zrezygnowała z dotychczasowej aktywności zawodowej (dalej pozostała aktywna zawodowo).	5 osób
szczegółowy	Liczba osób, która na skutek udziału w projekcie i wdrożeniu rehabilitacji poprawiły swoją sprawność i stan zdrowia i szybciej powróciły na rynek pracy.	5 osób

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

1. Populacja docelowa

Województwo zachodniopomorskie zamieszkuje 1 705 533 ludności (2017 r.). Populacja w wieku aktywności zawodowej liczy 1 097 339 osób, tj. 64,3% ludności województwa, w tym 510 770 kobiet w wieku 15-59 lat oraz 586 569 mężczyzn w wieku 15-64 lat. (dane BDL)³². Szacuje się, że schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego mogą dotyczyć 30-40% populacji³³. Na tej podstawie można określić, iż jest to w województwie zachodniopomorskim, liczba 330-440 tys. Osób, tylko, w wieku aktywności zawodowej.

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Będzino, których liczba wynosi 8 274 osób³⁴. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych otrzymanych od lekarzy POZ pracujących na terenie gminy, określono populację docelową, w 2024 r., na poziomie około 410 pacjentów rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami

³² Bank Danych Lokalnych GUS [data dostępu: 30.09.2018 r.]

³³ Dane na podstawie Regionalnego Programu Zdrowotnego województwa zachodniopomorskiego.

³⁴ Dane Urzędu Gminy Będzino za 2024r.

finansowymi gminy, objemie rocznie po 100 mieszkańców gminy, czyli łącznie objemie 300 osób.

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

Za nabór uczestników odpowiedzialny będzie Realizator Programu.

2.1 Kryteria włączenia:

Do udziału w programie jest uprawniony każdy spośród 8 274 mieszkańców gminy, który:

- a) mieszka i jest zameldowany na terenie gminy Będzino.

Każdy uczestnik, będzie musiał wypełnić oświadczenie, w którym potwierdzi fakt mieszkania i zameldowania na terenie gminy. Oświadczenie każdego uczestnika, zostanie sprawdzone i potwierdzone przez urząd gminy.

- b) został przebadany i uzyskał skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne od lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty (chirurg, ortopeda, traumatolog, specjalista rehabilitacji).

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych traci ważność, jeżeli pacjent nie zostanie zarejestrowany w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia skierowania.

- c) wyrazi pisemną zgodę na uczestnictwo w Programie.

2.2 Kryteria wyłączenia:

W Programie nie będą mogły wziąć udziału osoby, które:

- a) nie są zameldowane na terenie gminy Będzino,
- b) nie posiadają skierowania na rehabilitację,
- c) korzystały ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu lub mają zaplanowane świadczenia w ciągu najbliższego miesiąca (oświadczenie uczestnika),

- d) posiadają przeciwwskazania do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym, stwierdzone przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach programu.

3. Skierowanie na zabiegi

Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:

- a) pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego,
- b) imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy,
- c) rozpoznanie w języku polskim,
- d) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację,
- e) informację o chorobach przebytych i współistniejących oraz innych czynnikach (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogących mieć wpływ na proces rehabilitacji,
- f) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu,
- g) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania.

Ostateczną decyzję o udziale w programie pacjenta podejmuje podmiot medyczny realizujący program wyłoniony w drodze konkursu ofert na realizację programu zdrowotnego, o którym stanowi art. 48b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461).

4. Planowane interwencje

Każdy z zakwalifikowanych do Programu uczestników, będzie skierowany na 10 - dniowy pojedynczy cykl rehabilitacji, który, w zależności od problemu zdrowotnego, będzie obejmował od 3 do 5 procedur rehabilitacyjnych, w każdym dniu, składających się z kinezyterapii i zabiegów fizykoterapii, ustalonych zgodnie z istniejącym problemem zdrowotnym. W ciągu tygodnia pacjenci, będą uczestniczyć w dwóch 60 minutowych zajęciach rehabilitacyjnych. Łącznie cykl rehabilitacji, dla poszczególnych pacjentów, będzie wynosił 5

tygodni. W ciągu cyklu rehabilitacji uczestnicy wezmą również udział w działaniach edukacyjnych. W dwóch spotkaniach indywidualnych (na początku i na zakończenie udziału w programie) oraz co najmniej jednym spotkaniu zbiorczym. Ponadto dla chętnych pacjentów zaplanowano zajęcia grupowe z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii). W toku realizacji programu, odbędzie się 20 cykli gimnastyki leczniczej po 10h.

Należy podkreślić, że rekomendacje National Stroke Foundation NSF 2010 oraz Vetrans Health Administration, Departament of Defense VHA-DoD 2010 zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Zabiegi mają być dostosowane do konkretnego problemu zdrowotnego. Każdy z pacjentów zakwalifikowanych do Programu będzie miał zapewnione dwie porady rehabilitacyjne, na wstępie i na zakończenie udziału w Programie. W czasie pierwszej porady, po przeprowadzonym wywiadzie, zostanie opracowany Indywidualny Plan Rehabilitacyjny (IPR), w którym zostaną określone indywidualnie procedury rehabilitacyjne, ich liczba oraz czas trwania. Kwalifikacja będzie dokonywana na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta oraz po przeprowadzonym badaniu diagnostyki funkcjonalnej przy pomocy testów (pre-testów) wybranych przez Realizatora Programu.

5. Ścieżka udziału w Programie

Dla każdego uczestnika programu zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Wizyta wstępna

podczas, której fizjoterapeuta na podstawie wywiadu, badania oraz dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta przeprowadzi pełną diagnostykę funkcjonalną pacjenta.

Wizyta wstępna ma na celu:

- zakwalifikowanie uczestnika do Programu,
- przeprowadzenie pełnej diagnostyki funkcjonalnej pacjenta,
- zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- udzielenia informacji na temat charakteru i przebiegu choroby, edukacji w zakresie samoleczenia oraz chorób współistniejących.

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- zostanie opracowany z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- będzie obejmował dostosowane do potrzeb i dobrane według indywidualnych wskazań dla danego pacjenta procedury rehabilitacyjne spośród zawartych w ilości średnio od 3 do 5 zabiegów dziennie, odbywających się dwa razy w tygodniu, na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni (pięć tygodni),
- dla chętnych pacjentów (po uzgodnieniu z fizjoterapeutą) zaplanowano zajęcia grupowe z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii). Każdy uczestnik, będzie mógł wziąć udział w jednym cyklu gimnastyki leczniczej trwającym 10h.
- każdy z uczestników powinien wziąć jednorazowy udział 2h zbiorowych działań edukacyjnych.

3) Działania edukacyjne:

- będą prowadzone przez fizjoterapeutę,
- będą obejmować zagadnienia dotyczące: promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie układu kostno – stawowego, a więc prawidłowej diety oraz zasadniczej roli aktywności fizycznej, a także roli stresu i używek na stan zdrowia,
- działania edukacyjne, będą prowadzone w grupach, (maksymalnie 20 uczestników) oraz indywidualnie (konsultacja fizjoterapeutyczna – wstępna i końcowa wizyta),
- podczas zbiorowych działań edukacyjnych uczestnicy, będą mieli zapewnioną możliwość zadawania pytań dotyczących zakresu edukacji zdrowotnej, a osoba prowadząca edukację będzie udzielać odpowiedzi na zadane pytania zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej,
- łącznie odbędzie się 15 zbiorowych działań edukacyjnych, każde z nich będzie trwało 2h,
- w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej fizjoterapeuta pracujący z pacjentem przedstawi mu przykładowe ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w domu. Praca indywidualna pacjenta lub jego opiekunów stanowi bardzo istotny element fizjoterapii. Stanowi efekt przedłużania oddziaływania fizjoterapeuty, ale ma również pozytywny wpływ na zwiększanie samodzielności pacjenta i współodpowiedzialność za uzyskiwane efekty,

- przed przystąpieniem do działań edukacyjnych uczestnik Programu wypełnia pre – test, po zakończeniu udziału w Programie jest zobowiązany do wypełnienia post – testu,
- podczas działań edukacyjnych uczestnikom zostaną przekazane materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora dotyczące znaczenia diety, aktywności fizycznej, wpływu stresu i używek na organizm człowieka oraz ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych.

4) Wizyta końcowa

- na zakończenie rehabilitacji medycznej i edukacji zdrowotnej zostanie przeprowadzona indywidualna porada fizjoterapeutyczna, podczas której fizjoterapeuta pracujący z pacjentem omówi dotychczasowy stan uczestnika projektu i przedstawi mu przykładowe ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w domu,
- podczas wizyty końcowej pacjenci zostaną poproszeni o wypełnienie kwestionariuszy oceny uzyskanych efektów realizowanych działań w programie (post-testów), w tym satysfakcji uczestników programu.

6. Planowane interwencje i oddziaływanie lecznicze

A. Fizjoterapia:

a) Elektroterapia:

- Jonoforeza – zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo. Zastosowanie: w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządów ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek, w przypadku silnych dolegliwości bólowych.
- Galwanizacja, Diadynamik– zabieg stymulujący mięśnie, łagodzący ból. Pomaga w chorobach nerwów obwodowych, a także przy dolegliwościach reumatycznych, zmniejsza napięcie mięśniowe. Zastosowanie: leczenie zespołów bólowych kręgosłupa, nerwobólach, chorobie zwyrodnieniowej stawów, stanach pourazowych, zanikach mięśni z nieczynności, porażeniu obwodowego nerwu twarzowego, pólpaśca, odmrożeń, obrzęków.
- Interdyn – prądy interferencyjne średniej częstotliwości, w wyniku zastosowania następuje poprawa ukrwienia, działa przeciwbólowo, wpływa na autonomiczny układ nerwowy. Zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, stany pourazowe, choroby reumatologiczne, neuralgie i zapalenia nerwów, choroba Sudecka.

- TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów) – metoda leczenia przewlekłych dolegliwości bólowych.

- Elektrostymulacja – zabieg z wykorzystaniem prądu o małej częstotliwości w celu pobudzenia mięśni. Zastosowanie: niedowłady, zaniki i osłabienie mięśni, stany po podrażnieniu mięśni lub po zdjęciu opatrunku, choroby układu nerwowo – mięśniowego, choroby układu krążenia.

- Prądy Träberta – prąd jednokierunkowy o średniej częstotliwości, o działaniu przeciwbólowym, zmniejszającym napięcie mięśni oraz przekrwionym. Zastosowanie: nerwobóle, mięśniobóle, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa, stany pourazowe, zaburzenia krążenia obwodowego.

b) Magnetoterapia:

- Magnetronic – terapia pulsującym polem magnetycznym niskiej częstotliwości. Zastosowanie: stany pourazowe, choroby reumatyczne, stany pooperacyjne, problemy geriatryczne, choroby centralnego i obwodowego systemu nerwowego.

c) Laseroterapia:

- Laser biostymulujący – zastosowanie: w leczeniu bólu kręgosłupa, po urazach narządów ruchu, po operacjach, w stanach wymagających gojenia ubytków tkankowych, w leczeniu zespołu Sudecka, w chorobie zwyrodnieniowej stawów, w goścu tkanek miękkich.

d) Światłolecznictwo:

- Sollux – leczenie światłem, promieniowaniem widzialnym i podczerwonym. Zastosowanie: łagodzenie bólu, łagodzenie stanów zapalnych, przyspieszenie gojenia ran.

e) Ultrasonoterapia:

- ultradźwięki, ultrafonoforeza – zabiegi wykorzystujące fale ultradźwiękowe mające na celu poprawienie ukrwienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego, przyspieszenie gojenia tkanek po przebytych urazach, uśmierzenie bólu. Fonoforeza polega na wprowadzeniu przez skórę za pomocą ultradźwięków leków w postaci żelu.

f) Diatermia krótkofalowa i Terapuls:

- zabieg polegający na miejscowym przegrzaniu tkanek pod wpływem pola elektrycznego lub pola magnetycznego wielkiej częstotliwości, co przyczynia się do rozluźnienia mięśni i łagodzi odczucia bólu.

B. Kinezyterapia:

- a) Ćwiczenia w obciążeniu stawów kończyn i kręgosłupa.
- b) Ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa.
- c) Ćwiczenia czynno – bierne i bierne.
- d) Ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające, izometryczne.
- e) Nauka czynności lokomocyjnych.
- f) Ćwiczenia indywidualne z wykorzystaniem metod specjalistycznych takich jak: PNF, metoda McKenziego, kinesiotaping.
- g) Zajęcia grupowe z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii).

7. Potwierdzenie skuteczności planowanych działań

Fizjoterapia jest szczególnie przydatna w postępowaniu z chorymi na choroby reumatyczne bez podłoża zapalnego tzn. w różnych typach choroby zwyrodnieniowej stawów i zespołach bólowych z grupy reumatyzmu tkanek miękkich. Zalecana jest również z pewnymi ograniczeniami w reumatoidalnym zapaleniu stawów (rzs), chorobach z grupy seronegatywnych zapaleń stawów z zajęciem kręgosłupa oraz zaburzeniach metabolicznych, takich jak choroby wywołane przez kryształę. Metody te są nawet obligatoryjne i szczególnie efektywne w różnych typach choroby zwyrodnieniowej stawów, chorobach z grupy reumatyzmu tkanek miękkich i spondyloartropatiach (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa). Ponadto metody specjalistyczne do pracy z pacjentem- metoda McKenziego, znana na całym świecie zmniejszająca dolegliwości bólowe kręgosłupa, PNF-proprioreceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie i taping dynamiczny. Zabiegi proponowane w programie są metodami sprawdzonymi i stosowanymi od wielu lat. Istnieje wiele opracowań przeprowadzonych badań dotyczących skuteczności zabiegów fizjoterapeutycznych, gdzie wykazuje się znaczną poprawę zdrowia i jakości życia pacjentów.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

Według dr. n. med. Marka Krasuskiego, byłego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, do efektywnych metod profilaktyki niepełnosprawności należą aktywność fizyczna oraz rehabilitacja. Regularne i dostosowane do indywidualnych potrzeb zabiegi fizjoterapeutyczne poprawiają jakość życia oraz ogólny stan zdrowia pacjentów. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do aktywności społecznej i zawodowej. Osiągnięcie tego celu możliwe jest dzięki prowadzeniu wczesnej kompleksowej rehabilitacji medycznej, która staje się motorem rehabilitacji zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej. Rehabilitację medyczną należy rozumieć jako proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby³⁵. Natomiast w opinii obecnego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, dr. hab. n. med. prof. nadzw. Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Krystyny Księżopolskiej-Orłowskiej, profilaktyka i odpowiednio dobrane leczenie schorzeń układu kostno-stawowego mają na celu: „utrzymanie prawidłowej postawy ciała i siły mięśniowej oraz prawidłowego zakresu ruchów w obrębie stawów, a także zwiększenie codziennej aktywności fizycznej. Służą temu odpowiednio dobrane kinezyterapia, fizykoterapia i zaopatrzenie ortopedyczne”³⁶. Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy program Zgodnie z wytycznymi uznanych międzynarodowych towarzystw i instytucji naukowych (EULAR³⁷, OARSI³⁸, NICE³⁹, ACR OR⁴⁰) rehabilitacja ruchowa ma kluczowe znaczenie w terapii chorób układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza choroby zwyrodnieniowej stawów. Świadczenia z zakresu rehabilitacji powinny być udzielane przez wykwalifikowanych specjalistów posługujących się pewnym sprzętem o sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się z ekspertów z różnych dziedzin medycyny ściśle ze sobą współpracujących. Wielopłaszczyznowy program rehabilitacji należy dostosować do

³⁵ Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 roku, <http://krasuski.com/wytyczne.html>

³⁶ Zdrowe starzenie się: Biała Księga. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013

³⁷ European League Against Rheumatism, EULAR's position and recommendations, 2011

³⁸ McAlidon T.E., Babburu R.R., Sullivan M.C. et al.: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2014, 22: 363-388

³⁹ National Institute for Health and Care Excellence, Osteoarthritis: care and management, NICE 2014

⁴⁰ ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip
<http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Non-pharmacological%20%20Knee%20and%20Hip.pdf>

indywidualnych potrzeb chorego⁴¹. Wytyczne dr. n. med. Marka Krasuskiego, byłego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 r., określają m.in. procedury medyczne w podziale na rehabilitację wczesną oraz specjalistyczną. Wczesna obejmuje rehabilitację na oddziale intensywnej terapii oraz rehabilitację na oddziałach szpitalnych.

Rehabilitacja specjalistyczna dzieli się na wczesną (jw.) oraz dalszą, w tym: rehabilitację na oddziale rehabilitacji stacjonarnej, na oddziale rehabilitacji dziennej i w przychodni, poradni, zakładzie/gabiniecie fizjoterapii (kinezyterapia i metody specjalne, fizykoterapia i masaż, terapia zajęciowa, procedury psychologiczne, logopedyczne, socjoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne oraz w sprzęt pomocniczy)⁴². W raporcie dotyczącym niepełnosprawności opublikowanym w 2011 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, ang. World Health Organization) podkreślono konieczność umożliwienia osobom niepełnosprawnym odpowiedniego dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej, inwestowania w konkretne programy przeznaczone dla osób niepełnosprawnych oraz prowadzenia skutecznych kampanii edukacyjnych⁴³. WHO rekomenduje również zastosowanie rehabilitacji na poziomie społeczeństwa CBR (ang. community-based rehabilitation) w celu tworzenia polityki integracji ludzi z niepełnosprawnościami. Wytyczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (CBR Guidelines) opublikowane w 2010 r. przez WHO wskazują na możliwość wykorzystania rehabilitacji jako narzędzia służącego wdrażaniu Konwencji praw osób niepełnosprawnych.⁴⁴ Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej Według National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR) współczesne standardy i metody dowodów naukowych stanowią wyzwanie dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę badań klinicznych trudno określić uniwersalny schemat interwencji charakteryzujących się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem⁴⁵. Wyniki badań i przeglądów systematycznych wskazują na skuteczność rehabilitacji u osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, w tym z chorobą zwyrodnieniową stawów⁴⁶. Według przeglądu systematycznego Beumer 2016 rehabilitacja krótkoterminowa znacząco wpływa na złagodzenie bólu towarzyszącego chorobom układu mięśniowo-szkieletowego. Program

⁴¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2017 z dnia 16 marca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu”

⁴² Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 roku, <http://krasuski.com/wytyczne.html>

⁴³ WHO, Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/4/WHO_NMH_VIP_11.01_pol.pdf?ua=1

⁴⁴ WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/>

⁴⁵ Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), <http://www.ncddr.org/about.html>

⁴⁶ Bennell K., Hall M., Hinman R.S., Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes. *Osteoarth. Cartilage.* 2016,

terapeutyczny powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb chorego, którego należy na bieżąco informować o postępach w leczeniu oraz działaniach prozdrowotnych wskazanych w danym schorzeniu. Jednocześnie istnieje potrzeba prowadzenia randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych mających na celu potwierdzenie skuteczności klinicznej rehabilitacji średnio- i długoterminowej. Wnioski zgodne z powyższymi postulują również autorzy przeglądu systematycznego dokonanego w 2013 r. przez zespół Shengelia. Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz schorzenia kręgosłupa są odpowiedzialne za znaczny odsetek kosztów opieki zdrowotnej. Ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, siedzący tryb życia oraz rosnącą liczbę osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, obciążenie ekonomiczne spowodowane tymi schorzeniami będzie systematycznie wzrastać. Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną oraz związane z nią koszty, poprawa dostępu do wczesnego wykrywania i rehabilitacji medycznej schorzeń mięśniowo-szkieletowych powinna stanowić priorytet dla systemu ochrony zdrowia.

Niniejszy Program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami zdrowotnymi opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia, określonymi w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi. Program przewiduje realizację usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, niezbędnych do realizacji programu, połączonych z szkoleniami pracowników medycznych i edukacją zdrowotną skierowaną do zdefiniowanej grupy docelowej osób rehabilitowanych ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, stanowiąc logiczną całość, co można uznać za działania wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

9. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

- 1) Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Świadczenia, 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.

2) Pacjenci mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku według rozkładu zaproponowanego przez realizatora programu. Przynajmniej raz w tygodniu rehabilitacja, będzie prowadzona w godzinach 8:00 - 18:00.

3) O liczbie cykli terapeutycznych i ilości zabiegów dla jednego pacjenta decyduje podmiot medyczny realizujący program biorąc pod uwagę określone w niniejszym programie limity.

4) Realizator świadczeń poinformuje każdego uczestnika programu o obowiązujących zasadach oraz wyjaśni poszczególne etapy programu polityki zdrowotnej.

5) Zabiegi fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii.

6) Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą udzielane dobrowolnie i bezpłatnie, aż do wyczerpania środków przewidzianych w danym roku.

7) Pacjentów, będzie kwalifikował lekarz rehabilitacji lub magister fizjoterapii zatrudniony w podmiocie medycznym realizującym Program.

8) U każdego zakwalifikowanego pacjenta wykonane zostaną od 3 do 5 rodzajów procedur rehabilitacyjnych, przez okres minimum 10 dni, ustalonych zgodnie z istniejącym problemem zdrowotnym.

10. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej

1) Zakończenie udziału w Programie nastąpi z chwilą zakończenia zabiegów rehabilitacyjnych oraz po wypełnieniu przez pacjenta ankiety satysfakcji i wykonaniu przez fizjoterapeutę post-testu. Wyniki będą pomocne przy ewaluacji Programu.

2) Pacjenci otrzymają zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

3) Wcześniejsze zakończenie cyklu rehabilitacji będzie możliwe na wyraźne życzenie pacjenta na każdym etapie realizacji Programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

W ramach realizacji Programu podmiot leczniczy przeprowadzi akcję informacyjną skierowaną do personelu medycznego dotyczącą kwalifikowania pacjentów do programu. Zostanie udostępniona informacja pisemna dla lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów, a także zostanie zamieszczona informacja na temat realizacji programu na stronach www podmiotu leczniczego oraz gminy Będzino.

Informacja dla mieszkańców o realizacji Programu zamieszczona zostanie również na terenie sołectw, w siedzibie urzędu, stronie BIP.

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

1. Opracowanie projektu oraz zaplanowanie budżetu PPZ
2. Zaopiniowanie projektu PPZ przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
3. Podjęcie uchwały o przyjęciu do realizacji PPZ
4. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatorów PPZ zgodnie z art 8b ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych
5. Wybór realizatora i podpisanie umowy z realizatorem
6. Przeprowadzanie akcji informacyjnej o realizacji programu (poinformowanie mieszkańców gminy o możliwości udziału w programie):
 - druk plakatów i ulotek,
 - informowanie pacjentów przez personel medyczny lokalnych przychodni,
 - rozwieszenie plakatów na tablicach sołeckich, tablicy ogłoszeń w urzędzie gminy, przychodniach
 - umieszczenie komunikatu na stronie internetowej urzędu gminy oraz w mediach społecznościowych.
7. Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu programu:

- 1) zarejestrowanie się pacjenta ze stosownym skierowaniem, weryfikacja uprawnień do udziału w Programie (miejsce zamieszkania i zameldowania oraz dostępność rodzaju zabiegu oraz środków finansowych na ten rodzaj zabiegu),
- 2) wizyta wraz z przeprowadzeniem wywiadu przez podmiot leczniczy realizujący Program i wypełnienie formularza wywiadu (wzór formularza wywiadu stanowi załącznik do niniejszego programu),
- 3) ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji,
- 4) podjęcie decyzji o udziale pacjenta w Programie, dokonanie przez podmiot medyczny realizujący program odpowiedniej adnotacji na skierowaniu,
- 5) zaplanowanie indywidualnego postępowania rehabilitacyjnego (fizjoterapeutycznego), stanowiącego integralną część fizjoterapii, które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem,
- 6) wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta przed przystąpieniem do programu (wzór ankiety stanowi załącznik do programu),
- 7) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich,
- 8) wdrożenie programu zdrowotnego,
- 9) uruchomienie cyklu zajęć z gimnastyki rehabilitacyjnej,
- 10) wypełnienie ankiety ewaluacyjnej przez pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacji,
- 11) przekazanie pacjentowi zaleceń oraz informacji na temat możliwości dalszej rehabilitacji lub korzystania z prowadzonych na terenie gminy programów zdrowotnych i działalności związanych z promocją zdrowia,
- 12) końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego dokonana przez personel i dołączona do dokumentacji pacjenta.

8. Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację.

9. Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2026 (raport okresowy).

10. Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2027 (raport okresowy).

11. Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2028 (raport okresowy).

12. Zakończenie realizacji PPZ.

13. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz z załączonym pierwotnym

projektem, który został wdrożony do realizacji.

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

Koordynatorem programu będzie gmina Będzino. 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. 2022r. po.633 z późn. zm.)
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (DZ.U. 2013 poz. 1522),
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarki, asystentów medycznych i edukatorów medycznych,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

3. Kompetencje / warunki niezbędne do realizacji programu

a) warunki lokalowe:

- lokal położony w Będzinie, posiadający wszelkie niezbędne prawem odbiory i decyzje,
- wejście do obiektu wyposażone w dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- poręczce i uchwyty w węzłach sanitarnych,
- gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy.

b) wymagania dotyczące personelu:

- magister fizjoterapii

c) wyposażenie do zabiegów fizykoterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:

- aparat do elektroterapii;
- aparat do ultradźwięków;
- aparat do magnetoterapii;
- aparat do laseroterapii punktowej – Astar Combo
- aparat dwukanałowy do elektroterapii
- elektrofonoforeza
- lampa Sollux

d) wyposażenie sali kinezyterapii

- stół rehabilitacyjny,
- drabinki rehabilitacyjne,
- materace gimnastyczne,
- rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,
- przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego;
- UGUL lub inny system spełniający jego rolę,
- stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki,
- rower stacjonarny
- stepper
- lustro korekcyjne
- piłki i wałki rehabilitacyjne

e) wymagane warunki dotyczące pomieszczeń:

- zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2 m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 2022 poz.1876), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2022 poz.

1555) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019 poz. 1781).

Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie (załącznik) przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnicy programu muszą zostać poinformowani o źródłach finansowania programu. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia. Uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy gminą Będzino, a realizatorem.

4. Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej.

Jakość świadczeń w programie oceniają pacjenci w ankiecie ewaluacyjnej wypełnianej po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego.

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Planowane koszty jednostkowe i całkowite.

Koszty całkowite realizacji programu oszacowano na 360000,00 zł.

Koszty roczne wynoszą po 120000,00 zł rocznie, za każdy rok trwania programu, tj.: 2026 r., 2027 r., 2028 r.

Na kwotę kosztów całkowitych składają się wszystkie koszty poszczególnych składowych tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, utrzymania pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji, obsługi administracyjno – księgowej, ewaluacji i monitorowania, itp.

2. Koszty programu wg ilości i rodzajów zabiegów

Koszty programu ujęto w złotych polskich brutto.

Tabela przedstawia budżet programu - koszty jednostkowe w ujęciu rocznym z podziałem na poszczególne lata programu (na lata 2026, 2027, 2028).

rodzaj zabiegu/ opis przeprowadzanego działania	2026r.			2027r.			2028r.		
	ilość zabiegów/ działań	koszty jednostkowe w zł - max	Koszt całkowity zł brutto	ilość zabiegów/ działań	koszty jednostkowe w zł - max	Koszt całkowity zł brutto	ilość zabiegów/ działań	koszty jednostkowe w zł - max	Koszt całkowity zł brutto
koszty bezpośrednie									
koszt wizyty wstępnej (koszt przeprowadzenia pełnej diagnostyki funkcjonalnej pacjenta i opracowania indywidualnego planu rehabilitacji koszt konsultacji specjalisty (łącznie 300 wizyt)	100	80	8000	100	80	8000	100	80	8000
koszt wizyty wstępnej (koszt przeprowadzenia pełnej diagnostyki funkcjonalnej pacjenta i opracowania indywidualnego planu rehabilitacji koszt konsultacji fizjoterapeutycznej z utworzeniem indywidualnego planu rehabilitacji (łącznie 300 wizyt)	100	60	6000	100	60	6000	100	60	6000
koszt wizyty końcowej (indywidualna porada fizjoterapeutyczna) (łącznie 300 wizyt)	100	60	6000	100	60	6000	100	60	6000
koszt opracowania materiałów edukacyjnych	1	1000	1000						
koszt druku materiałów edukacyjnych (łącznie 300 broszur)	100	10	1000	100	10	1000	100	10	1000
organizacja zajęć grupowych z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii)	3 grupy *10h = 30h	80	2400	4 grupy *10h = 40h	80	3200	4 grupy *10h = 40h	80	3200

koszt instruktora prowadzącego zajęcia 10 grup * 10h = 100h łącznie									
koszt fizjoterapeuty przeprowadzającego zbiorowe działania edukacyjne (15 działań * 2h = 30h łącznie)	5 działa ń * 2h = 10h	80	800	5 działa ń * 2h = 10h	80	800	5 działa ń * 2h = 10h	80	800
sollux	300	15	4500	396	15	5940	396	15	5940
laser	500	15	7 500	500	15	7500	500	15	7500
laseroterapia punktowa	480	15	7 200	480	15	7200	480	15	7200
galwanizacja	40	15	600	40	15	600	40	15	600
jonoforeza	150	15	2 250	150	15	2250	150	15	2250
diadynamic	150	15	2 250	150	15	2250	150	15	2250
interdyn	150	15	2 250	150	15	2250	150	15	2250
prądy Trauberta	30	15	450	30	15	450	30	15	450
prądy kotz'a	20	15	300	20	15	300	20	15	300
tens	550	15	8 250	550	15	8250	550	15	8250
elektrostymulacja	10	15	150	10	15	150	10	15	150
magnetronic	500	15	7 500	500	15	7500	500	15	7500
diatermia	10	15	150	10	15	150	10	15	150
ultradźwięki	400	15	6 000	400	15	6000	400	15	6000
ultrafonoforeza	150	15	2 250	150	15	2250	150	15	2250
ćwiczenia wspomagane	200	30	6 000	200	30	6000	200	30	6000
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	400	15	6 000	400	15	6000	400	15	6000
indywidualna praca z pacjentem/masaż	200	50	10000	200	50	10000	200	50	10000
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem	450	20	9 000	448	20	8960	448	20	8960
ćwiczenia izometryczne	80	20	1 600	80	20	1600	80	20	1600
nauka czynności lokomocji	10	20	200	10	20	200	10	20	200

inne formy usprawniania	100	20	2 000	100	20	2000	100	20	2000
koszty pośrednie									
koszt informacji i promocji	1	1200	1200						
koszty obsługi administracyjno - księgowo	1	3600	3600	1	3600	3600	1	3600	3600
koszty ewaluacji i monitorowania	1	3600	3600	1	3600	3600	1	3600	3600
Łącznie:			12000 0			12000 0			12000 0

W kalkulacji założono, że interwencji w Programie można poddać 100 uczestników rocznie (łącznie 300 osób), którzy skorzystają z dwóch konsultacji, rehabilitacji medycznej zaplanowanej w indywidualnym planie rehabilitacji (w ilości średnio 4,5 zabiegi dziennie na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni) oraz edukacji. W przypadku innej niż ww. szacunkowa ilość osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem i stanem, jednakże suma kosztów ogólnych nie może przekroczyć budżetu Programu.

3. Koszty całkowite (w zł polskich brutto)

lp.	rodzaj kosztu	rok 2026	rok 2027	rok 2028
1.	koszty bezpośrednie	111600	12800	12800
2.	koszty pośrednie	8400	7200	7200
	ogółem:	120000	120000	120000
	razem:	360000		

2. Źródła finansowania (budżet Programu)

Podział kosztów z uwzględnieniem źródła finansowania w poszczególnych latach realizacji programu.

Rok	Koszt programu	Źródło finansowania	%
2026	120.000,00	Gmina Będzino – dotacja celowa w rozumieniu art.	100%

		114-116 ustawy o działalności leczniczej	
2027	120.000,00	Gmina Będzino – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy o działalności leczniczej	100%
2028	120.000,00	Gmina Będzino – dotacja celowa w rozumieniu art. 114-116 ustawy o działalności leczniczej	100%

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Koszty realizacji Programu wyliczono na podstawie szacowanych danych o ilości planowanych świadczeń oraz kosztów jednostkowych zabiegów wycenionych przez NFZ na terenie kraju na podobne zabiegi z NFZ. Liczbę zabiegów ustalono szacunkowo w oparciu o dane pozyskane z oddziału lubuskiego NFZ oraz podmiotu realizującego świadczenia od 2024 r. w Biesiekierzu w ramach kontraktu z NFZ. Koszty jednostkowe do programu ustalono wykorzystując dane z Zarządzenia nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń, ale z założeniem że traktujemy te stawki jako stawki maksymalne. Zaplanowane na realizację koszty programu są w optymalnej wysokości, gwarantującej szeroki dostęp do programu dla wszystkich potencjalnych pacjentów.

VI. Monitorowanie i ewaluacja efektów

1. Monitorowanie

1.1 Ocena zgłaszalności do programu

„Zgłaszalność” do programu ocenia się na podstawie liczby osób zgłoszonych do udziału w programie. Podmiot leczniczy realizujący program jest zobowiązany do informowania Wójta Gminy Będzino o liczbie pacjentów objętych programem na dzień 30 czerwca w terminie do 15 lipca oraz na dzień 31 grudnia w terminie do 15 stycznia.

Dodatkowo określana będzie liczba osób niezakwalifikowanych z powodu zdrowotnych tj. przeciwwskazań lekarskich oraz liczba osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz liczba wykonanych zabiegów i liczba osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie realizacji programu.

Monitorowanie będzie prowadzone w trakcie trwania Programu oraz po jego zakończeniu na podstawie list uczestnictwa.

Monitoring będzie obejmował:

1. analizę zgłaszalności do Programu:

- 1) liczbę osób biorących udział w Programie,
- 2) liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (analiza wskazanych powodów),
- 3) liczba osób, które zrezygnowały z własnej woli z udziału w Programie w trakcie jego trwania (analiza przyczyn rezygnacji),
- 4) liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę wstępną,
- 5) liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali końcową wizytę fizjoterapeutyczną,
- 6) liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji,
- 7) liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji,
- 8) liczba wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów,
- 9) liczba osób, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych,
- 10) liczba osób, które uczestniczyły w grupowych zajęciach z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii).

2. analizę jakości świadczeń:

- 1) analiza wyników „ankiety satysfakcji pacjenta”, Jakość świadczeń w programie oceniają pacjenci w ankiecie ewaluacyjnej wypełnianej przed i po zakończeniu cyklu terapeutycznego.

2) analiza pisemnych uwag zgłaszanych przez pacjentów, dotyczących realizacji Programu.

3. Ocena efektywności programu

Pierwsza ocena efektywności programu zostanie dokonana po zakończeniu pierwszego roku trwania programu, tj. według danych na dzień 31 grudnia 2026 roku, w terminie do 31 stycznia 2027 roku. Zostanie ona sporządzona przez realizatora programu na podstawie ankiet zebranych od pacjentów (załącznik do programu) oraz raportów miesięcznych (załącznik), a także lokalnych danych epidemiologicznych. Podobne zasady sprawozdawczości, będą obowiązywać w kolejnych latach realizacji programu. Na zakończenie programu w taki sam sposób odbędzie się końcowa ocena efektywności programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja, będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie umieszczony w sprawozdaniu końcowym oraz raporcie końcowym z realizacji całego PPZ, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Dodatkowo na podstawie określonych mierników, co roku będzie prowadzona ewaluacja roczna. tj.:

- 1) Odsetek liczby osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS^1) oraz ostatnim dniu (VAS^0) otrzymywania świadczeń w programie ($VAS^0 < VAS^1$) o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica).
- 2) Liczba mieszkańców gminy, którzy wzięli udział w programie.
- 3) Liczba mieszkańców gminy, u których przeprowadzono badania wstępne.
- 4) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, z określeniem wieku i typu schorzenia.

- 5) Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej.
- 6) Odsetek liczby osób, u których nastąpiła poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno - stawowego i mięśniowego.
- 7) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, która na skutek udziału w projekcie zaczęła wykonywać samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych i innych formach aktywności ruchowej.
- 8) Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu.
- 9) Liczba osób, które na skutek udziału w programie, osiągnęła poprawę swojego stanu zdrowia na tyle, że nie zrezygnowała z dotychczasowej aktywności zawodowej (dalej pozostała aktywna zawodowo).
- 10) Liczba osób, która na skutek udziału w projekcie i wdrożeniu rehabilitacji poprawiły swoją sprawność i stan zdrowia i szybciej powróciły na rynek pracy.

VII. Bibliografia

1. GUS – sytuacja osób starszych w Polsce w 2024r.
2. Polityka ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018r. poz 469 z późn. zm.)
5. Strona Ministerstwa Zdrowia – www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl - <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-potrzeb-na-lata-2027-2031/>
6. Regionalny Program Zdrowotny województwa zachodniopomorskiego
7. Dane Urzędu Gminy Będzino
8. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation
9. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dośw,
10. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3
11. Dane WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
12. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain (<https://spine.org>)
13. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 45(3)
14. Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020
15. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych (<https://www.zus.pl>)
16. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/4

17. Konieczny G, Wrzosek Z, Wybrane dysfunkcje narządu ruchu Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011
18. Kozubski W, Liberski P. Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003
19. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021r. W sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69)
20. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guidelne Centre, February 2014 (www.nice.org.uk)
21. 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
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (DZ.U. 2013 poz.931)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (DZ. U. 2021 poz. 2144)
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz.642)

3. Oświadczenia

- 1) Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celu prowadzenia poszczególnych zabiegów.
- 2) Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości rezygnacji z udziału w programie, w każdym momencie jego realizacji, po złożeniu pisemnej rezygnacji z uczestnictwa, bez podawania przyczyn rezygnacji.
- 3) Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o przeciwwskazaniach do wykonania poszczególnych zabiegów i dających się przewidzieć ich następstwach. Przekazana informacja była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.
- 4) Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w Programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- 5) Oświadczam, że w chwili aplikowania do programu „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028” mieszkam i jestem zameldowany(ana) na terenie gminy Będzino w rozumieniu Kodeksu cywilnego⁴⁷.
- 6) Oświadczam, że wyrażam zgodę na weryfikację mojego miejsca zamieszkania i zameldowania przez pracownika urzędu gminy Będzino. W związku z powyższym wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych urzędowi gminy Będzino, w celu przeprowadzenia weryfikacji.
- 7) Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), o tym, że Program „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028” finansowany jest ze środków gminy Będzino.
- 8) Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 6 miesięcy.
- 9) Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.
- 10) Oświadczam, że przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

⁴⁷ Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia Kodeks cywilny (tj. Dz. U. 22024 r., poz. 1061) miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Zgodnie z powszechnie panującym zapatrywaniem — samo zameldowanie, będące kategorią prawa administracyjnego, nie przesądza o miejscu zamieszkania. Wobec powyższego należy wskazać miejscowość w której faktycznie się przebywa z zamiarem stałego pobytu.

- 11) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem tego programu.
- 12) Oświadczam, że otrzymałem(am) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....
(data i podpis Uczestnika Programu)

Załącznik nr 2 (wzór)

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby gminnego programu zdrowotnego „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

Data rozpoczęcia udziału w Programie	
Data zakończenia udziału w Programie	
Przyczyna zakończenia udziału w Programie	

Wywiad:

Rozpoznana(e) jednostka(i) chorobowa(e) kwalifikująca(e) do udziału w Programie:	
Dolegliwości występujące u pacjenta:	

Choroby współistniejące:

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			ciąża		

gruźlica			inne		
niewydolność serca					
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja na zabieg(i) rehabilitacyjny(e):

.....
.....

.....
(podpis pacjenta)

Adnotacje przeprowadzającego wywiad:

.....
.....
.....
.....

.....
(pieczeńć i podpis)

Załącznik nr 3 (wzór)

Świadczenia uzyskane przez beneficjentów w ramach Programu „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

Potwierdzam udział we wstępnej wizycie podczas, której została: - przeprowadzona pełna diagnostyka funkcjonalna mojej osoby, - zaplanowano dla mnie indywidualny plan rehabilitacyjny, - udzielono mi informacji na temat charakteru i przebiegu choroby (schorzeń), - udzielono mi informacji w zakresie edukacji, samoleczenia oraz chorób współistniejących, - otrzymałem(am) materiały edukacyjne.			(Data i podpis Uczestnika)
Indywidualny plan rehabilitacji (rodzaj zabiegu)	nazwa przypisanego pacjentowi zabiegu	nazwa przypisanego pacjentowi zabiegu	nazwa przypisanego pacjentowi zabiegu
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
Indywidualny plan rehabilitacji (rodzaj zabiegu)	nazwa przypisanego pacjentowi zabiegu	nazwa przypisanego pacjentowi zabiegu	

(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
Potwierdzam udział w wizycie końcowej podczas, której uzyskałem(am): - indywidualną poradę fizjoterapeutyczną, podczas której fizjoterapeuta pracujący ze mną omówił dotychczasowy mój stan i - przedstawił mi przykładowe ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w domu.			(Data i podpis Uczestnika)
Oświadczam, że wziąłem jednorazowy udział 2h zbiorowych działań edukacyjnych, tj. w wykładzie profilaktycznym.			(Data i podpis Uczestnika)
Oświadczam, że uczestniczyłem(am) w zajęciach z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii).			(Data i podpis Uczestnika)

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

Niniejszym zaświadczam, że:

Pan/i

mieszka i jest zameldowany(ana) na terenie gminy Będzino w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Będzino, dnia

.....

(pieczęć i podpis pracownika urzędu gminy Będzino weryfikującego zameldowanie do udziału w projekcie)

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5 (wzór)

Rezygnacja z udziału w Programie Polityki Zdrowotnej „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w programie:

„Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

Swoją rezygnację motywuję (przyczyna rezygnacji z programu):

.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

Załącznik nr 6 (wzór)

Ankieta satysfakcji uczestnika „Programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

Niniejsza ankieta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w Programie polityki zdrowotnej w zakresie „Rehabilitacji Lecznicznej Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

Proszę o udzielenie odpowiedzi stawiając znak „ X ” w odpowiednim polu. Ankieta jest anonimowa.

Płeć: Kobieta Mężczyzna

I. Pytania ogólne

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców gminy Będzino?					
czy jest Pan/Pani zadowolony(a) z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu					
czy świadczenia odbywały się zgodnie z harmonogramem? (wyznaczona data i godzina)					

II. Ocena rejestracji

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

możliwość telefonicznego połączenia z gabinetem fizjoterapii?					
---	--	--	--	--	--

III. 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?					

IV. Ocena warunków panujących w gabinecie

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?					

V. Ocena działań edukacyjnych wdrożonych w trakcie trwania programu

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brał(a) Pan(i) udział?					
	Bardzo przydatna	Przydatna	Średnio przydatna	Raczej nieprzydatna	Całkowicie nieprzydatna
W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pana(i) przydatna?					
	zdecydowanie tak	raczej tak	trudno powiedzieć	raczej nie	zdecydowanie nie
Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pana(i) kompetencje i umiejętności?					
Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pan(i) wykorzystywać na co dzień?					
Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?					
Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?					
Czy podobało się Panu(i) nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?					
Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?					
Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?					

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?					
Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?					

VI. Dodatkowe uwagi/opinie:

Dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik nr 7 (wzór)

Ankieta ewaluacyjna uczestnika programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

PRZED ROZPOCZĘCIEM ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH (pre-test)

1. Wypełnia fizjoterapeuta

imię i nazwisko

rozpoznanie

.....

.....

zaaplikowane zabiegi:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

2. Wypełnia pacjent

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

dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ból											
ograniczona ruchomość											
osłabiona siła mięśni											

zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
obrzęk											
zmiany skórne											
niesprawność fizyczna											
inne											

Pozostałe mierniki efektywności:

1. Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

2. Czy w ostatnim czasie (np.: w ciągu ostatniego pół roku) stwierdził(a) Pan(i) pogorszenie się jakości swojego życia, np.: na skutek postępu procesów chorobowych dotyczących: układu kostno - stawowego i mięśniowego?.

1 2 3 4 5

3. Czy w ostatnim czasie (np.: w ciągu ostatniego pół roku) stwierdził Pan(i) nasilenie się objawów bólowych?.

1 2 3 4 5

4. Czy wykonuje Pan(i) samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych lub inne formy aktywności ruchowej, jak sport, spacer, itd.).

TAK NIE

5. Jeżeli **tak**, to proszę napisać rodzaj aktywności fizycznej, którą Pan(i) uprawia:

.....

oraz proszę zaznaczyć X, jak ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) aktywność fizyczną?.

1-2 razy w tygodniu 3-4 razy w tygodniu 5-6 razy w tygodniu codziennie

6. Czy uprawianie aktywności fizycznej wpływa pozytywnie na stan Pana(i) zdrowia i samopoczucia?. Na pytanie 5 odpowiadają osoby, które zaznaczyły odpowiedź tak w 4 pytaniu.

7. Czy Pana(i) poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu jest wysoki?.

TAK NIE

.....
(podpis pacjenta)

Załącznik nr 8 (wzór)

Ankieta ewaluacyjna uczestnika „Programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja Lecznicza Mieszkańców Gminy Będzino na lata 2026 – 2028”.

PO ZAKOŃCZENIU ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH (post-test)

1. Wypełnia fizjoterapeuta

imię i nazwisko

rozpoznanie

.....

.....

zaaplikowane zabiegi:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

2. Wypełnia pacjent

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

dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ból											
ograniczona ruchomość											
osłabiona siła mięśni											

zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
obrzęk											
zmiany skórne											
niesprawność fizyczna											
inne											

Pozostałe mierniki efektywności:

1. Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

2. Czy na skutek udziału w programie stwierdził(a) Pan(i) poprawę jakości swojego życia?

TAK NIE

3. Czy na skutek udziału w programie stwierdził(a) Pan(i) obniżenie objawów bólowych?.

TAK NIE

4. Czy na skutek udziału w programie rozpoczął(a) Pan(i) uprawiać aktywność fizyczną? (np.: zaczął(ęła) wykonywać samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych lub inne formy aktywności ruchowej, jak sport, spacer, itd.).

TAK NIE

5. Jeżeli **tak**, to proszę napisać rodzaj aktywności fizycznej, którą Pan(i) uprawia:

.....

oraz proszę zaznaczyć X, jak ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) aktywność fizyczną?.

1-2 razy w tygodniu 3-4 razy w tygodniu 5-6 razy w tygodniu codziennie

6. Czy uprawianie aktywności fizycznej wpływa pozytywnie na stan Pana(i) zdrowia i samopoczucia?. Na pytanie 5 odpowiadają osoby, które zaznaczyły odpowiedź tak w 4 pytaniu.

7. Proszę ocenić jakość udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych, w ramach realizacji programu, na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

8. Czy na skutek udziału w programie, wystąpiła u Pana(i) poprawa, zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących: układu kostno - stawowego i mięśniowego?.

TAK NIE

9. Czy na skutek udziału w projekcie zwiększył się Pana(i) poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wtórnej urazów, chorób układu nerwowego oraz chorób układu ruchu?.

TAK NIE

10. Czy dostarczone przez organizatora materiały edukacyjne zwiększyły Pana(i) wiedzę dotyczącą profilaktyki, tj.: znaczenia diety, aktywności fizycznej, wpływu stresu i używek na organizm człowieka oraz ćwiczeń wykonywanych w warunkach domowych.

11. Czy udział w zorganizowanych zajęciach grupowych z gimnastyki leczniczej (kinezyterapii) wpłynął pozytywnie na Pana(i) stan zdrowia i samopoczucia?.

TAK NIE

12. Czy działania edukacyjne, tj.: dwie indywidualne porady rehabilitacyjne, na wstępie i na zakończenie udziału w Programie, oraz udział w jednym spotkaniu zbiorczym miały wpływ na poprawę Pana(i) stanu zdrowia i poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki?.

TAK NIE

13. Czy na skutek udziału w programie, osiągnął Pan(i) na tyle poprawę swojego stanu zdrowia, że nie zrezygnuje z dotychczasowej aktywności zawodowej (dalej pozostanie osobą aktywną zawodowo)?.

TAK NIE

14. Czy na skutek udziału w projekcie i wdrożeniu rehabilitacji poprawił Pan(i) swoją sprawność i stan zdrowia i dzięki udziałowi w projekcie szybciej powrócił na rynek pracy?.

TAK NIE

.....
(podpis pacjenta)

Załącznik nr 9

Załącznik nr 2
do uchwały Nr.../2026
Rady Gminy Będzino z dnia2026

.....
(pieczęć realizatora programu)

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu zdrowotnego REHABILITACJA LECZNICZA MIESZKAŃCÓW GMINY BĘDZINO NA LATA 2026-2028

w miesiącu roku zgodnie z umową nr

Lp.	Miejscowość	Liczba uczestniczących w programie	Liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów	Liczba osób z wykrytymi schorzeniami i kwalifikującymi się do zabiegów objętych programem	Liczba osób ze wskazaniem do dalszego leczenia	Liczba uczniów ze wskazaniem dalszej rehabilitacji po zakończeniu programu	Liczba osób skierowanych do dalszego postępowania medycznego
1							
2							
3							
...							

Oświadczam, iż podana liczba osób jest zgodna z imienną listą z numerami PESEL osób objętych programem potwierdzającą fakt uczestnictwa w programie.

.....
(Data i podpis koordynatora programu ze strony zlecającego)

.....
Pieczęćka i podpis kierownika podmiotu leczniczego)

.....
(pieczęć realizatora programu)

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu zdrowotnego
REHABILITACJA LECZNICZA MIESZKAŃCÓW GMINY BĘDZINO
NA LATA 2026-2028

w miesiącu roku zgodnie z umową nr

Lp.	Miejscowość	Liczba uczestniczących w programie	Liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów	Liczba osób z wykrytymi schorzeniami i kwalifikującymi się do zabiegów objętych programem	Liczba osób ze wskazaniem do dalszego leczenia	Liczba uczniów ze wskazaniem dalszej rehabilitacji po zakończeniu programu	Liczba osób skierowanych do dalszego postępowania medycznego
1							
2							
3							
...							

Oświadczam, iż podana liczba osób jest zgodna z imienną listą z numerami PESEL osób objętych programem potwierdzającą fakt uczestnictwa w programie.

.....
(Data i podpis koordynatora programu ze strony zlecającego)

.....
Pieczęć i podpis kierownika podmiotu leczniczego)

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców gminy Będzino na lata 2026–2028” został opracowany w odpowiedzi na rosnące potrzeby zdrowotne mieszkańców gminy, związane z ograniczonym dostępem do rehabilitacji leczniczej w ramach świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych.

W szczególności dotyczy to osób starszych, przewlekle chorych, po przebytych urazach, zabiegach operacyjnych oraz z chorobami układu ruchu i nerwowego.

Celem programu jest zapewnienie mieszkańcom gminy szerszego dostępu do zabiegów fizjoterapeutycznych, zwiększenie samodzielności i sprawności, a także poprawa jakości życia i ograniczenie ryzyka długoterminowej niepełnosprawności.

Mieszkańcy gminy od ponad roku nie korzystają z zabiegów fizjoterapeutycznych. Planowane jest również zakontraktowanie zabiegów realizowanych przez gabinet fizykoterapeutyczny w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Aby zwiększyć ilościowo dostępność mieszkańców Gminy do leczenia, wskazane jest dodatkowe wspomaganie finansowe z budżetu gminy udzielane w ramach tworzonego programu zdrowotnego.

Program polityki zdrowotnej finansowany ze środków własnych gminy uzupełniałby świadczenia planowane do zakontraktowania w ramach NFZ i pokrywałby tzw. nad wykonania. Wobec zaistniałych okoliczności przedmiotowy program jest najlepszym narzędziem wspomagającym społeczność lokalną w zakresie rehabilitacji. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w jakiegokolwiek formie przewidzianej w art. 3-5 ustawy o działalności leczniczej może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia w tym dotacje celowe otrzymywane z budżetu jednostki samorządu terytorialnego na realizację zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia i przeciwdziałania patologiom społecznym w oparciu o dyspozycje art. 114-116 ustawy o działalności leczniczej.