

**UCHWAŁA NR XVIII/116/25
RADY MIEJSKIEJ W INOWŁODZU**

z dnia 28 sierpnia 2025 r.

**w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców Gminy Inowłódz na lata 2026 - 2027**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 i art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146; zm.: Dz. U. z 2024 r. poz. 858, poz. 1222, poz. 1593, poz. 1615 i poz. 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, poz. 304, poz. 620, poz. 637 i poz. 779) Rada Miejska w Inowłodzu uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji **Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowłódz na lata 2026 - 2027**, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Inowłodza.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miejskiej w Inowłodzu

Roman Rodakowski

**Program polityki zdrowotnej
w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
Gminy Inowłódz
na lata 2026-2027**



Inowłódz 2025 r.

Spis treści:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I. 1. Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	6
I. 3. Opis obecnego postępowania	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	8
II. 1. Cel główny	8
II. 2. Cele szczegółowe	8
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	8
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	9
III. 1. Populacja docelowa	9
III. 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	9
III. 3. Planowane interwencje	10
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	11
III. 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	12
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	12
IV. 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	12
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	13
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	13
V. 1. Monitorowanie	13
V.2. Ewaluacja	13
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	14
VI.1. Koszty jednostkowe	14
VI.2. Koszty całkowite	15
VI.3. Źródła finansowania	15
VII. Bibliografia	16
VIII. Załączniki	17

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

I. 1. Opis problemu zdrowotnego

Niepełnosprawność wg definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oznacza ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. W nadchodzących latach niepełnosprawność będzie jeszcze większym problemem, ze względu na to, że częstość jej występowania wzrasta. Wynika to ze starzenia się społeczeństw i większego ryzyka niepełnosprawności u osób w podeszłym wieku, jak również ogólnoswiatowego wzrostu występowania schorzeń przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i zaburzenia zdrowia psychicznego. Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Nielezione i niepoddawane 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, 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. Na dzień 31 grudnia 2023 r. 3 083,8 tys. osób posiadało orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. Orzeczenie może zawierać nie więcej niż trzy symbole przyczyn niepełnosprawności. Każdy symbol stanowi samodzielną przyczynę niepełnosprawności lub jej stopnia. Ponad połowa osób posiadała orzeczenie z jedną przyczyną, a blisko 40% z dwiema przyczynami niepełnosprawności. Największa liczba osób posiadała orzeczenie wydane z powodu upośledzenia narządu ruchu (1 393,1 tys.), a najmniejsza z powodu epilepsji (74,2 tys.). Źródło danych GUS

Zgodnie z definicją WHO, rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych, w tym zaburzeń, urazów lub przeżyć. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu. Poza niezaprzeczalną korzyścią dla pacjenta, proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wcześniejsze zakończenie zwolnienia lekarskiego) oraz na zwiększenie PKB (wcześniejszy powrót do pracy lub większa wydajność pracownika dotkniętego schorzeniem).

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 świadczeń.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.

fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).

masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

Choroby układu kostno-mięśniowego (ChUMS) to szeroka grupa schorzeń, które dotyczą kości, stawów, mięśni, ścięgien i więzadeł, prowadząc do utraty sprawności fizycznej i pogorszenia jakości życia. Do najczęstszych zalicza się osteoporozę, choroby zwyrodnieniowe stawów, zapalenia stawów (np. reumatoidalne), oraz choroby tkanki łącznej.

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza).

Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych. 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 pacjenta. Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek. 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 stawów. 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 ortopedyczne. 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 użytkowaniem, przemoczeniem i przeciążeniem.

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

Działania zaproponowane w programie służyć mają zapobieganiu niepełnosprawności wśród mieszkańców gminy Inowłódz dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Inowłódz w 2025 r. zaplanowano w odpowiedzi na ograniczoną na terenie gminy dostępność do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2024 nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej z podmiotem świadczącym usługi na terenie Gminy Inowłódz (<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>).

Zgodnie z Wojewódzkim Planem Transformacji dla Województwa Łódzkiego na lata 2022 – 2026 na terenie, którego położona jest gmina Inowłódz liczba dziennych ośrodków rehabilitacji ogólnej/100 tys. ludności w 2023 r. wyniosła 1,35 (na poziomie zbliżonym do średniej dla Polski), ale przeciętny czas oczekiwania na realizację świadczeń w grudniu 2023 r. wynosił 251 dni (dane z BASiW). Region w 2023 r. miał najbardziej niekorzystny w skali kraju bilans migracji pacjentów (-441).

Zaplanowany Program Polityki Zdrowotnej dla Gminy Inowłódz wpisuje się w krajowe i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia, jego zakres jest zgodny z:

· Krajowym Planem Transformacji na lata 2022-2026 ustalonym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji; Działanie 2.8.1. Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
- 2) zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

· Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025; cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne:

3. Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych; zadanie nr 10 służące realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne: Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnianie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy.

· Ramami Strategicznymi Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ; Kierunek interwencji:

1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:

- 1) poprawy świadomości zdrowotnej populacji;
- 2) poprawy stanu zdrowia ludności;
- 3) zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju;
- 4) zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem.

· Aktualizacją Wojewódzkiego Planu Transformacji dla Województwa Łódzkiego na lata 2022-2026 ogłoszonym w obwieszczeniu Wojewody Łódzkiego z dnia 30 grudnia 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2024 r. poz. 10919); Działanie 2.6 Rehabilitacja medyczna. Oczekiwane rezultaty: Poprawa dostępności do rehabilitacji ogólnej w warunkach dziennych, ograniczenie migracji pacjentów oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

·Strategią Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027,

Cel operacyjny 2.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

·Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Inowódz na lata 2020-2027, cel strategiczny 2: utrzymanie seniorów, osób niepełnosprawnych w środowisku zamieszkania:

ograniczenie skutków niepełnosprawności oraz tworzenie warunków społecznych i zawodowej aktywności osób nią dotkniętych.

I. 2. Dane epidemiologiczne

Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, w 2019 r., wskazuje, że zarówno w Polsce, jak i w UE, odpowiednio na trzecim oraz drugim miejscu w rankingu najważniejszych problemów zdrowotnych znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa.

Z danych statystycznych GUS Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. (2021 r.) wynika, że drugim najwyższym odsetkiem wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych w 2019 r. były bóle dolnej partii pleców (25,8 %) i kolejno bóle szyi (16,1%), bóle środkowej partii pleców (15,7%), choroba zwyrodnieniowa stawów (15,5%) (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>).

W kontekście występowania w/w schorzeń według grup wiekowych u osób dorosłych wyniki wskazują, że blisko połowa ankietowanych mieszkańców Polski doświadcza długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych.

Najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi ponad 1/4 ogółu osób dorosłych (w wieku co najmniej 15 lat) były między innymi bóle dolnej partii pleców lub inne dolegliwości pleców, w tym bóle szyi, bóle środkowej partii pleców, choroba zwyrodnieniowa stawów. Częstość występowania tych schorzeń wzrastała wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. W grupie osób w wieku 30-49 lat dominowały, a w grupie wieku 50-59 należały do dwóch najczęstszych schorzeń, problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, na co skarżyło się 13,6% osób w wieku 30-39 lat, 24,0% w wieku 40-49 lat i 35,6% w wieku 50-59 lat. W 2019 roku kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały występowanie dolegliwości i chorób przewlekłych, w tym: choroby zwyrodnieniowe stawów (odpowiednio 20,1% kobiet i 10,4% mężczyzn) oraz bóle szyi (20,2%, 11,5%).

Z Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa łódzkiego (z 2016 r.) liczba hospitalizowanych pacjentów z tego powodu w województwie wyniosła 4,78 tys., z czego 0,15 tys. w powiecie tomaszowskim. Najczęściej występujące jednostki chorobowe, z powodu których nastąpiła hospitalizacja to choroby stawów (2,43 tys.), choroby kręgosłupa (2,14 tys.), choroby układowe tkanki łącznej (0,14 tys.) średni wiek pacjenta w powiecie tomaszowskim hospitalizowanego z powodu schorzeń układu kostno – mięśniowego to 67 lat (w tym w wieku 65+ - 61,33 %, w wieku 80 + - 16,67 %).

Zespoły bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przypadłości człowieka i choć nie stanowią zagrożenia życia, to są istotnym problemem współczesnej medycyny. Rekomendacja nr 4/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 na temat przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa (ZBK) potwierdza, że od 75 do 85% populacji doświadcza w ciągu całego życia co najmniej jednego epizodu bólu okolicy dolnego odcinka kręgosłupa. U ponad połowy z nich objawy ustępują samoistnie po 1-2 tygodniach, jednak u 80-90% pacjentów całkowity powrót do zdrowia następuje po około 8 tygodniach. Odsetek przypadków nawrotu jest wysoki (80%). Ból staje się dolegliwością przewlekłą u 10-15% pacjentów. Czas trwania pierwszego epizodu stanowi czynnik predykcyjny rozwoju przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa – gdy dolegliwości utrzymują się dłużej niż 14 dni, u pacjenta może rozwinąć się. Częstość występowania ZBK zwiększa się po 30 r.ż. i osiąga maksimum w wieku 55-64 lat. Ból dolnego odcinka kręgosłupa jest najczęstszą przyczyną ograniczeń w wykonywaniu czynności codziennych i pracy zawodowej oraz okresowej lub długoterminowej niepełnosprawności osób poniżej 45 r.ż. Uważa się, że w przypadku przerwy w pracy dłuższej niż 6 miesięcy do aktywności zawodowej wraca 50%. W przypadku osób nie pełniących obowiązków zawodowych powyżej 12 miesięcy, do aktywności zawodowej wraca jedynie 25% pacjentów. W Polsce, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn notuje się regularny wzrost liczby chorych hospitalizowanych z powodu bólu grzbietu. Analiza trendów współczynnika hospitalizacji z powodu bólu grzbietu w latach 2003-2011,

w poszczególnych grupach wiekowych w Polsce wykazała, że największe wartości współczynnika chorobowości szpitalnej z powodu bólu grzbietu dotyczyły najstarszych kobiet (po 65. r.ż.) i nieco młodszych mężczyzn (pomiędzy 55. a 64. r.ż.) W grupie osób powyżej 45 r.ż. częstość epizodów wzrasta ok. 3-krotnie w stosunku do osób młodszych. W 2012 r., w Polsce, współczynnik hospitalizacji z powodu bólu grzbietu wynosił 50/100 tys. mieszkańców w grupie kobiet oraz 39,1/100 tys. mieszkańców w grupie mężczyzn.

W diagnozie do Strategii Polityk Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2021 – 2027 w rozdziale analiza rehabilitacji zawarto informacje iż w Polsce było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ - 69.3 % były to osoby mieszkające w miastach w tym z rehabilitacji w formie dziennej korzystali w 75,4 % mieszkańcy miast. Czytamy także, że zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r. choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzejącym się społeczeństwie. Wśród najczęstszych rozpoznań z jakimi Polacy trafiali na rehabilitację dzienną wyróżnia się: choroby układu mięśniowo – szkieletowego (45,5%), choroby układu nerwowego (14,5%).

Ze świadczeń rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności skorzystało w Polsce 225 tys. pacjentów w tym najmniej odnotowano w woj. łódzkim (454). Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na rehabilitację stacjonarną wyróżnia się na drugim miejscu choroby układu mięśniowo- szkieletowego (42%), choroby układu krążenia (20,5%), choroby układu nerwowego (18,6%). Najwięcej łóżek w rehabilitacji stacjonarnej na 100 tys. ludności mieściło się w województwie zachodniopomorskim (261) najmniej zaś w łódzkim, lubuskim i lubelskim (po 67). Udział mieszkańców miast wynosi 69,3 %.

Wśród najczęstszych rozpoznań z jakimi pacjenci trafiali na rehabilitację ambulatoryjną wyróżnia się: choroby układu mięśniowo- szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%) (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>).

	Polska		Województwo łódzkie		Powiat tomaszowski	
	Ogółem	Liczba/100 tys. mieszkańców	Ogółem	Liczba/100 tys. mieszkańców	Ogółem	Liczba/100 tys. mieszkańców
Liczba rehabilitacyjnych porad lekarskich	1 696 499	4 508	189 465	8 020	4 146	3 747
Liczba wizyt fizjoterapeutycznych	5 675 779	15 081	391 484	16 571	16 640	15 041
Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych	263 275 888	699 523	17 422 317	737 447	794 122	717 792

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 3 064 060 Polaków. Liczby rehabilitacyjnych porad lekarskich, fizjoterapeutycznych i zabiegów fizjoterapeutycznych pokazuje tabela .1

Tabela 1 – dane epidemiologiczne

W powiecie tomaszowskim pacjentami rehabilitacji ambulatoryjnej w 65 % byli mieszkańcy miast, w 35% mieszkańcy wsi. W Gminie Inowłódz aktualnie nie ma komórki realizującej opiekę ambulatoryjną z zakresu rehabilitacji. Najbliższe placówki znajdują się w ościennych gminach (Lubochnia, Tomaszów Maz. Opoczno) uśredniony czas dojazdu samochodem to ok. 30 min. (dane te nie uwzględniają wykluczenia transportowego, braku komunikacji publicznej szczególnie dotyczące osoby starsze). Brak dostępu do świadczeń był wielokrotnie podnoszony i zgłaszany jako problem lokalnej społeczności na zebraniach sołeckich, posiedzeniach rady miejskiej oraz do komórek organizacyjnych Urzędu Miejskiego.

Zgodnie z celami operacyjnymi aktualnych dokumentów strategicznych dotyczących polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego, wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych szczególnie dla mieszkańców gmin na terenach wiejskich spowodowane min: brakiem placówek świadczących w/w usługi na miejscu, długim czasem oczekiwania, kosztami dojazdów do odległych placówek, istotne jest realizowanie programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji, w tym nakierowanych na wydłużenie okresu aktywności zawodowej w grupie osób w wieku produkcyjnym.

I. 3. Opis obecnego postępowania

Pacjentom dotkniętym problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), Ośrodka /oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10 – dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu. Realizowane są także na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego świadczenia dla dorosłych z chorobami układu ruchu uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskowa rehabilitacja w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz w ramach rehabilitacji społecznej i zawodowej przez PFRON.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. 1. Cel główny

Zmniejszenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2026 i 2027 roku.

II. 2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem sprawności fizycznej poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2026 i 2027 roku.

2. Zwiększenie o co najmniej 20% liczby mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2026 i 2027 roku.

Powyższe wartości docelowe przyjęto na podstawie konsultacji z przedstawicielami lokalnej służby zdrowia oraz przedstawicielami podmiotów realizujących zadania z zakresu rehabilitacji oraz na podstawie danych z realizacji analogicznych programów przez samorządy.

II. 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (ocena w skalach funkcjonalnych - Skala Rankina, Indeks Barthel, Skala FIM (Functional Independence Measure wykonana dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu).

2. Odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu).

3. Odsetek mieszkańców gminy Inowłódz w populacji objętej programem, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 60% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami). Przykładowy test stanowi załącznik nr 4 do programu.

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

III. 1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Inowłódz w wieku 50 r.ż. i więcej, z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. Populacja mieszkańców gminy Inowłódz liczy 3 721 osób (dane z ewidencji ludności UG w Inowłodzu według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.). Liczba mieszkańców gminy Inowłódz w wieku 50 lat i więcej wynosi 1605 osób (dane z ewidencji ludności UG w Inowłodzu według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.), co stanowi 43,11 % całej populacji.

W województwie łódzkim (2019 r.) na podstawie danych z analizy struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika chorobowość mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022 -2026 (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>) ustalono, że 43 % populacji województwa dotyczy problem zachorowalności na schorzenia układu kostno- stawowo i mięśniowego.

Analiza struktury problemów zdrowotnych wg wskaźnika chorobowość.

	Wiek 50 do 69 r. ż	Wiek 70+ r. ż.	Łącznie populacja 50 lat i więcej	
Populacja ludności woj. łódzkiego w przedziałach wiekowych	664 400	316 800	981 200	100 %
Populacja ludności woj. łódzkiego z chorobami układu mięśniowo – szkieletowego (w tym zapalenie kości i stawów, ból dolnego odcinka kręgosłupa, ból szyjnego odcinka kręgosłupa, inne zaburzenia układu mięśniowo -szkieletowego, dna moczanowa, reumatoidalne zapalenie stawów).	267 197	154094	421 291	43 %

Według danych statystycznych z Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z terenu Gminy Inowłódz tj. „Przychodni Rodzinnej” w Inowłodzu oraz „Kamed” w Spale łącznie jest zapisanych 2445 pacjentów zamieszkałych na terenie Gminy Inowłódz, w tym 1446 w wieku 50 + .

Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Inowłódz we wskazanej grupie wiekowej oszacowano na poziomie ok. 621 osób.

Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy Inowłódz obejmie łącznie na dwa lata programowe w (2026 – 2027) ok. 200 mieszkańców gminy (ok. 29% populacji docelowej).

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej:

- 1) zameldowanie/ zamieszkiwanie na stałe na terenie gminy Inowłódz;
- 2) wiek 50 r.ż. i więcej;
- 3) rozpoznanie choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego;
- 4) skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych;
- 5) pisemna zgoda uczestnika na udział w programie polityki zdrowotnej.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:

- 1) korzystanie, w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem do programu i w trakcie uczestnictwa w programie, ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego;
- 2) przeciwwskazanie dyskwalifikujące do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym, stwierdzone przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach programu.

III. 3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie:

1) ostateczna kwalifikacja pacjentów do udziału w programie:

- przez lekarza lub specjalistę rehabilitacji na podstawie kryteriów udziału w programie oraz wyniku badania fizykalnego i dotychczasowej dokumentacji medycznej;

2) konsultacja mgr fizjoterapii na początku i na końcu realizacji programu:

- ocena sprawności fizycznej,
- ocena dolegliwości bólowych;

3) indywidualny plan rehabilitacyjny opracowany przez mgr fizjoterapii:

- na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza lub specjalistę rehabilitacji;

4) zabiegi rehabilitacyjne realizowane przez fizjoterapeutę:

- zabiegi fizjoterapeutyczne: masaż klasyczny, kinezyterapia miejscowa (ćwiczenia bierne, izometryczne, czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu, czynne, synergistyczne, oddechowe, wyciągi), elektrolecznictwo (jonoforeza, prądy TENS, elektrostymulacja, ultradźwięki miejscowe), leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo (laseroterapia punktowa) inne niezbędne zalecane przez specjalistów rehabilitacji ;

5) działania edukacyjne w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza lub specjalistę rehabilitacji lub mgr fizjoterapii,

- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz zasady ergonomii w życiu codziennym i pracy, ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych i rekomendacjach ekspertów:

1) rekomendacje NSF 2010 (National Stroke Foundation) oraz VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji;

2) u wielu pacjentów dolegliwości bólowe w zakresie kręgosłupa nie mają złożonego charakteru i wymagają wykonania kilku prostych niskonakładowych zabiegów z zakresu fizjoterapii (masaż, proste zabiegi fizykoterapii i kinezyterapii). W takich przypadkach postępowanie fizjoterapeutyczne powinno opierać się na prostej ocenie stanu pacjenta i na jej podstawie zaplanowaniu terapii. Można to osiągnąć przeprowadzając badanie funkcjonalne oraz ocenę palpacyjną mającą na celu ustalenie, które mięśnie i więzadła odpowiadają za powstawanie dolegliwości bólowych. Ocena ta stanowi podstawę do ustalenia strategii postępowania fizjoterapeutycznego w formie zabiegów masażu, fizykoterapii i kinezyterapii (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 2017; 19(3): 323–334 <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2017.69299>);

3) zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;

4) nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);

5) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).

6) ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).

7) edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowia Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r. należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitacja. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Celem działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących powinno być przywrócenie osobom objętych wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej. Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta. Zaplanowane w programie interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265).

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

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu, w trybie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 z późn. zm.), podmiocie leczniczym. Zakłada się, że zabiegi indywidualne z fizjoterapeutą prowadzone będą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni (w sumie średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta).

W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w programie. Należy podkreślić, że plan rehabilitacji będzie indywidualnie dostosowany do potrzeb i możliwości wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Pacjenci otrzymają instruktaż w zakresie automasażu, autokinezyterapii (po maksymalnie dwie czynności) wykonywanych w warunkach domowych, również po zakończeniu uczestnictwa w programie. Zajęcia edukacyjne obejmować będą po 1 spotkaniu w wymiarze 1 godziny w grupach max. 20-osobowych.

Realizator programu powinien zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, która umożliwi przeprowadzenie programu oprócz działalności podstawowej w ramach kontraktu z NFZ.

Podmiot leczniczy musi mieć swoją siedzibę na terenie gminy Inowłódz lub znajdować się maksymalnie w odległości do 20 km poza terenem gminy Inowłódz, aby zapewnić optymalny dostęp do świadczeń w ramach programu.

III. 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

Dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez AOTMiT oraz Wojewodę Łódzkiego , przyjęcie uchwały w sprawie realizacji programu (III kwartał 2025 r.);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026 r.);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026 r.);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-XII 2026 r., 2027 r.):
 - dotarcie z informacją o programie do osób spełniających kryteria udziału (działania informacyjno – promocyjne pozwalające na uzyskanie, jak największej zgłaszalności do programu
 - rekrutacja uczestników do programu na podstawie spełniania kryteriów oraz badania lekarza POZ lub specjalisty rehabilitacji,
 - konsultacja mgr fizjoterapii na początku i na końcu programu w celu opracowania indywidualnych planów rehabilitacji oraz oceny efektywności podjętych działań,
 - realizacja indywidualnych planów rehabilitacji przez fizjoterapeutę,
 - edukacja zdrowotna przez lekarza POZ lub specjalistę rehabilitacji lub mgr fizjoterapii,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
 - ulotka, strona www. UG, portale społecznościowe, bezpośrednie kontakty realizatora z potencjalnymi uczestnikami programu),
- 6) ewaluacja (I kwartał 2028):
 - analiza całościowa zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów,

- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2028).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy w Inowłodzu. Świadczenia realizowane będą przez podmiot wykonujący podstawową działalność leczniczą, przez personel medyczny spełniający wymagania określone w odrębnych przepisach.

Warunkiem realizacji świadczeń jest posiadanie przez realizatora projektu doświadczenia w przeprowadzaniu działań o podobnym charakterze, a także zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz posiadanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Personel dla potrzeb programu:

- lekarz poz/lekarz specjalista rehabilitacji,
- magister fizjoterapii z udokumentowanymi kompetencjami w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej,
- technik fizjoterapii z udokumentowanymi kompetencjami w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej,
- dyplomowana pielęgniarka/osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, działalność edukacyjną i promocyjną.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponad to realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzał sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 lipca 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 302), Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.).

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń w ramach programu zostaną określone w ogłoszeniu konkursowym na wybór realizatora.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V. 1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w okresach kwartalnych oraz całościowo po zakończeniu programu:

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie polityki zdrowotnej:

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

V. 2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI. 1. Koszty jednostkowe

Zakres finansowania w ramach programu polityki zdrowotnej w 2026 r. obejmuje:

- 1) zajęcia edukacyjne prowadzone przez lekarza lub specjalistę rehabilitacji lub fizjoterapeutę:

koszt jednego spotkania – 200,00 zł.

koszt całościowy 5 spotkań (5 grup po 20 os.) x 200,00 zł. = 1 000,00 zł.

- 2) konsultacja lekarza lub specjalisty rehabilitacji, w tym kwalifikacja do programu i skierowanie na rehabilitację leczniczą

koszt jednej konsultacji – 50,00 zł.

koszt całościowy 100 os. x 50,00 zł. = 5 000,00 zł.

- 3) konsultacja mgr fizjoterapeuty na początku programu i na końcu programu wraz z analizą wyników

koszt jednej konsultacji 50,00 zł.

koszt całościowy 100 os. x 2 x 50,00 zł. = 10 000,00 zł.

- 4) indywidualny plan rehabilitacji

koszt jednego indywidualnego planu rehabilitacji – 50,00 zł.

koszt całościowy 100 os. x 50,00 zł. = 5 000,00 zł.

- 5) zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni (w sumie: średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta). Średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 27,50 zł., zgodnie ze średnią ceną na rynku lokalnym.

koszt za 1 dzień zajęć, w tym średnio 4 rodzaje zabiegów – 110,00 zł.

koszt całościowy 10 dni zajęć x 100 os. x 110,00 zł. = 110 000,00 zł.

- 6) koszt monitoringu i ewaluacji w zakresie opracowania druku i analiz wyników ankiet satysfakcji i testów wiedzy

koszt całościowy 100 os. x 3 (ankieta satysfakcji i 2x test wiedzy) x 15,00 zł. = 4 500,00 zł.

- 7) koszt opracowania graficznego i wydruku ulotki informacyjno-promocyjnej

koszt jednej ulotki – 5,00 zł.

koszt całościowy 200 szt. x 5,00 zł. = 1 000,00 zł.

Pozostałe działania w zakresie monitorowania i ewaluacji programu realizowane będą bezkosztowo przez pracownika Urzędu Gminy w Inowłodzu na podstawie sprawozdań złożonych przez realizatora/realizatorów programu.

Prowadzona przez gminę Inowłódz kampania informacyjna i promocyjna dedykowana niniejszemu programowi będzie przeprowadzona bezkosztowo – za pośrednictwem tzw. lokalnych mediów (na stronie internetowej Urzędu Gminy, za pośrednictwem mediów społecznościowych).

VI. 2. Koszty całkowite

Dla oszacowania kosztów przyjęto populację objętą w danym roku programem w liczbie 100 osób.

Planowane interwencje	Liczba interwencji ogółem	Jednostka miary	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Edukacja zdrowotna	5	usługa	200,00 zł.	1000,00 zł.
Konsultacja lekarska	100	usługa	50,00 zł.	5000,00 zł.
Konsultacja mgr fizjoterapii	200	usługa	50,00 zł.	10 000,00 zł.
Indywidualne plany rehabilitacji	100	sztuka	50,00 zł.	5 000,00 zł.
Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą	1000	usługa	110,00 zł.	110 000,00 zł.
Koszt przygotowania, druku i analizy wyników ankiet satysfakcji, testów wiedzy dla uczestników programu	300	sztuka	15,00 zł.	4 500,00 zł.
Koszt opracowania graficznego i wydruku ulotki promocyjno-informacyjnej	200	sztuka	5,00 zł.	1 000,00 zł.
Suma			480,00 zł.	136 500,00 zł.

VI. 3. Źródła finansowania

Koszty wynikające z realizacji niniejszego programu będzie ponosić budżet gminy Inowłódz.

Zakłada się również możliwość wnioskowania o dofinansowanie programu przez NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

VII. Bibliografia

1. „Światowy raport o niepełnosprawności” Paulina Miśkiewicz, Biuro WHO w Polsce
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014
3. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
4. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.
5. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3.
6. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012.
7. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4.
8. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej (<https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Rekomendacje-w-zakresie-fizjoterapii-zespolow-bolowych-kregoslupa.pdf>)
9. Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026
10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025
11. ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.
12. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa łódzkiego na lata 2022 -2026
13. Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2021 – 2027
14. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Inowódz na lata 2020-2027
15. Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 (w 2019 r.)
16. GUS Stan zdrowia ludności polski w 2019
17. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno – mięśniowego dla województwa łódzkiego (z 2016 r.)
18. Rekomendacja nr 4/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 na temat przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa (ZBK)
19. Informator o zawartych umowach NFZ
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265)
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1406).
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. poz. 642).

VIII. Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowłódz na lata 2026-2027”

I.

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

*Nr dokumentu tożsamości w przypadku osób nieposiadających PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

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

.....

(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do Programu

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

*Ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
Działania edukacyjne	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie poziomu wiedzy lub zwiększenie wiedzy co najmniej o 30 % ☐ tak ☐ nie
Indywidualny plan rehabilitacji	1. - Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji:

	- Ocena sprawności fizycznej w wybranej skali wymienionej w miernikach przed rozpoczęciem rehabilitacji: 2. Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: - Ocena sprawności fizycznej w wybranej skali wymienionej w miernikach po zakończeniu rehabilitacji: 3. Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości ☐ tak ☐ nie
--	---

.....

(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowłódz na lata 2026-2027”

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Liczba uczestników kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)	
Liczba i odsetek osób, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny	
Liczba i odsetek osób, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	
Liczba uczestników działań edukacyjnych	
Liczba i odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre – testu(min. 60 % poprawnych odpowiedzi lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10 % względem pre – testu.	
Wyniki ankiety satysfakcji* (skrócony opis)	

*wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

..... , dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Inowłódz na lata 2026-2027”

I.

Ocena rejestracji

Jak Pan (i) ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
Szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
Uprzejmość osób rejestrujących					
Dostępność rejestracji telefonicznej?					

II.

Ocena świadczeń fizjologicznych

Jak Pan (i) ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
Uprzejmości życzliwość fizjoterapeutów?					
Poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
Staranność wykonywania zabiegów?					

III.

Ocena warunków w przychodni/ośrodku rehabilitacji

Jak Pan (i) ocenia:	bardzo dobrze	dobrze	przeciętnie	źle	bardzo źle
Czystość w poczekalni?					
Wyposażenie w poczekalni (krzesła, itp.)?					
Dostęp i czystość w toaletach?					
Oznakowanie gabinetów?					

IV.

Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Inowłódz na lata 2026-2027”

1) Do głównych objawów choroby zwyrodnieniowej stawów nie należy:

- a) ból stawu
- b) poszerzony i zniekształcony obrys stawu
- c) trzeszczenie stawu
- d) wzmożone napięcie mięśni otaczających staw

2) Dysk to potoczna nazwa:

- a) chrząstki stawowej
- b) trzonu kręgu
- c) krążka międzykręgowego
- d) kanału kręgowego

3) Krążek międzykręgowy zbudowany jest z:

- a) mięśni i jądra miazdzystego
- b) chrząstki stawowej
- c) jądra miazdzystego i pierścienia włóknistego
- d) ścięgien i więzadeł

4) Wskazaniem do zabiegu operacyjnego kręgosłupa lędźwiowego jest:

- a) zaburzenie czucia i poważne osłabienie siły mięśniowej
- b) ból nie do zniesienia
- c) brak efektów leczenia zachowawczego
- d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

5) Celem fizjoterapii jest:

- a) poprawa i zwiększenie siły mięśniowej
- b) zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz rozluźnienie napiętych mięśni
- c) eliminacja nieprawidłowych nawyków zaburzających poprawne funkcjonowanie stawu
- d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe