Projekt

Druk Nr 72

UCHWAŁA NR .....
RADY MIEJSKIEJ W OŻAROWIE MAZOWIECKIM

z dnia ..... 2024 r.

w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.) i art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 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.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr .....
Rady Miejskiej w Ożarowie Mazowieckim
z dnia ..... 2024 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025

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

Ożarów Mazowiecki, 2024

1. **Nazwa programu**:
   „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025”

2. **Okres realizacji programu**: 2025

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

4. **Kontynuacja/trwałość programu**:

   Opisywany program polityki zdrowotnej realizowany po raz drugi – pilotażowy realizowany w 2024 roku.

5. **Dane kontaktowe**:
   Urząd Miejski w Ożarowie Mazowieckim
   Wydział Spraw Społecznych
   ul. Poznańska 165
   05-850 Ożarów Mazowiecki
   tel. 22 731 32 57
   a.fedoryk@ozarow-mazowiecki.pl

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 4
1. Opis problemu zdrowotnego 4
2. Dane epidemiologiczne 8
3. Opis obecnego postępowania 9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: 11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 13
1. Cel główny 13
2. Cel szczegółowy 13
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 14
1. Populacja docelowa 14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 14
3. Planowane interwencje 15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej 19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania 19
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 22
1. Monitorowanie 22
2. Ewaluacja 22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 23
1. Koszty jednostkowe 23
2. Koszty całkowite: 24
3. Źródło finansowania 24
Bibliografia 25
Załączniki 27

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny[1,2]. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne[3]. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego[4]. 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[5]. Wśród

[1] Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
[2] Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
[3] Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza… op.cit.
[4] Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.
[5] Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders201011:1.

głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne[6]. 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[7]. 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[8].

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[9]. 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 porannej sztywności stawów, przez zmiany

[6] Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202.
[7] Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
[8] P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
[9] McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów[10]. 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[11]. 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.

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

[10] Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
[11] Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/ (dostęp: 21.01.2019).

prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu[12]. 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 ruchu[13]. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji[14]. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich[15].

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 kręgosłupa[16]. 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

[12] T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
[13] Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
[14] Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
[15] Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
[16] Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji[17].

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony 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 stawów[18]. Według szacunków WHO, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)[19].

Województwo mazowieckie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, zajmując 3 miejsce w kraju pod względem współczynnika chorobowości szpitalnej z powodu tej grupy chorób (ok. 1 550/100tys. mieszkańców). W powiecie warszawskim zachodnim, na terenie którego leży Gmina Ożarów Mazowiecki, współczynnik ten osiąga niższe wartości (1353 – 1502/100tys. mieszkańców). Mapy potrzeb zdrowotnych ukazują

[17] Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
[18] 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
[19] Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.

również współczynnik chorobowości ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), wyrażający liczbę pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej grupy rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. W województwie mazowieckim współczynnik chorobowości AOS wyniósł średnio ok. 9000/100 tys. ludności (w powiecie warszawskim zachodnim 4203-6503/100tys. ludności; średnio ok. 5353/100tys.)[20]. Był to ósmy najwyższy wynik w kraju. Biorąc pod uwagę chorobowość szpitalną z powodu urazów województwo mazowieckie zajmuje 5 miejsce w kraju ze współczynnikiem na poziomie ponad 6000/100tys. mieszkańców. W powiecie warszawskim zachodnim współczynnik ten wynosi 5183-6245/100tys. mieszkańców. Współczynnik chorobowości AOS w województwie wyniósł w tym przypadku ok. 5200/100tys. ludności i był to 1 najniższy wynik w kraju (w powiecie warszawskim zachodnim 3299-4347/100tys. ludności; średnio ok. 3823/100tys.)[21]. W analizowanym okresie w województwie mazowieckim odnotowano 9,43 tys. hospitalizacji pacjentów dorosłych z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie (choroby obwodowego układu nerwowego), co stanowiło ok. 19,67% wszystkich hospitalizacji z powodu ogółu chorób układu nerwowego innych niż charakterystyczne dla wieku podeszłego. W grupie wiekowej powyżej 18 r.ż. liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ok. 175 (3 najwyższa wartość wśród województw)[22]. Szczegółowe dane dotyczące współczynników chorobowości w odniesieniu do tej konkretnej grupy rozpoznań nie zostały opublikowane w mapach potrzeb zdrowotnych, jednakże na podstawie liczby pacjentów korzystających z poradni neurologicznych w związku z rozpoznaniem mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii (77,67tys. osób) oraz liczby mieszkańców województwa w analizowanym okresie, współczynnik chorobowości AOS oszacowano na ok. 1500/100tys. ludności.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego

[20] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego – [mpz.mz.gov.pl].
[21] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie urazów dla województwa mazowieckiego [mpz.mz.gov.pl].
[22] Mapa potrzeb zdrowotnych zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa mazowieckiego [mpz.mz.gov.pl].

korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu[23]. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne[24]. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych[25].

[23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
[24] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
[25] Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

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

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2023[26] podpisano tylko jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy. Należy także zwrócić uwagę na bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej – zgodnie z danymi NFZ[27] czas ten w Ożarowie Mazowieckim wynosi obecnie ponad 8 miesięcy.

[26] Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
[27] Informator o terminach leczenia NFZ; stan na 14.06.2023 r. – pierwszy wolny termin na świadczenie fizjoterapii ambulatoryjnej 21.02.2024 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].

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

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych[28] – *priorytet 2: rehabilitacja;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025[29]:
  - *cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne*
  - *cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne*
- Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa mazowieckiego[30]:
  - *Obszar działania 3.6. Rehabilitacja medyczna;*
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026[31] – rekomendowane kierunki działań dla województwa mazowieckiego: „Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne”.

[28] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]
[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 Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego.
[31] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w roku 2025.

2. Cel szczegółowy

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60%* osób z populacji docelowej w roku 2025.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%).
2. Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test (wd. co najmniej 60%).

* wartości mierników efektywności przyjęto na podstawie rekomendacji eksperta oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy polityki zdrowotnej

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki w wieku 65 lat i więcej, których liczba wynosi ok. 4,5 tys. osób[32]. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego wynosi ok. 5353/100tys. mieszkańców, współczynnik chorobowości AOS z powodu urazów wynosi 3800/100tys. mieszkańców, natomiast współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób obwodowego układu nerwowego ok. 1500/100tys. mieszkańców – łącznie w trzech grupach chorób ok. 8650/100tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w Gminie Ożarów Mazowiecki oszacowano na poziomie ok. 380 pacjentów. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie ok. 100 dorosłych mieszkańców (ok. 26,3% populacji docelowej).

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

2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Ożarów Mazowiecki (oświadczenie uczestnika)
- wiek 65 lat i więcej
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego (stwierdzone na podstawie dokumentacji medycznej okazanej przez pacjenta)

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Ożarów Mazowiecki, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika)

[32] Referat Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego w Ożarowie Mazowieckim, stan na 30.08.2024 r.

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;

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

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem.

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

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	34
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10
pionizacja	10
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	8
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	8
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	8
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10
wyciągi	9
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	7
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	13
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	16
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	2
jonoforeza	3
elektrostymulacja	4

tonoliza	3
prądy diadynamiczne	2
prądy interferencyjne	2
prądy TENS	2
prądy TRAEBERTA	2
prądy KOTZA	3
ultradźwięki miejscowe	4
ultrafonoforeza	4
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	3
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	2
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

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

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014[33], 2015[34], 2016[35]),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)[36],
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013[37], 2016[38]),
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)[39],
- North American Spine Society (NASS 2020)[40],
- American College of Physicians (ACP 2017)[41],

[33] Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 15.06.2023r.].
[34] Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].
[35] Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk; dostęp: 15.06.2023r.].
[36] Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
[37] Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
[38] Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.
[39] Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/ dostęp: 15.06.2023r.].
[40] Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org; dostęp: 15.06.2023r.].
[41] Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org; dostęp: 15.06.2023r.].

- American Pain Society (APS 2009)[42],
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)[43].
- Institute of Health Economics (IHE 2017)[44],
- National Stroke Foundation (NSF 2010)[45],
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)[46],
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)[47],
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)[48],
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)[49],

Według zaleceń NICE 2014[50] w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz zawodowym, jakość życia i relacje społeczne. Opracowywanie planu leczenia i rehabilitacji powinno uwzględniać zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji, w tym w zakresie możliwości zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością - dodatkowo interwencje mające na celu utratę masy ciała. Właściwie dobrane ćwiczenia fizyczne należy zalecać wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ćwiczenia te powinny miejscowo wzmacniać mięśnie oraz poprawiać ogólną sprawność aerobową. Celem zmniejszania dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)[51] w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań niefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa

[42] Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
[43] Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
[44] Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/; dostęp: 15.06.2023r.].
[45] Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/; dostęp: 15.06.2023r.].
[46] Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/; dostęp: 06.01.2023r.].
[47] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.
[48] Ibidem.
[49] Ibidem.
[50] Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline… op.cit.
[51] Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain… op.cit.

oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)[52] zwracają dodatkowo uwagę na istotę edukacji zdrowotnej w planie terapeutycznym omawianej grupy pacjentów. Osoby te powinny mieć dostęp do pełnej informacji na temat swojej jednostki chorobowej, a także bezpiecznej modyfikacji codziennej aktywności oraz najskuteczniejszych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem. Zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013)[53] wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń fizycznych nadzorowanych przez specjalistę. Także Ci eksperci zalecają uwzględnianie w postępowaniu terapeutycznym przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013[54]) proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię niefarmakologiczną (edukacja zdrowotna, ćwiczenia, zaopatrzenie ortopedyczne, redukcja masy ciała), farmakologiczną oraz w wybranych przypadkach leczenie chirurgiczne. Dodatkowo integralną częścią opieki zdrowotnej nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna być edukacja zdrowotna, zwiększająca zaangażowanie pacjenta w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia i radzenia sobie z chorobą. Również zgodnie z wytycznymi NICE (2015[55]) opieka nad pacjentami z omawianej grupy powinna uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne, w tym przede wszystkim fizjoterapię, terapię zajęciową, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz opiekę podologiczną. Fizjoterapia w przypadku pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna prowadzić do poprawy ogólnej kondycji fizycznej, wykształcenia umiejętności ćwiczeń zwiększających elastyczność stawów i wzmacniających siłę mięśniową, a także zwiększenia motywacji do ich regularnego wykonywania.

Również w odniesieniu do problemu urazów rehabilitacja stanowi działanie niezbędne w świetle dostępnych wyników badań naukowych. Rekomendacje NICE 2016[56] wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez

[52] Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain… op.cit.
[53] Management of chronic pain, SIGN 136… op.cit.
[54] Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the… op.cit.
[55] Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults… op.cit.
[56] NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].

pacjentów, będącym konsekwencją pogorszenia jakości życia w wyniku choroby. Niezwykle ważna jest także edukacja pacjentów w zakresie fizjoterapii, w obliczu braku wiedzy chorych po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

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

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,

- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1) opracowanie aktualizacji programu (III kwartał 2024 r.);
2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2024 r. - I kwartał 2025 r.);
3) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025 r.);
4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2025 r.);

- akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
- indywidualne plany rehabilitacji,
- analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

5) ewaluacja (I kwartał 2026 r.):

- analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
- analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
- ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

6) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026 r.).

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

Koordynatorem programu będzie gmina Ożarów Mazowiecki. 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 [t. j. Dz.U. 2024 poz. 799],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2021 poz. 265],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 581], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [t. j. Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

2. Ewaluacja

Końcowa ocena efektywności programu przeprowadzona poprzez analizę:

- 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.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 68 000. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. (tabela I, s. 15-16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,4 zł na podstawie wartości punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w Ożarowie Mazowieckim tj. 1,43 zł[57] oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (13%[58]) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę dla fizjoterapeutów z wykształceniem magisterskim w okresie 2021-2023 (54,6%)[59].

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 6,5, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 15,6 zł (2,4 zł x 6,5). Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 625 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

• 645 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (625 zł) oraz działań edukacyjnych (20 zł)
• 2 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
• 1 400 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

[57] Informator o umowach NFZ… op. cit.
[58] Dane GUS, wskaźnik inflacji w maju 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
[59] Dane GUS i KIF, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2021 (4 186 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (6 473 zł) [kif.info.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].

2. Koszty całkowite:

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

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	2 000	2 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	100	645	64 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	1 400	1 400,00
Koszty programu			67 900,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Ożarów Mazowiecki. Gmina bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
4. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/; dostęp: 15.06.2023r.].
5. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
6. Dane GUS i KIF [kif.info.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
7. Dane GUS, wskaźnik inflacji w maju 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
8. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
9. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/; dostęp: 06.01.2023r.].
10. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org; dostęp: 15.06.2023r.].
11. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
12. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
13. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
14. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
15. Informator o terminach leczenia NFZ; stan na 14.06.2023 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
16. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 15.06.2023 r.].
17. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.
18. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
19. 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.
20. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
21. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk; dostęp: 15.06.2023r.].
22. Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/; dostęp: 15.06.2023r.].
23. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/ dostęp: 15.06.2023r.].
24. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
25. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego [mpz.mz.gov.pl].
26. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie urazów dla województwa mazowieckiego [mpz.mz.gov.pl].
27. Mapa potrzeb zdrowotnych zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa mazowieckiego [mpz.mz.gov.pl].
28. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
29. NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and management,

Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].
30. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org; dostęp: 15.06.2023r.].
31. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
32. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego.
33. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 15.06.2023r.].
34. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
35. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders201011:1.
36. 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].
37. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.
38. Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
42. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
43. Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.
44. 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.
45. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
46. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
47. 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
48. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/ (dostęp: 21.01.2019).
49. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025”

I. Dane uczestnika programu

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

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

II. Zgoda na udział w Programie

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

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

III. Kwalifikacja do Programu

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

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
Działania edukacyjne	Wynik pre-testu: …… Wynik post-testu: ……... Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście): □ tak □ nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: …….. Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: …….. Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS: □ tak □ nie

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

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025”

I. Dane Realizatora

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

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Liczba uczestników kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)	
Liczba i odsetek pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	
Liczba uczestników działań edukacyjnych	
Liczba i odsetek pacjentów, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami edukacyjnymi	
Wyniki ankiety satysfakcji*	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia .....

(miejscowość) *(data)*

……

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

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2025”

I. Ocena rejestracji

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

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

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

III. Ocena warunków panujących w przychodni

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

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

Uzasadnienie

Zadaniem własnym gminy, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jest opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego.

Jst mają obowiązek przekazania projektu programu polityki zdrowotnej do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

Przedmiotowy program przekazano Agencji 29 lipca 2023 r.

28 sierpnia 2023 r. do Urzędu Miejskiego w Ożarowie Mazowieckim wpłynęła opinia AOTMiT: program został zaopiniowany pozytywnie pod warunkiem uwzględnienia wskazanych uwag. Na ich podstawie dokonano modyfikacji i aktualizacji programu.

Zgodnie z opinią Ministerstwa Zdrowia opiniowaniu przez AOTMiT nie podlegają projekty programów polityki zdrowotnej, które przeszły już proces opiniowania.