

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do
realizacji



**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030**

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

Baranowo, 2025

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n. med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy w Baranowie
Rynek 7
06-320 Baranowo
+48 29 761 37 76 lub 93
ug@baranowo.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2025 r.

Spis treści

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

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny^{1,2}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne³. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego⁴. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy 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.

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁶. 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 łącznotkankowych⁷. 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 pacjenta⁸.

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 wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy

⁵ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.

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).

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 okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów¹⁰. 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 ortopedyczne¹¹. 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, przemęczeniem i przeciążeniem¹².

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

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/>.

¹² Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności... op. cit.

wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony. Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenie względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹³. Przegląd dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń, przede wszystkim, w obrębie narządów ruchu¹⁴. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji¹⁵. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁶.

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

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

¹⁴ Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁵ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.

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

zmian w obrębie kręgosłupa¹⁷. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji¹⁸.

2. Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2021 na całym świecie przekraczała 1,7 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów¹⁹. Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)²⁰.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023²¹ ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,5 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego.

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

¹⁸ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

¹⁹ Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.

²⁰ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.

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

Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 8 785/100 tys. mieszkańców. W województwie mazowieckim wskaźnik ten był o ok. 6% wyższy (9 330/100 tys.), natomiast na terenie powiatu ostrołęckiego, gdzie leży Gmina Baranowo, osiągnął wartość niższą od wojewódzkiej i ogólnokrajowej (8 071/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce prawie 1,7 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 508/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim było to ponad 347,1 tys. porad (6 300/100 tys.; 3 miejsce w kraju), a w powiecie ostrołęckim – 3 176 (3 630/100 tys. (jest to wartość znacznie niższa od wartości dla Polski i województwa mazowieckiego). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,6 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 081/100 tys. mieszkańców). W województwie mazowieckim było to ponad 826,2 tys. wizyt (14 994/100 tys.; 9 miejsce w kraju), a w powiecie ostrołęckim – ponad 12,2 tys. wizyt (14 016/100 tys.). W roku 2023 wykonano w Polsce ponad 263,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (699 523/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim ponad 38,4 mln (697 379/100 tys.; 8 miejsce w kraju), w powiecie ostrołęckim – ponad 569,2 tys. (650 573/100 tys. – jest to wynik niższy niż ten dla kraju i województwa mazowieckiego). Przedstawione powyżej dane wyraźnie mogą wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie powiatu ostrołęckiego, w tym także Gminy Baranowo.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi

przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10 - dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu²². Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²³. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych²⁴.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców Gminy Baranowo, 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 Baranowo na lata 2026-2030

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

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

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

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 2025²⁵, na terenie gminy nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju. Czas oczekiwania na te usługi w powiecie ostrołęckim wynosi średnio prawie 9 miesięcy (260 dni)²⁶. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów²⁷.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁸: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego: Rekomendacja 8.1. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne;
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa mazowieckiego³¹: Obszar działania 3.6. Rehabilitacja medyczna.

²⁵ Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>; dostęp: 18.06.2025 r.].

²⁶ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 18.06.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

²⁷ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

²⁸ Ibidem.

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

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

³¹ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 30%* uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2030.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60%* osób z populacji docelowej w latach 2026-2030.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacją eksperta. Wzięto pod uwagę dane z ewaluacji zakończonych już programów w obszarze rehabilitacji leczniczej, realizowanych przez inne JST w ostatnich 5 latach.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
Szczegółowy	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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 Baranowo w wieku 18 lat i więcej, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, oraz do dorosłych mieszkańców Gminy Baranowo w wieku 50 lat i więcej, niezależnie od posiadania orzeczenia o niepełnosprawności. Gminę zamieszkuje ok. 4,86 tys. osób dorosłych, zatem na podstawie danych GUS dot. liczby osób z niepełnosprawnościami w województwie mazowieckim (75/1 tys. ludności³²) można szacować, że Gminę Baranowo zamieszkuje ok. 365 osób w wieku 18 lat i więcej, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Z kolei liczba mieszkańców gminy w wieku 50 lat i więcej wynosi ok. 2,35 tys. osób³³. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w powiecie ostrołęckim ok. 8 071/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w wieku 50+ w Gminie Baranowo szacuje się na poziomie ok. 190 osób, co łącznie z osobami w wieku 18+ posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności, daje ok. 550 osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 130 dorosłych mieszkańców (ok. 24% populacji docelowej).

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

2.1. Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej oraz posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności
- wiek 50 lat i więcej – niezależnie od posiadania orzeczenia o niepełnosprawności
- zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie Gminy Baranowo
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego

³² Osoby niepełnosprawne w 2023 r., GUS, 15.10.2024 r., stat.gov.pl.

³³ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 18.06.2025 r.].

- skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne, wystawione przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę (wzór – załącznik 5)
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie w danym roku kalendarzowym ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez Gminę Baranowo, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika)

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Baranowo (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez lekarza POZ/specjalistę na skierowaniu dostarczonym przez pacjenta (wzór - załącznik 5),

- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 450 (+/- 5pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni,
- uwzględniający ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w pierwszym i ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie;

2) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 25-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 3),
- 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. II. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25

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

Tab. III. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba zabiegów	Liczba punktów	Suma punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	3	36,49	109,47
Zabiegi kinezyterapii	10	8,55	85,5
Zabiegi fizykalne	21	5,27	110,67
Zabieg masażu	8	18,25	146
Razem	42	--	451,64

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 4).

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 oraz urazów, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)³⁴,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)³⁵,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)³⁶,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)³⁷,
- North American Spine Society (NASS 2020)³⁸,
- American College of Physicians (ACP 2017)³⁹,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴⁰,
- Institute of Health Economics (IHE 2017)⁴¹,
- National Stroke Foundation (NSF 2010)⁴²,
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)⁴³,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)⁴⁴,
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)⁴⁵,
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)⁴⁶.

Zgodnie z zaleceniami NICE (2014), w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów, należy dokonywać oceny wpływu choroby na aktywność dnia codziennego, jakość życia, pracę zawodową, nastrój, relacje społeczne oraz spędzanie wolnego czasu. Formułowanie planu leczenia

³⁴ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁵ Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

³⁶ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

³⁷ Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].

³⁸ Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].

³⁹ Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].

⁴⁰ 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.

⁴¹ Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].

⁴² Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].

⁴³ Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].

⁴⁴ 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.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Ibidem.

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

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

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

monodyscyplinarne (farmakoterapia) nie przyniosło oczekiwanych efektów (IHE 2017, DAI 2017, ICSI 2018).

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

Ponadto warto podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi SIGN (2013), w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010).

Niewątpliwie według ekspertów naukowych ważnym elementem programu zdrowotnego powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas wykonywania zwykłych czynności

codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości chorób układu ruchu i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017).

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

Ponadto zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny⁴⁷.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.⁴⁸: należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitacja. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Celem działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego

⁴⁷ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].

⁴⁸ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. Istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń. Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m.in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim Internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów zawartymi w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych⁴⁹, w obszarze rehabilitacji leczniczej należy m.in.:

- obejmować rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio objęci opieką w tym zakresie,
- dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych, w celu wspomaganie procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności (w celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów),

⁴⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy... op. cit.

- ograniczyć liczbę zabiegów fizykoterapii i popularyzować kinezyterapię,
- rozpowszechniać rehabilitację w warunkach domowych,
- należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- należy rozpowszechniać telerehabilitację (ćwiczenia wykonywane przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy), szczególnie w odniesieniu do pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

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

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (III kwartał 2025 r.);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej przez Radę Gminy Baranowo (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (I kwartał 2031):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 4),
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przekazanie go do AOTMiT (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Baranowo. realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych (zabiegi fizjoterapeutyczne) zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.] – w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- 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 4). 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 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 302], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do programu,
- liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację programu przewiduje się alokację w wysokości 59 930 zł rocznie. Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 922 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II (s. 15) o łącznej sumie punktów 450 (+/- 5pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie ostrołęckim w województwie mazowieckim (5 podmiotów) tj. 1,62 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 25%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 900 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 450 punktów ($450 \text{ pkt.} \times 2 \text{ zł} = 900 \text{ zł}$), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II. Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4-5 zabiegów dziennie.

Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, a także chęć objęcia programem jak największej liczby mieszkańców z populacji docelowej, gmina dofinansuje uczestnikom 50% kosztów udziału w programie tj. max. 461 zł (pozostałe 50% kosztów tj. 461 zł będzie finansowane przez uczestnika programu).

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%), w tym:	461,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	450,00
2. Działania edukacyjne	11,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%), w tym:	461,00

1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	450,00
2. Działania edukacyjne	11,00
Łączne koszty jednostkowe (100%), w tym:	922,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	900,00
2. Działania edukacyjne	22,00

2. Koszty całkowite:

Tab. IV. Roczne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	450,00	58 500,00
2. Działania edukacyjne	130	11,00	1 430,00
Suma	130	461,00	59 930,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	450,00	58 500,00
2. Działania edukacyjne	130	11,00	1 430,00
Suma	130	461,00	59 930,00
Łączne koszty całkowite (100%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	900,00	117 000,00
2. Działania edukacyjne	130	22,00	2 860,00
Suma	130	922,00	119 860,00

Tab. V. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji (2026-2030)

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	650	450,00	292 500,00
2. Działania edukacyjne	650	11,00	7 150,00
Suma	650	461,00	299 650,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	650	450,00	292 500,00
2. Działania edukacyjne	650	11,00	7 150,00
Suma	650	461,00	299 650,00
Łączne koszty całkowite (100%), w tym:			
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	650	900,00	585 000,00
2. Działania edukacyjne	650	22,00	14 300,00
Suma	650	922,00	599 300,00

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

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	117 000,00
2. Działania edukacyjne	2 860,00
Rok 2026	119 860,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	117 000,00
2. Działania edukacyjne	2 860,00

Rok 2027	119 860,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	117 000,00
2. Działania edukacyjne	2 860,00
Rok 2028	119 860,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	117 000,00
2. Działania edukacyjne	2 860,00
Rok 2029	119 860,00
1. Indywidualny plan rehabilitacyjny	117 000,00
2. Działania edukacyjne	2 860,00
Rok 2030	119 860,00
Razem 2026-2030	599 300,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu oraz ewaluacji w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Baranowo. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Baranowo oraz w ramach współpracy z realizatorem i placówkami POZ/AOS na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt realizacji programu planowany jest na poziomie 599 300 zł (z uwzględnieniem dofinansowania pacjentów na poziomie 50% tj. 299 650 zł). Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Baranowo, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Baranowo. Gmina w latach 2026-2030 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 [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 18.06.2025 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. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].
4. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
5. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
6. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].
7. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org/].
8. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
9. 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.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
11. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [https://gsl.nfz.gov.pl/GSL].
12. Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 18.06.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
13. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.
14. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
15. 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.
16. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
17. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
18. Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].
19. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].
20. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
21. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026).
22. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
23. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.

24. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [<http://annals.org>].
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
26. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].
27. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].
28. Osoby niepełnosprawne w 2023 r., GUS, 15.10.2024 r., stat.gov.pl.
29. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
30. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
31. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.
32. 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].
33. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].
34. 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.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
38. 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.
39. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
40. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

41. 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.
42. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii
<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.
43. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030”

I. Dane uczestnika programu

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

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

II. Zgoda na udział w programie

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

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu

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

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
<i>Działania edukacyjne</i>	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% ☐ tak ☐ nie
<i>Indywidualny plan rehabilitacji</i>	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS ☐ tak ☐ nie

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

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030”

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

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja*	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

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

Załącznik 3

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Baranowo na lata 2026-2030” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
A) Witamina C
B) Błonnik
C) Wapń
D) Magnez
2. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas pracy biurowej?
A) Co 2 godziny
B) Tylko po zakończeniu pracy
C) Co 30–60 minut
D) Raz dziennie
3. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy
4. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście ergonomii?
A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
D) Utrzymywanie lekkiego skrętu tułowia podczas siedzenia
5. Który z poniższych nawyków stylu życia ma udowodniony wpływ na rozwój przewlekłych zespołów bólowych układu ruchu?
A) Brak ekspozycji na światło słoneczne
B) Przewlekłe odwodnienie
C) Brak snu i przewlekły stres
D) Wszystkie powyższe

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

36

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy
Baranowo na lata 2026-2030” (wzór)**

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD 10 |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Proponowany rodzaj i liczba zabiegów.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis lekarza