

Projekt

z dnia 4 grudnia 2019 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY MAŁKINIA GÓRNA**

z dnia 9 grudnia 2019 r.

w sprawie przyjęcia gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) Rada Gminy Małkinia Górna uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się gminny program zdrowotny pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Małkinia Górna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



Załącznik do uchwały Nr

Rady Gminy Małkinia Górna

z dnia 9 grudnia 2019 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn zm.]

Małkinia Górna, 2019

1. **Nazwa programu:**

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Małkinia Górna na lata 2020-2024

2. **Okres realizacji programu:** 2020-2024

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

dr hab. n. o zdrowiu Joanna Woźniak-Holecka

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

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

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Gminy w Małkini Górnej

ul. Przedszkolna 1

07-320 Małkinia Górna

tel. +48 (29) 644 80 00

e-mail: waugustyniak@malkiniagorna.pl

6. **Data opracowania programu:** czerwiec 2019r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	4
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. Cele szczegółowe	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	17
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	18
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	19
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	19
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	20
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Monitorowanie	21
2. Ewaluacja	21
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	22
1. Koszty jednostkowe	22
2. Koszty całkowite	23
3. Źródło finansowania.....	23
Załączniki	24

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 szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka

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 Disorders*201011:1.

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 rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia

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).

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 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 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

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).

bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniami ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹². 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 ruchu¹³. 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 hospitalizacji¹⁴. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁵.

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 kręgosłupa¹⁶. 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 autoagresji¹⁷.

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:] Wojtyński 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.

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; dostęp: 21.01.2019r.].

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 stawów¹⁸. Średnia liczba hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego w Polsce przekracza nieznacznie 1000 przypadków na 100 tys. ludności¹⁹. Doniosłość znaczenia omawianej grupy chorób dla zdrowia publicznego, systemu gospodarczego kraju oraz systemu zabezpieczenia społecznego odzwierciedlona jest również w danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dotyczących wydatków ubezpieczenia społecznego w związku z niezdolnością do pracy. W roku 2016 choroby z omawianej grupy odpowiadały za 14,1% wydatków, stanowiąc drugą co do znaczenia grupę chorób, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania. Patrząc na to z innej perspektywy – 82,3% osób z orzeczeniem o niezdolności do pracy z tej przyczyny ma orzeczoną niezdolność częściową. Nieco inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku wydatków na świadczenia rehabilitacyjne finansowane w ramach ubezpieczenia chorobowego, gdzie choroby układu kostno-mięśniowego są już najczęstszą kategorią stanowiącą przedmiot finansowania, odpowiadając za 29,1% wydatków. Oznacza to, że choroby te częściej są przyczyną niezdolności do pracy o przedłużającym się czasie trwania. Jeszcze większy jest udział tej grupy chorób w wydatkach na rehabilitację leczniczą finansowaną w ramach prewencji rentowej, gdzie również jest to pierwszoplanowa przyczyna finansowania świadczeń, odpowiadająca za 52,4% kosztów²⁰. Choroby z omawianej grupy są również przyczyną 14,4% wszystkich dni absencji chorobowej pracowników, co w 2014 przekładało się na łącznie 30626,4 dni absencji. Zauważalny jest systematyczny wzrost udziału chorób układu kostno-mięśniowego w katalogu przyczyn absencji na przestrzeni kilku ostatnich lat²¹.

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

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 WHO Health for All database.

²⁰ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

²¹ Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.

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%)²².

Województwo mazowieckie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, zajmując 3 miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z ich powodu (ok. 1 550/100tys. mieszkańców). W powiecie ostrowskim, na terenie którego leży gmina Małkinia Górna, współczynnik ten osiąga jedne z najwyższych wartości w województwie (1154-1353/100tys. mieszkańców). Mapy potrzeb zdrowotnych ukazują 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 ostrowskim 4203-6503/100tys. ludności; średnio ok. 5353/100tys.)²³. 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 ok. 6200/100tys. mieszkańców. W powiecie ostrowskim współczynnik ten jest wyższy od średniej dla województwa (7478-9079/100tys. mieszkańców). Współczynnik chorobowości AOS w województwie wyniósł w tym przypadku ok. 4200/100tys. ludności i był to najniższy wynik w kraju (w powiecie ostrowskim 5022-5534/100tys. ludności; średnio ok. 5278/100tys.)²⁴. W 2016 roku w województwie mazowieckim współczynnik zapadalności rejestrowanej dla rozpoznań z grupy mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie (choroby obwodowego układu nerwowego) wyniósł 865/100tys. ludności²⁵.

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

²² Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.

²³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 07.06.2019r.].

²⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie urazów dla województwa mazowieckiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 18.06.2019r.].

²⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa mazowieckiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 18.06.2019r.].

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 masażu²⁶. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowskiego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowskie leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowską rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowskim, a także uzdrowskie leczenie ambulatoryjne²⁷. 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 stacjonarnych²⁸.

Gmina Małkinia Górna do tej pory nie finansowała ze środków własnych realizacji zadań w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Szczytniki”,
- PPZ pn. „Program rehabilitacji mieszkańców Miasta i Gminy Osieczna na lata 2018-2020”,
- PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Zarszyn”.

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

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskiego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²⁸ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp: 07.06.2019)

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 Małkinia Górna 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 Małkinia Górna na lata 2020-2024 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 2019²⁹ nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy.

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

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁰ – *priorytet 2: rehabilitacja*;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020³¹: *cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*;
- Krajowymi ramami strategicznymi - Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020³²: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce*;
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego³³:
 - *priorytet 4: Zapewnienie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej*,
 - *priorytet 8: Długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych*.

²⁹ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 07.06.2019r.].

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

³² Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

³³ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego, Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie [dokument elektroniczny: bip.mazowieckie.pl; dostęp: 07.06.2019].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Przywrócenie pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej co najmniej 120 mieszkańcom gminy Małkinia Górna rocznie, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2020-2024.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost o 120 osób rocznie liczby mieszkańców gminy Małkinia Górna z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2020-2024.
2. Ograniczenie ryzyka nawrotu urazu i/lub progresji choroby układu ruchu lub choroby obwodowego układu nerwowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz poprawę czynników ryzyka w populacji docelowej objętej interwencjami w programie w latach 2020-2024.
3. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 30% osób z populacji docelowej w latach 2020-2024.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami; wd. wzrost o 30%),
2. 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 10%).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców gminy Małkinia Górna w wieku 44 lata i więcej, z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego. Liczba mieszkańców gminy w ww. wieku wynosi ok. 5 100 osób³⁴. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych epidemiologicznych, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego wynosi ok. 5 353/100tys. mieszkańców, współczynnik chorobowości AOS z powodu urazów wynosi 5 278/100tys. mieszkańców, natomiast współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób obwodowego układu nerwowego ok. 865/100tys. mieszkańców – łącznie w trzech grupach chorób ok. 11 500/100tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Małkinia Górna we wskazanych grupach wiekowych oszacowano na poziomie ok. 585 pacjentów rocznie. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie ok. 120 mieszkańców gminy (ok. 20,5% populacji docelowej).

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

Za kwalifikację do Programu odpowiadał będzie realizator.

2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Małkinia Górna (oświadczenie uczestnika),
- wiek 44 lata i więcej,
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych;

2.2. Kryteria wyłączenia:

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

³⁴ Dane GUS (20.08.2019r.).

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony przez realizatora na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty,
- 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 pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

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

Rodzaj interwencji - 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.	25
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	8
pionizacja	8
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	6
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	6
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	6
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	8
wyciągi	7
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	5
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	10
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	12
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż podwodny - hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10
hydromasaż podwodny miejscowy	10
hydromasaż podwodny całkowity	15
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	4
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	4
jonoforeza	5

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna
na lata 2020-2024

kąpiel czterokomorowa	10
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14
elektrostymulacja	7
tonoliza	6
prądy diadynamiczne	4
prądy interferencyjne	4
prądy TENS	4
prądy TRAEBERTA	4
prądy KOTZA	4
ultradźwięki miejscowe	6
ultrafonoforeza	7
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6
okłady parafinowe	4
F. Hydroterapia	
kąpiel wirowa kończyn	7
inne kąpiele - wirowa w tanku	15
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	10
G. Krioterapia	
krioterapia - zabieg w kriokomorze	25
krioterapia - miejscowa (pary azotu)	8
H. Balneoterapia	
okłady z borowiny - ogólne	8
okłady z borowiny - miejscowe	6
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO ₂	12
fango	7

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. 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 urazów, chorób obwodowego układu nerwowego, a także chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014³⁵, 2015³⁶),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁷),

³⁵ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 07.06.2019r.].

³⁶ 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; dostęp: 07.06.2019r.].

³⁷ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

- European League Against Rheumatism (EULAR 2013³⁸, 2016³⁹),
- American Pain Society (APS 2009)⁴⁰,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁴¹,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴²,
- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴³.

Według zaleceń NICE 2014⁴⁴ 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 zmniejszenia dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)⁴⁵ w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań nefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)⁴⁶ 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)⁴⁷ wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń

³⁸ 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

³⁹ 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.

⁴⁰ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁴¹ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, *Ann Intern Med*. 2007;147:478-491.

⁴² 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.

⁴³ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> [dostęp: 07.06.2019r.].

⁴⁴ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁴⁵ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁶ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁷ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

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 2013⁴⁸) 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 (2015⁴⁹) 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 2016⁵⁰ wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez 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. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

⁴⁸ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

⁴⁹ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁵⁰ 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](https://www.nice.org.uk/guidance/ng38); dostęp: 07.06.2019r.].

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2019r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę (II-III kwartał 2019);
- 3) przyjęcie uchwały w sprawie realizacji programu (I kwartał 2020/2021/2022/2023/2024);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2020/2021/2022/2023/2024);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2020/2021/2022/2023/2024);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2020/2021/2022/2023/2034)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2025):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2025).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy w Małkini Górnej. 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 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2018 poz. 160 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, dotyczących świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: 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. 2017 poz. 1318 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2018 poz. 1000].

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 zgłoszonych oraz zakwalifikowanych do udziału w programie,
- analiza liczby osób, które nie zostały objęte działaniami w programie z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),
- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona 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 56 200 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (tabela I, s. 16-17). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń w programie wyceniono na 1,47 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie ostrowskim w województwie mazowieckim tj. 1,10zł (dwa podmioty lecznicze)⁵¹ oraz z uwzględnieniem wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w latach 2014-2019 tj. 34%⁵². Wzrost wynagrodzenia minimalnego obliczono w odniesieniu do roku 2014, ponieważ oczekiwana przez NFZ cena punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza jest niezmienna od czasu kontraktowania świadczeń w roku 2014.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 7,7, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 11,3 zł (1,47 zł x 7,7). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 11 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 440 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

- 460zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (440zł) oraz działań edukacyjnych (20zł)
- 500 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁵¹ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 04.04.2019r.]; Zintegrowany zip.nfz.gov.pl/

⁵² Dane GUS [stat.gov.pl; dostęp: 04.04.2019r.].

2. Koszty całkowite:

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

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	500	500,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny (1)	120	460	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			56 200,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2020	56 200,00
Akcja informacyjna	500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2021	56 200,00
Akcja informacyjna	500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2022	56 200,00
Akcja informacyjna	500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2023	56 200,00
Akcja informacyjna	500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2024	56 200,00
Akcja informacyjna	500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	55 200,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Koszty łącznie	281 000,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Małkinia Górna. Gmina w latach 2020-2024 będzie starała 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. 2018 poz. 1510 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].

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”

A. Dane uczestnika

Nazwisko

Data urodzenia

Imię

..... / /

Nr PESEL *

(dzień/miesiąc/rok)

Data rozpoczęcia udziału w programie

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)

Data zakończenia udziału w programie

Przyczyna zakończenia udziału w programie*

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie	Ostatni dzień udziału w programie	Zmiana pozytywna w zakresie miernika
 / / / /	(tak/nie)
	(dzień/miesiąc/rok)	(dzień/miesiąc/rok)	
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

B.2.

Miernik efektywności	pre-test	post-test	Zmiana pozytywna w zakresie miernika
 / / / /	(tak/nie)
	(dzień/miesiąc/rok)	(dzień/miesiąc/rok)	
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Gminy w Małkini Górnej Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym
Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego	
Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS		Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-tescie w porównaniu do pre-testu

....., 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 Małkinia Górna na lata 2020-2024”**

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. Ocena działań edukacyjnych (proszę uzupełnić jeżeli uczestniczył Pan/i w wykładzie z zakresu edukacji zdrowotnej)

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
zakres informacji przedstawiony w ramach edukacji zdrowotnej?					
przydatność przedstawionych informacji?					
przygotowanie merytoryczne prowadzącego?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506 z późn. zm.) do właściwości rady gminy należą wszystkie sprawy pozostające w zakresie działania gminy, o ile ustawy nie stanowią inaczej. Z treści art. 7 ust. 1 pkt 5 wyżej cytowanej ustawy wynika, że zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym również z zakresu ochrony zdrowia, należy do zadań własnych gminy, natomiast art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) określa, że programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego.

Realizacja niniejszego programu pozwoli na uzupełnienie świadczeń finansowanych przez narodowy Fundusz Zdrowia o dziania z zakresu profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia.

Na podstawie art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych projekt programu został zaopiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest konieczne i zasadne.