

**UCHWAŁA NR LV/65/23
RADY MIEJSKIEJ W ŻARACH**

z dnia 29 sierpnia 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2023 r. poz. 40 i 572) oraz art. 48 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.¹⁾) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się na lata 2023 - 2025 program polityki zdrowotnej p.n. "Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż." stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Celem programu jest poprawa stanu zdrowia u uczestników w każdym z obszarów, dla których wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Marian Popławski

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674, 2770, 1265, 1855 i 2140 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658.

Gmina Żary o statusie miejskim

PL. Rynek 1-5

68-200 Żary



PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU OD 40 r.ż. DO 64 r.ż.

okres realizacji programu:

2023 - 2025

art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.¹)

Żary, lipiec 2023 r.

¹ Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674, 2770, 1265, 1855, 2770 i 2140 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658.

Spis treści:

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
I.1 Opis problemu zdrowotnego	4
I.2 Dane epidemiologiczne	8
I.3 Opis obecnego postępowania	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
II. 1. Cel główny	12
II.2. Cele szczegółowe	12
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
III.1. Populacja docelowa	13
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
III.3. Planowane interwencje	14
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ..	20
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	22
V.1. Monitorowanie	22
V.2. Ewaluacja	23

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	23
VI.1. Koszty jednostkowe	23
VI.2. Koszty całkowite	25
VI.3. Źródła finansowania	26
VII. Bibliografia	27-28
VIII. Spis tabel:	
Tabela nr 1: Liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim (Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań w 2011r.).....	9
Tabela nr 2: Liczba pacjentów, zabiegów i wizyt u poszczególnych świadczeniodawców działających w powiecie żarskim	10
Tabela nr 3: Koszty jednostkowe brutto.....	24
Tabela nr 4: Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych	24
Tabela nr 5: Koszty całkowite brutto.....	26
IX. Spis załączników	
Załącznik nr 1: Zgoda na uczestnictwo w programie	29
Załącznik nr 2: Ankieta	30-32
Załącznik nr 3: Rozliczenie wykonanych świadczeń	33
Załącznik nr 4: Karta oceny skuteczności programu	34-35
Załącznik nr 5: Sprawozdanie z przeprowadzenia działań w ramach programu	36

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Niepełnosprawność jest poważnym problemem ekonomicznym, społecznym i zdrowotnym. Organizacja Narodów Zjednoczonych w rezolucji ogólnej konferencji ONZ ds. Oświaty Nauki i Kultury z 1998r., szacuje że ok. 10% ludności świata jest dotkniętych niepełnosprawnością. W liczbach bezwzględnych na świecie żyje ok. 500 mln osób niepełnosprawnych.¹

Według definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) rehabilitacja jest kompleksowym, zespołowym działaniem na rzecz osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym.²

Rehabilitacja medyczna (rehabilitacja lecznicza) to postępowanie medyczne skierowane do osób z ograniczeniami sprawności. Z uwagi na fakt, iż ograniczenia te wpływają także na długość życia, potrzeba rehabilitacji medycznej dotyczy także podtrzymania sprawności funkcjonalnej osób z problemami zdrowotnymi narządu ruchu jak również osób starszych. Postępowanie medyczne ma w takich przypadkach bardziej charakter profilaktyczny niż leczniczy. Ponadto rehabilitacja jest integralną częścią procesu terapeutycznego, który umożliwia wspomoczenie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niepełnosprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom. Wśród problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie najpowszechniejszymi są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego.

Wśród chorób przewlekłych układu ruchu najbardziej rozpowszechnione są choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (głównie zwyrodnieniowe) oraz choroby krążków międzykręgowych. Najpoważniejszym problemem w obrębie funkcjonowania układu kostno-stawowego jest choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza), która jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej powodująca ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów oraz

nasilenie stanu zapalnego.^{3,4} Głównymi czynnikami ryzyka, w tym przypadku są wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńska oraz czynniki genetyczne.⁵ Choroba zwyrodnieniowa stawów najczęściej występuje jako zwyrodnienie stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego.⁶ Chorobą przewlekłą układu ruchu, która ogranicza sprawność pacjentów jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, którą objęte jest szacunkowo nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Głównymi czynnikami występowania zwyrodnień kręgosłupa jest wiek, płeć żeńska, nadwaga i otyłość oraz czynniki genetyczne.⁷ Niekorzystne skutki zdrowotne w postaci dolegliwości bólowych powoduje również dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych.⁸ Dolegliwości bólowe powoduje ucisk na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko wystąpienia dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz w istotnym stopniu dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Jedną z metod leczenia powyższych schorzeń jest rehabilitacja z zastosowaniem kinezyterapii, fizykoterapii, psychoterapii, ergoterapii oraz edukacji zdrowotnej pacjenta.⁹

Wśród chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego dominuje reumatoidalne zapalenie stawów, czyli choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Wśród przyczyn rozwoju powyższej choroby wskazuje się zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego oraz infekcje wirusowe i bakteryjne, a także wśród czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńska i wiek. Ponadto schorzenie to uznawane jest obecnie za chorobę autoimmunologiczną.¹⁰ Objawy choroby postępują wraz ze stopniem zaawansowania od 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 stawów.¹¹ Rehabilitacja w przypadku tych schorzeń opiera się głównie na zabiegach kinezyterapii, fizykoterapii, masażach, psychoedukacji oraz edukacji pacjenta.¹² W grupie chorób zapalnych układu ruchu znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszcycowe 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.

W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która może spowodować m.in. uszkodzenia obejmujące: złamania kości, stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Dane dotyczące hospitalizacji wskazują na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Najczęściej występujące są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń w obrębie narządów ruchu.¹³ Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich.¹⁴

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wymienia się w szczególności 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. Radikulopatia natomiast to podrażnienie lub uszkodzenie korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa.¹⁵ Mononeuropatie zwykle wywołane są przez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Klasyczne przyczyny polineuropatii to cukrzyca, toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji.¹⁶

Pełna skuteczność rehabilitacji medycznej jest ściśle związana z działaniami, które towarzyszą rehabilitacyjnym usługom zdrowotnym w zakresie rehabilitacji społecznej oraz zawodowej. Działania rehabilitacyjne z zastosowaniem zróżnicowanych i dostosowanych do specyfiki wieku metod dają możliwość przynajmniej częściowej redukcji deficytów, zwalczania izolacji i bierności, a w konsekwencji utrzymywania poczucia samodzielności i przydatności społecznej.

Przeprowadzenie przez samorząd programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej jest uzasadnione wobec zwiększenia obciążenia placówek służby zdrowia w związku ze starzeniem się społeczności lokalnej, co zostało przedstawione w Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Żary o statusie miejskim na lata 2021-2030 i zdiagnozowane w analizie SWOT w ramach zagrożeń. Ponadto zgodnie z celem I, dotyczącym przeciwdziałania negatywnym skutkom zjawisk demograficznych w wyniku intensywnego procesu starzenia się społeczności lokalnej, wzrasta popyt na usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne i wspomagające seniorów oraz ich rodziny.¹⁷

Program wpisuje się w Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 w ramach celu operacyjnego nr 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne poprzez zadanie: podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących.¹⁸

Ponadto program realizuje rekomendacje numer 8.3. Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026, tj.: wdrażanie programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla osób pracujących poprzez działania: opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji osób pracujących. Uzasadnieniem do powyższych działań jest poważny problem zdrowotny występujący wśród osób pracujących w postaci schorzeń kręgosłupa. Oczekiwanym rezultatem wynikającym z działań jest przywrócenie lub utrzymanie sprawności fizycznej.¹⁹

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością, jak również na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządu terytorialnego określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.), ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).

Obecnie czas oczekiwania na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej jest bardzo długi. Jedną z ważniejszych przyczyn opracowania niniejszego programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

I.2 Dane epidemiologiczne

Osobą niepełnosprawną jest osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 roku osoby niepełnosprawne stanowiły 12,2% ogólnej populacji, w tym 64,8% deklaroowało jedno schorzenie, 18,7% - dwa a 9,9% - trzy. Wśród osób niepełnosprawnych z jednym schorzeniem, uszkodzenia i choroby narządów ruchu stanowiły najczęstszą przyczynę całkowitego ograniczenia sprawności. Na drugim miejscu znajdowały się inne schorzenia osobno nie wymienione oraz schorzenia neurologiczne. Rzadziej powodem całkowitego ograniczenia były choroby układu krążenia i choroby wzroku oraz słuchu. Ponadto według przyczyn hospitalizacji choroby układu mięśniowo kostnego stanowiły trzecią pod względem częstotliwości występowania grupę chorób, która wynosiła 5,4%.²⁰

W Polsce liczbę osób z niepełnosprawnościami szacuje się na 3 - 4,5 mln. Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności są uszkodzenia i choroby narządu ruchu (53,8 %), schorzenia układu krążenia (44,2%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (32,4%), uszkodzenia i choroby narządu słuchu (15,2%), schorzenia psychiczne (8,3%) i niepełnosprawność intelektualna (3,2%). Liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim oszacowana na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku wyniosła 131 201 osób. Największy odsetek osób niepełnosprawnych odnotowano w Gorzowie Wlkp. (14,51%) oraz w Zielonej Górze (13,97%). Najniższy odsetek wystąpił w powiecie sulęcińskim (3%), ślubickim (3,31%) i wschowskim (3,96%), co przedstawia tabela poniżej. Dane przedstawione przez Główny Urząd Statystyczny w 2020 r. potwierdzają utrzymanie wysokiej liczby osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców współczynnik ten wynosi 886 osób, co sytuuje woj. lubuskie na pierwszym miejscu w Polsce.²¹

Powiat	Osoby niepełnosprawne prawnie	udział % w województwie
woj. lubuskie	170 537	X
Gorzowski	9 841	5,8%
Krośnieński	8 066	4,7%
Międzyrzeczki	7 644	4,5%
Nowosolski	17 164	10,1%
Słubicki	5 974	3,5%
strzelecko-drezdenecki	8 612	5,0%
Sulęciński	5 355	3,1%
Świebodziński	10 265	6,0%
zielonogórski	14 449	8,5%
Żagański	15 147	8,9%
Żarski	16 726	9,8%
Wschowski	6 354	3,7%
Gorzów Wielkopolski	24 254	14,52%
Zielona Góra	20 685	12,1%

Tabela 1: Liczba osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim (Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań w 2011 r.)

Źródło: Strategia Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2021-2030, <https://polityka-spoeczna.lubuskie.pl/pl/Strategia-i-programy-polityki-spoecznej>, dostęp z dnia 23.08.2022 r.

Jak wynika z **mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026**, w 2020 roku w województwie lubuskim było 89 podmiotów świadczących fizjoterapię ambulatoryjną lub domową, z tego 4 na terenie powiatu żarskiego, natomiast w ramach tych podmiotów 3 działały na terenie miasta Żary.²²

Niska dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji jest spowodowana przez małą liczbę fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia. W województwie lubuskim wynosiła ona 598 fizjoterapeutów²³ (12,9 fizjoterapeuty przypadającego na 100 tys. ludności), co stawia nasze województwo na ostatnim, tj. 16 miejscu wśród innych województw w kraju.²⁴

Ponadto z raportów Najwyższej Izby Kontroli wynika, iż w 11 województwach w roku 2012, w stosunku do 2011r. zwiększyła się liczba osób oczekujących na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz wydłużył się rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. W 2013r. dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych uległa dalszemu pogorszeniu. Stwierdzono też znaczne zróżnicowanie regionalne.²⁵ Różnice liczby jednostek rozliczeniowych w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły blisko 90%, np. w przypadku lekarskiej opieki ambulatoryjnej - opieki rehabilitacyjnej wskaźnik ten w województwach wielkopolskim i lubuskim był o 87% niższy niż w województwie mazowieckim.²⁶ Również w raporcie z realizacji zadań NFZ w roku 2015 NIK zwraca uwagę, iż w oddziałach rehabilitacyjnych średni czas oczekiwania wzrósł o 62 dni (z 286 do 348 dni , tj. o 21,7%).²⁷

Zgodnie z analizą świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji dziennej – Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności w 2019 r. mieściło się w województwie podkarpackim (3,95), mazowieckim (3,08) i lubelskim (2,94), najmniej zaś w lubuskim (1,09), pomorskim (1,19) i kujawsko-pomorskim (1,45). Wartość dla całego kraju wyniosła 2,19.²⁸

W powiecie żarskim w 2020 roku liczba pacjentów u poszczególnych świadczeniodawców w ramach wizyt domowych lub ambulatoryjnych przedstawia poniższa tabela.

Nazwa świadczeniodawcy	Liczba pacjentów	Liczba wizyt fizjoterapeutycznych (domowe lub ambulatoryjne)	Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych (domowe lub ambulatoryjne)
Specjalistyczne Centrum Medyczne M. Jamrozik	2 053	5 750	124 937
Zakład Rehabilitacji Leczniczej w Lubsku	2 013	4 590	88 154
Szpital na Wyspie sp. z o.o.	1 355	3 801	69 017
Centrum Rehabilitacyjne Zdrofit	129	58	11 879

Tabela 2: Liczba pacjentów, zabiegów i wizyt u poszczególnych świadczeniodawców działających w powiecie żarskim

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/>, dostęp z dnia 23.08.2022 r.

Zawarte dane odzwierciedlają jedynie dane uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Nie uwzględniają one realizowanego w naszym mieście przez Centrum Rehabilitacyjne Zdrofit „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż.

i poniżej 18 r.ż.”. W ramach tego programu w roku 2021 udział wzięło 403 osoby a liczba wykonanych zabiegów wyniosła 20 070, natomiast w roku 2022 w programie udział wzięło 579 osób a liczba wykonanych zabiegów wyniosła 22 237.

Powyższe dane z zakresu niskiej dostępności do usług rehabilitacyjnych w obrębie naszego miasta uzasadniają rozszerzenie dostępności w ramach programu.

I.3 Opis obecnego postępowania

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych.

Świadczenia ambulatoryjne obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną poprzez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeuty.

Zaplanowane interwencje zawarte są w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 z późn. zm.).

Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista). W ramach świadczeń jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu. Planowanie postępowania fizjoterapeutycznego wykonywane jest podczas wizyty fizjoterapeutycznej lub podczas porady lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej.²⁹

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Głównym celem programu jest **uzyskanie u co najmniej 15% uczestników programu poprawy stanu zdrowia w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie miasta Żary w latach realizacji programu wśród mieszkańców dotkniętych problemami zdrowotnymi objętymi rehabilitacją.**

Z uwagi na fakt, iż rehabilitacją w ramach programu będą objęte głównie osoby czynne zawodowo przyjęto co najmniej 15% poprawę zdrowia, gdyż według danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych obserwowano w latach 2014 – 2015 tendencję wzrostową wśród przewlekłych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, które stanowią 15-20 % wszystkich chorób zawodowych.³⁰

Przedstawiono powyżej dowody uzasadniając przyjęcie założonego rezultatu i czynią go realnym do osiągnięcia.

W celu weryfikacji osiągnięcia celu głównego fizjoterapeuta dokona **oceny funkcjonalnej pacjenta** przed podjęciem cyklu rehabilitacyjnego oraz po jego zakończeniu.

II.2. Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi programu są:

1. Zmniejszenie poziomu dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15% pacjentów, u których był to cel rehabilitacji.
2. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u o najmniej 60% uczestników programu.

Do pomiaru parametrów określających osiągnięcie celu 1 zostanie zastosowana m.in. ankieta badająca stan przed i po interwencji stanowiąca załącznik nr 2 do programu. Do pomiaru celu nr 2 zostaną wykorzystane pro- i post testy oceniające poziom wiedzy opracowane przez realizatora.

II.3. Mierniki efektywności

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne.
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).
3. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post testu).

Ocena pkt 1 i pkt 2 dokonywana będzie na podstawie karty oceny skuteczności stanowiącej załącznik nr 4 do programu.

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

III.1 Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców miasta Żary w wieku od 40 do 64 lat. Z danych Wydziału Spraw Obywatelskich i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miejskiego w Żarach wynika, iż na dzień sporządzenia programu, tj. 13.09.2022 r. liczba osób w wieku od 40 do 64 lat wynosiła 13 065. Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wg Diagnozy Społecznej 2015, stworzonej przez Radę Monitoringu Społecznego wynosił 20%.³¹ Biorąc pod uwagę liczebność w grupach wiekowych objętych programem szacunkowa liczba osób niepełnosprawnych – beneficjentów programu, może oscylować w granicach 2 613 osób, jednak z uwagi na ograniczenia finansowe gminy planowane jest objęciem programem około 176 osób rocznie.

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

Program skierowany jest do osób w wieku od 40 do 64 lat, posiadających wskazania, u których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym. O ostatecznej kwalifikacji do programu decyduje realizator programu na podstawie kryteriów wyszczególnionych poniżej. Uczestnik programu będzie zobowiązany do wypełnienia pisemnej zgody na udział w programie wraz z upoważnieniem do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych (stanowiącego załącznik nr 1 do programu).

W programie może uczestniczyć mieszkaniec miasta Żary w wieku od 40 do 64 lat zameldowany w Żarach na pobyt stały lub czasowy, który uzyska skierowanie od lekarza opieki zdrowotnej (lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej). Ponadto w programie mogą uczestniczyć osoby chorujące na choroby układu ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego. Kwalifikację beneficjentów będzie prowadził realizator programu wyłoniony w drodze konkursu.

Skierowanie na zabiegi powinno zostać wystawione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Świadczeniobiorca (beneficjent programu), który uzyskał skierowanie od lekarza opieki zdrowotnej jest zobowiązany do uzyskania akceptacji udziału w programie przez realizatora.

Wyłączeniu z programu podlegają osoby nie będące mieszkańcami miasta Żary oraz osoby, które nie wyrażają pisemnej zgody na udział w programie. Wyłączeniu podlegają również osoby nie spełniające kryteriów klinicznych, nie posiadające skierowania od lekarza opieki zdrowotnej oraz korzystające ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zaleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON), w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz rozpoczynające korzystanie z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie (na podstawie oświadczenia uczestnika – załącznik nr 1 do programu).

III.3 Planowane interwencje

W ramach programu oferowana jest rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Interwencje proponowane w ramach programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na choroby związane z układem ruchu, choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy układu kostno-stawowego oraz schorzenia obwodowego układu nerwowego.

Fizjoterapia ambulatoryjna odbywać się będzie na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który określać będzie długość cyklu terapeutycznego oraz jego zakres zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Szacowana długość cyklu wynosić będzie około 10 zabiegów. Wyznaczenie ściśle określonej liczby zabiegów w programie przypadających na jednego pacjenta nie jest możliwe, gdyż to lekarz kierujący na zabiegi po rozpoznaniu choroby określa przebieg cyklu rehabilitacyjnego, co jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, tj. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada

2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.) . Ponadto zgodnie z przytoczonymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w opinii nr 138/2018 z dnia 12 lipca 2018r. rekomendacjami National Stroke Foundation – NSF 2010, Veterans Helth Administration – Department of Defense – VHA-DoD 2010 zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.³²

Planowane interwencję będą zawierać następujące zabiegi rehabilitacyjne przysługujące jednemu uczestnikowi:

1. kinezyterapia, która obejmuje:

ćwiczenia ruchowe, gimnastykę ruchową; indywidualną pracę z pacjentem (tj. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia wg metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), ćwiczenia wspomagane, pionizację, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, naukę czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania (kinezyterapia);

2. masaż, w tym:

- a) masaż suchy – częściowy – jest to czynność, poprzez którą masażysta działa mechanicznie na skórę, tkanki podskórne, mięśnie, ścięgna, więzadła, powięź, torebki i więzadła stawowe, układ nerwowy (głównie receptory nerwowe), naczynia krwionośne i limfatyczne, a także na zasadzie zmian odruchowych, na układ krążenia, oddechowy, wewnętrzwydzielniczy i inne narządy wewnętrzne; wykorzystywany jest przy chorobach i dysfunkcjach narządu ruchu, takie jak stany po urazach, zmiany przeciążeniowe mięśni, stawów, krążków międzykręgowych i innych struktur anatomicznych, przykurcze i zaniki mięśniowe z nieczynności, zapalenie stawów, mięśni, ścięgien i pochewek ścięgnistych, zerwanie włókien mięśniowych, zmęczenie mięśni po wysiłku fizycznym, a także zmiany zniekształcające kostno-stawowe i zespoły bólowe w przebiegu chorób zapalnych i zwyrodnieniowych narządu ruchu;
- b) masaż limfatyczny ręczny – leczniczy – zabieg, podczas którego zastosowane są specjalne chwytaki w formie powolnych ruchów okrężnych dłoni o dużej powierzchni i bardzo małej sile nacisku wykonywane zgodnie z kierunkiem

przepływu limfy, powoduje on pobudzenie pracy komórek mięśniowych naczyń limfatycznych, prowadzi do zwiększenia zdolności transportowych limfy i wspierania tworzenia nowych, dobrze funkcjonujących obocznych naczyń limfatycznych; wskazania do stosowania: obrzęki limfatyczne, tłuszczowe, wysięki, zmiany skórne spowodowane zaburzeniami krążenia limfy, obrzęki pourazowe i pooperacyjne, obrzęki ręki u kobiet po mastektomii, profilaktyka zakrzepicy żyłnej, profilaktyka przewlekłej niewydolności żyłnej, zespoły zakrzepowe, wrzody żyłne, niewydolność limfatyczna wrodzona oraz nabyta, leczenie kończyn dolnych o różnej etiologii, obrzęki po schorzeniach, chroniczny obrzęk zapalny, obrzęk towarzyszący ciąży, obrzęk lipidowy

- c) masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy – pneumatyczny masaż uciskowy działający bezpośrednio na układ limfatyczny i krwionośny, odpowiedni ucisk struktur naczyniowych i limfatycznych pobudza cały układ limfatyczny do zasilania organizmu w tlen i substancje odżywcze, polega na naprzemiennym wtłaczaniu powietrza do specjalnie skonstruowanych mankietów dla kończyn i jego wypuszczaniu w odpowiednich odstępach czasowych; wskazania do stosowania: niewydolność limfatyczna, obrzęk kończyn górnych, obrzęk kończyn dolnych, profilaktyka niewydolności żyłnej, w rehabilitacji po urazach i kontuzjach;

3. elektrolecznictwo, w tym:

- a) galwanizacja – zabieg polegający na przepływanie prądu stałego w ciele pacjenta między dwoma elektrodami stymulujący mięśnie, łagodzący ból; zabieg wykonuje się w obrębie tułowia, kończyn, głowy i szyi; jest to zabieg nieinwazyjny, można go stosować także u dzieci i niemowląt; wskazania do zabiegu galwanizacji to m.in.: nerwobóle mięśniowe i naczyniowe, przewlekłe zapalenia związane z układem nerwowym, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów kończyn i kręgosłupa;
- b) jonoforeza – zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo; zabieg ten ma zastosowanie w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządu ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek;
- c) elektrostymulacja – jest to zabieg elektrolecniczy, w którym w celu pobudzenia mięśni lub nerwu do pracy wykorzystuje się przepływ prądu impulsowego; są dwie metody elektrostymulacji: jednobiegunowa, w której nerw lub mięsień

- popudza się elektrodą czynną, którą przykładana się do skóry w miejscu odpowiadającym tzw. punktowi motorycznemu oraz dwubiegunowa polegająca na ułożeniu dwóch małych równej wielkości elektrod w pobliżu przyczepów mięśnia, stosuje się ją przy elektrostymulacji mięśni odnerwionych; wskazania do stosowania to przede wszystkim zaniki i osłabienie mięśni głównie po unieruchomieniu kończyn, a także w przypadku długotrwałego ograniczenia aktywności ruchowej pacjenta, zabiegi wykonuje się także u osób z porażeniem i niedowładami mięśni spowodowanymi urazami, infekcjami czy nowotworami;
- d) prądy diadynamiczne – prądy o małej częstotliwości (50 Hz i 100Hz) składające się z serii impulsów, które systematycznie powtarzane wywołują określoną reakcję organizmu, cechą charakterystyczną jest silne działanie przekrwienne i przeciwbólowe, wskazania do zabiegów prądami to m.in.: zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, nerwobóle, rwa kulszowa, migreny, zapalenia okołostawowe, choroba zwyrodnieniowa stawów, odmrożenia, zaniki mięśni i niedoczynności;
- e) prądy interferencyjne – (inaczej prądy Nemeca lub interdyn) należą do zabiegów fizykalnych, stosowana częstotliwość (ok. 4 000Hz), tzw. średnia częstotliwość, która działa na wnętrze tkanek, w wyniku stosowania następuje poprawa ukrwienia, działają przeciwbólowo, zmniejszają obrzęki i stany zapalne, działają dużo głębiej niż prądy TENS, są szczególnie efektywne w leczeniu bólu przewlekłego, działają mniej agresywnie na skórę;
- f) prądy TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów) – jest to nieinwazyjna i niefarmakologiczna terapia przeciwbólowa, leczy przewlekłe dolegliwości bólowe, znacznie ogranicza ilości przyjmowania leków (od 40 do 80 %), wykorzystywane przy reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorobach zwyrodnieniowych stawów, neuropatiach i radikulopatiach, bólach pourazowych i pooperacyjnych, bólach poamputacyjnych
- g) prądy Treaberta – to inaczej przezskórna elektryczna stymulacja nerwów, prądy te mają silne działanie uśmierzające ból, powodujące przekrwienie oraz działania przeciwbólowe, uśmierzenie bólu następuje na ogół już podczas zabiegu; zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, RZS, nerwobóle, zespoły bólowe kręgosłupa, bóle mięśniowe, stany pourazowe narządu ruchu, wzmożone napięcie mięśniowe;

- h) prądy KOTZA – prądy o średniej częstotliwości, modulowane do małej częstotliwości, polegają na stymulacji mięśni zdrowych (prawidłowo unerwionych) w zaniku prostym (przez długie unieruchomienie) oraz stymulacji mięśni u sportowców w celu zwiększenia siły mięśniowej i masy mięśniowej, wykorzystywane do reedukacji siły mięśniowej, programu treningowego mięśni, leczenia urazów tkanek w celu uzyskania efektu przeciwbólowego i przekrwionego, poprawa krążenia, leczenie płaskostopia, skolioz.
 - i) ultradźwięki miejscowe – to drgania mechaniczne o częstotliwości powyżej 16KHz, w fizykoterapii zazwyczaj stosowane są częstotliwości od 0,8 i 3 MHz, mają działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przyspieszają gojenie ran, zmniejszają napięcie mięśni;
 - j) ultrafonoforeza – polega na wprowadzaniu leku pod skórę za pomocą ultradźwięków przy użyciu głowicy podłączonej do aparatu emitującego ultradźwięki; wykorzystywana jest przy stanach po urazach narządu ruchu, chorobach reumatycznych, zespołach przeciążeniowych stawów i ścięgien, zespołach bólowych, zapaleniach skóry, trudno gojących się owrzodzeniach, terapii blizn;
4. leczenie polem magnetycznym, w tym:
- impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – przyspiesza regenerację chorych komórek, łagodzi ból i działa przeciwzapalnie, przeciwobrzękowo, zabiegi z wykorzystaniem pola magnetycznego stosuje się u pacjentów, m.in. z osteoporozą, chorobą zwyrodnieniową stawów, nadciśnieniem tętniczym;
5. światłolecznictwo i ciepłolecznictwo:
- a) naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe
- naświetlanie IR** – podczas zabiegu organizm pacjenta poddawany jest działaniu promieniowania IR (podczerwonego), które generuje uczucie ciepła za pomocą lampy Sollux, wskazanie: stany zapalne po urazach, schorzenia reumatoidalne w fazie przewlekłej, przewlekłe zapalenie stawów, jamy ustnej, zatok przynosowych, ucha wewnętrznego, stawów żuchwy, zespoły przeciążeniowe, trudno gojące się rany, oparzenia po naświetlaniu promieniami UV, stany po zapaleniach bakteryjnych i odmrożenia, nerwobóle i inne zespoły bólowe, zmiany skórne w odrze, czyrączności, półpaścu;
- naświetlanie UV** – przy użyciu sztucznych promienników lamp generujących promieniowanie o różnych zakresach i nasileniu promieniowania, naświetlanie

wykonuje się na ściśle określone i ograniczone miejsca stosując dawki podprogowe i rumieniowe za pomocą lamp kwarcowych, wskazania do stosowania: choroby skóry, czyraczność, stany zapalne tkanek miękkich, owrzodzenia troficzne, łuszczyca, schorzenia układu oddechowego, choroby laryngologiczne, schorzenia reumatologiczne, niedoczynność gruczołów wydzielania wewnętrznego, utrudniony zrost kostny, profilaktyka krzywicy;

b) laseroterapia punktowa – ma zastosowanie w schorzeniach reumatologicznych, przy złamaniach, skręceniach, uszkodzeniach tkanki łącznej i torebek stawowych, należy do najskuteczniejszych zabiegów przeciwzapalnych;

6. krioterapia, w tym:

krioterapia miejscowa – polega na wykonywaniu nawiewu schłodzonych gazów (najczęściej ciekłego azotu lub mieszaniny par ciekłego azotu i schłodzonego powietrza) poprzez ruchy okrężne oraz omiatanie mroźnym powietrzem obszarów poddawanych zabiegowi; ma zastosowanie przy ostrych i przewlekłych chorobach stawów i chrząstek stawowych, w stanach zapalnych tkanek miękkich, w zespole bólowym kręgosłupa, stanach pourazowych, zmianach przeciążeniowych narządu ruchu, chorobach neurologicznych;³³

7. hydroterapia, w tym;

kąpiele wirowe – polega na poddaniu kończyn pacjenta działaniu ciepłej wody wprawionej w ruch wirowy, dzięki temu skóra poddawana jest delikatnemu masażowi, kąpiel odbywa się w specjalnie skonstruowanych wanienkach nazywanych wirówkami; oddziałuje jednocześnie na stosunkowo małą powierzchnię ciała (kończyny górne lub dolne), dlatego nie stanowi zbyt dużego obciążenia dla organizmu i można je stosować na większość schorzeń dotyczących obwodowych części ciała; stosuje się je w stanach pourazowych podudzi ramion, chorobach reumatycznych, zespołach bólowych różnego pochodzenia, zanikach mięśniowych, ograniczeniach ruchomości w stawach w obrębie podudzi i przedramion, chorobie Raynauda, stanach po odmrożeniach, chirurgicznych leczeniach żyłaków, zaburzeniach krążenia obwodowego.³⁴

W przypadku przygotowania indywidualnie dostosowanych ćwiczeń, beneficjent świadczeń będzie edukowanych przez realizatora programu o sposobie wykonywania ćwiczeń w celu ich samodzielnej, prawidłowej i systematycznej realizacji.

Powyższe świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia ujętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.). Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych ujęty jest w załączniku nr 1 do w/w rozporządzenia. Program stanowi uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

W ramach świadczeń gwarantowanych wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badania konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii, udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.³⁵

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

1. Udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych odbywać się będzie wyłącznie w obiektach podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie miasta Żary.
2. Świadczenia udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie do wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania.
3. O liczbie cykli rehabilitacyjnych, ich częstotliwości oraz rodzaju zabiegów decyduje podmiot realizujący program, biorąc po uwagę rodzaj schorzenia w oparciu o skierowanie od lekarza opieki zdrowotnej oraz ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta.
4. Beneficjenci programu mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora Programu.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

O zakończeniu udziału w programie decyduje podmiot realizujący program. Beneficjenci świadczeń mogą kontynuować zabiegi rehabilitacyjne, korzystając ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Ogłoszenie przez gminę otwartego konkursu ofert na realizację programu.
2. Wyłonienie realizatora programu.
3. Akcja informacyjna o realizacji programu: rozpowszechnienie informacji skierowanej do potencjalnych uczestników poprzez strony internetowe gminy i podmiotu realizującego program, gazety i media lokalne, tablice ogłoszeń, plakaty i ulotki.
4. Akcja edukacyjna obejmująca jedno spotkanie 30 minutowe w grupach max do 20 osób na temat: roli oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii w miejscu pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem. Działania edukacyjne powinny być prowadzone przez fizjoterapeutę i obejmować również badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu pre-testu przez prelekcję i post-testu po prelekcji. Testy opracowuje osoba prowadząca edukację.
5. Zarejestrowanie pacjenta ze stosownym skierowaniem oraz podjęcie decyzji o udziale pacjenta w programie przez fizjoterapeutę realizującego program oraz dokonanie odpowiedniej adnotacji na skierowaniu.
6. Przeprowadzenie oceny funkcjonalnej przed rozpoczęciem cyklu rehabilitacyjnego i po jego zakończeniu oraz zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, które zrealizuje cel skierowania na rehabilitację i jest z nim zgodne. Wyznaczenie terminu wizyty.
7. Wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich wraz z częścią edukacyjną dostosowaną do beneficjentów wymagających samodzielnego i systematycznego wykonywania ćwiczeń. Ponadto beneficjenci będą informowani o dalszych zaleceniach rehabilitacyjnych. Wykonanie oceny skuteczności programu wg załącznika nr 4 do programu.
8. Wypełnienie przez beneficjenta ankiety oceniającej stan zdrowia przed wykonaniem świadczeń rehabilitacyjnych i po ich zakończeniu oraz oceniającej jakość świadczonych usług po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do programu).
9. Wykonanie sprawozdań z przeprowadzonych działań w ramach programu w cyklach kwartalnych, rocznych i po zakończeniu programu (załącznik nr 5).

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

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert musi być podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2001 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.). Ponadto oferent powinien spełniać następujące warunki:

1. dysponować specjalistyczną kadrą, posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania wskazanych w programie świadczeń rehabilitacyjnych i edukacyjnych zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, co powinno być udokumentowane oświadczeniem oferenta;
2. dysponować lokalem położonym na terenie miasta Żary spełniającym warunki określone w przepisach prawa;
3. dysponować specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do wykonywania zwartych w programie świadczeń zgodnym z wymaganiami określonymi w przepisach prawa, posiadającym aktualne przeglądy techniczne potwierdzone w paszportach tych urządzeń, co powinno być udokumentowane stosownym oświadczeniem oferenta.

W przypadku podmiotu, który nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia gmina nie przewiduje podwójnego finansowania świadczeń rehabilitacyjnych objętych programem, z uwagi na fakt wykonywania zabiegów na podstawie oryginału zlecenia wystawionego przez lekarza opieki zdrowotnej.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik nr 5 do programu):

- analiza liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
- 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 trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 2 do programu),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne;
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej.

Ewaluacja będzie polegała na porównaniu powyższych wartości przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

Wartości punktowe za poszczególne zabiegi zostały przyjęte zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r. Szacowana wartość za jeden punkt jednostki rozliczeniowej wynosi 1,09 zł brutto (przyjęty zgodnie z ogłoszeniem konkursowym LOW NFZ w Zielonej Górze w rodzaju rehabilitacja lecznicza z dnia 2 czerwca 2022 r.).

W kosztach zabiegów uwzględniono: zużycie materiałów i energii, serwis i pomiary techniczne sprzętu medycznego, wynagrodzenie, inne koszty osobowe i koszty edukacji. Koszty akcji promocyjnej (media lokalne oraz social media) szacuje się na około 1 200,00 zł brutto. Koszty monitorowania i ewaluacji programu zostaną poniesione przez gminę w ramach obowiązków pracownika.

Szacowany średni koszt wykonania zabiegów przy średniej ilości 10 dni zabiegowych w cyklu terapeutycznym i średnio 5 zabiegów dziennie przypadających na jednego pacjenta szacuje się na kwotę około 550,00 zł brutto (tj. koszt rehabilitacji 500,00 zł i koszt działań edukacyjnych 50,00 zł).

Koszt akcji informacyjnej polegającej m.in. na opracowaniu i druku materiałów informacyjnych (ulotki, plakaty) szacuje się na około 2 000,00 zł.

L.p.	Rodzaj kosztu	cena jednostkowa brutto
1.	koszt rehabilitacji	500,00 zł
2.	koszt działań edukacyjnych	50,00 zł
3.	koszt akcji informacyjnej	2 000,00 zł
4.	koszt akcji promocyjnej	1 200,00 zł

Tabela nr 3: Koszty jednostkowe brutto.

Źródło: Opracowanie własne.

Ponieważ realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, ostateczna cena zabiegów będzie wskazana w ofercie realizatora programu.

W poniższej tabeli przedstawiono poszczególne zabiegi wraz z wartościami punktowymi za każdy zabieg.

Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego (rodzaj zabiegu)	Jednostka rozliczeniowa	Waga punktowa produktu rozliczeniowego w warunkach ambulatoryjnych	Szacowana jednostkowa cena brutto poszczególnych zabiegów
kinezyterapia				
5.11.01.0000084	Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	punkt	36,49	39,77 zł
5.11.01.0000085	Zabiegi kinezyterapii	punkt	8,55	9,32 zł
5.11.01.0000088	Zabiegi fizykalne	punkt	5,27	5,74 zł
5.11.01.0000089	Zabieg masażu	punkt	18,25	19,89 zł
5.11.01.0000090	Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	punkt	10,24	11,16 zł

Tabela nr 4: Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych

Źródło: wg Załącznika nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r.

Charakterystyka produktów rozliczeniowych fizjoterapia ambulatoryjna:

1. Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1 (30 minut) – wymagane wskazanie:
 - 1) produktu statystycznego o kodzie 5.11.05.0000073 indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metod reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje), lub
 - 2) co najmniej 2 zabiegów z listy produktów statystycznych FA01, lub
 - 3) co najmniej 1 zabieg z listy produktów statystycznych FA01 oraz co najmniej 1 zabieg z listy produktów statystycznych FA01, lub
 - 4) 2 zabiegów z listy produktów statystycznych FA02

- możliwe jest w ramach produktu rozliczeniowego o kodzie nr 5.11.01.0000084 dodatkowe wskazanie zabiegów z listy produktów statystycznych FA01A, przy jednoczesnym zachowaniu minimalnego czasu trwania poszczególnych zabiegów.
2. Zabiegi kinezyterapii – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA01.
3. Zabiegi masażu – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA02.
4. Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA03.
5. Zabiegi fizykalne – wymagane wskazanie zabiegu z listy produktów statystycznych FA01A lub FA04.³⁶

Lista produktów statystycznych z podziałem na podgrupy oraz warunki ich realizacji znajdują się w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022r.

VI.2 Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu w roku 2023 szacuje się na kwotę 100 000,00 zł brutto, przy przyjęciu kosztów wykonywanych zabiegów na kwotę około 88 000,00 zł brutto oraz kosztu akcji edukacyjnej na kwotę 8 800,00 zł brutto, kosztu akcji promocyjnej na kwotę 1 200 zł brutto i kosztu akcji informacyjnej na kwotę 2 000,00 zł brutto. Koszty monitorowania i ewaluacji programu zostaną poniesione przez gminę w ramach obowiązków pracownika.

Ostateczny koszt miesięczny wykonanych świadczeń będzie przedstawiany przez realizatora programu na podstawie rozliczeń miesięcznych z wykonanych świadczeń (wg załącznika nr 3 do programu). Przewidywany koszt całkowity dla całego okresu realizacji programu wynosi 300 000,00 zł, tj. po 100 000,00 zł na każdy rok realizacji programu.

L.p.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	cena jednostkowa brutto	koszt całkowity brutto
1.	koszt rehabilitacji	176	500,00 zł	88 000,00 zł
2.	koszt działań edukacyjnych	176	50,00 zł	8 800,00 zł
3.	koszt akcji informacyjnej	-	2 000,00 zł	2 000,00 zł
4.	koszt akcji promocyjnej	-	1 200,00 zł	1 200,00 zł
5.	Koszt monitorowania i ewaluacji	-	0,00 zł	0,00 zł
6.	Razem	-	-	100 000,00 zł

Tabela nr 5: Koszty całkowite brutto.

Źródło: Opracowanie własne.

VI.3 Źródła finansowania

Świadczenia rehabilitacyjne w ramach programu zostaną sfinansowane ze środków własnych Gminy, dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Sporządziła:
Joanna Harasim
Główny Specjalista w WSS
tel. 68 470 83 47
e-mail: joanna.harasim@um.zary.pl

VII. Bibliografia

- ¹ Niepełnosprawność jako problem społeczny, Halina Misiewicz, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2004 r., s. 9
- ² Słownik Pedagogiki Specjalnej, Małgorzata Kupisiewicz, Wyd. I Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2013r., s. 304
- ³ Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med. Dosw (online), Chojnacki M., Kwapisz A., Synder M., Szemraj J., 2014; 68, s. 640-652
- ⁴ Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z., Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny., Konieczny G., Wrzosek Z., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, s. 77-83.
- ⁵ Osteoartroza... op.cit. Chojnacki M., Kwapisz A., Szemraj J.
- ⁶ Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010; 26(3), s. 355-369.
- ⁷ Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. Suri P., Miyakoshi A., Hunter DJ, BMC Musculoskeletal Disorders. 2011; 12:202.
- ⁸ Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, Czaja E., Kózka M., Burda A., PNN 2012, Tom I, Number 3, s. 92-96
- ⁹ Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, E. Czaja, M. Kózka, A. Burda, PNN 2012, Tom I, Numer 3, s. 92-96
- ¹⁰ The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. McInnes B, Schett G, Engl J Med. 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
- ¹¹ Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, A. Jura-Póttorak, K. Olczyk, Vol 47/4, s. 431-438
- ¹² Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii {<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>}.
- ¹³ Halik R, Seroka w. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakład Higieny. warszawa, 2016 s. 244-262.
- ¹⁴ Davidson J, Marian S. Falls Rev Clin Gerontol 2007;17 s. 93-107
- ¹⁵ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003
- ¹⁶ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawka doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
- ¹⁷ Uchwała nr XXV/1/21 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie uchwalenia „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych w Gminie Żary o statusie miejskim na lata 2021-2030”, s. 51
- ¹⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021 r. poz. 642), s. 21
- ¹⁹ Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026, s.111
- ²⁰ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016, s. 136 i 369, <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/> stan w dniu 19.07.2018r.
- ²¹ Strategia Województwa Lubuskiego na lata 2021-2030, <https://polityka-spoeczna.lubuskie.pl/pl/Strategia-i-programy-polityki-spoecznej>, s. 30-31, dostęp z dnia 23.08.2022 r.
- ²² Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/>, dostęp z dnia 23.08.2022 r.
- ²³ Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/>, dostęp z dnia 23.08.2022 r.
- ²⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 69, Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, s. 244
- ²⁵ Dostępność i Finansowanie rehabilitacji leczniczej, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, nr ewid. 37/2014/P/13/, s. 7
- ²⁶ Dostępność i Finansowanie rehabilitacji leczniczej, Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, nr ewid. 37/2014/P/13/, s. 8
- ²⁷ NIK o realizacji zadań przez NFZ, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-realizacji-zadan-przez-nfz.html>
- ²⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 69, Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, s. 315-316

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. z 2013 r. poz. 1522 z późn. zm.)

³⁰ Choroby zawodowe w Polsce w 2015 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera –Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016, Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015

³¹ Diagnoza Społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, listopad 2015, s. 250, www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

³² Opinia Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 138/2018 z dnia 12 lipca 2018r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców gminy Żary o statusie miejskim w wieku powyżej 65 r.ż. i poniżej 18 r.ż.” s. 3

³³ Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych, A. Bauer, M. Wiecheć, Markmed Rehabilitacji s.c., Wrocław 2005r.

³⁴ <https://fizjoplaner.pl/kapitel-wirowa.html>

³⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 9/2022 z dnia 3 marca 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej, s. 5

³⁶ Zarządzenie nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r. zmieniające 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

ZGODA

NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY ŻARY O STATUSIE MIEJSKIM W WIEKU OD 40 R.Ż. DO 64 R.Ż.

Ja zam.PESEL:

wyrażam zgodę/ nie wyrażam* zgody na przeprowadzenie w ramach programu świadczeń rehabilitacyjnych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji świadczeń oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi.

Jednocześnie oświadczam, że w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu nie korzystałem (-am) ze świadczeń rehabilitacji leczniczej zleconych z tego samego rozpoznania, finansowanych ze środków publicznych, tj.: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON oraz nie będę korzystał z rehabilitacji leczniczej w ramach powyższych środków w trakcie uczestnictwa w programie.

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych parlamentu europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) na potrzeby realizacji „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”, tj:

- imię i nazwisko,
- PESEL,
- adres,
- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego

do celów rozliczeń finansowych sporządzanych przez z realizacji zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”. Finansowanie świadczeń gwarantowanych odbywa się na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022r. poz. 2561 z późn. zm.).

Administratorem danych jest Burmistrz Miasta Żary z siedzibą przy pl. Rynek 1-5, 68-200 Żary

Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych: e-mail: iod@um.zary.pl

Oświadczam jednocześnie, iż zostałem (-am) poinformowany (-a) o:

- 1) adresie siedziby podmiotu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
- 2) celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
- 3) okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane;
- 4) prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do przenoszenia danych;
- 5) możliwości wniesienia sprzeciwu do przetwarzania swoich danych osobowych;
- 6) prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) możliwości do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie powyższych danych osobowych jest dobrowolne, lecz odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestniczenia w programie.

data i czytelny podpis

ANKIETA

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Żary o statusie w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielenie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

Kobieta

Mężczyzna

Wiek pacjenta:

Typ schorzenia:

1. Czy Pani /Pana zdaniem program odpowiada na potrzeby mieszkańców miasta Żary?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani /Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach programu?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten program innym osobom?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w programie?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

5. Czy świadczenia rehabilitacyjne odbywały się zgodnie z harmonogramem (wyznaczona data, wyznaczona godzina)?:

- tak
- nie
- nie wiem

6. Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób narządu ruchu?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

7. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia w momencie przystąpienia do programu? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1: <input type="checkbox"/> | 2: <input type="checkbox"/> | 3: <input type="checkbox"/> |
| 4: <input type="checkbox"/> | 5: <input type="checkbox"/> | 6: <input type="checkbox"/> |

8. Czy po przeprowadzonej rehabilitacji Pani/Pan dolegliwości bólowe związane z chorobą (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:

- zdecydowanie większe
- raczej większe
- takie same
- raczej mniejsze
- zdecydowanie mniejsze

9. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia po zakończeniu programu? (proszę zaznaczyć odpowiedź w kwadracie, przy czym 1 oznacza wartość najniższą, a 6 najwyższą):

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1: <input type="checkbox"/> | 2: <input type="checkbox"/> | 3: <input type="checkbox"/> |
| 4: <input type="checkbox"/> | 5: <input type="checkbox"/> | 6: <input type="checkbox"/> |

10. Czy Pani/Pana sprawność fizyczna po zakończeniu udziału w programie:

- zmaląa
- pozostała bez zmian
- wzrosła

Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

Załącznik nr 3 do programu

Rozliczenie

wykonanych świadczeń w ramach „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy
Żary o statusie miejskim w wieku od 40 r.ż. do 64 r.ż.”

za miesiąc 20.....r.

1. Lista mieszkańców miasta Żary korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji lecniczej:

L. p.	Imię i nazwisko, PESEL, adres	Termin wykonania zabiegu od dnia do dnia w danym miesiącu	Ilość dni	Rodzaj zabiegu KOD	Wartość punktowa 1 zabiegu	Kwota kol.4 x kol.6
1	2	3	4	5	6	7
					RAZEM	

2. W załączeniu sztuk..... upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

3. Kwotę: zł proszę przekazać na konto:

Bank:

Nr

.....

Data:

Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy

Załącznik nr 4 programu

Karta oceny skuteczności programu

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię	/...../..... (dzień/miesiąc/rok)	
Nr PESEL			
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 przerywania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie/...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie/...../..... (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Wynik oceny zaburzeń funkcjonalnych			

B.2

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

.....
(pieczęć i podpis osoby prowadzącej rehabilitację)

B.3

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

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

Załącznik nr 5 programu

Sprawozdanie z przeprowadzonych działań w ramach programu

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy oddo	Adresat: Urząd Miejski w Żarach
		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 wyniku oceny zaburzeń funkcjonalnych	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-tescie w porównaniu do pre-testów

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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