

**UCHWAŁA NR LV/596/2022
RADY MIEJSKIEJ MIELNA**

z dnia 30 września 2022 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Mielno na lata 2023-2030**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021r. poz. 1285 ze zm.), art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022r. poz. 559 ze zm.), Rada Miejska Mielna uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji wieloletni program zdrowotny w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030, który stanowi załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Mielna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miejskiej Mielna

Tadeusz Jarząbek



załącznik do uchwały Nr LV/596/2022
Rady Miejskiej Mielna
z dnia 30 września 2022r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030

1. **Nazwa programu:**

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2030

2. **Okres realizacji programu:** 2023-2030

3. **Autorzy programu:** dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Gmina Mielno nie realizowała dotychczas programów zdrowotnych o tematyce rehabilitacji leczniczej.

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miejski w Mielnie
ul. B. Chrobrego 10
76-032 Mielno
tel. 94 345 98 30
fax: 94 345 98 34
e-mail: um@gmina.mielno.pl

6. **Data opracowania programu:** III kwartał 2021r., aktualizacja II kwartał 2022r.

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 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

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Postępy Hig Med Dosw* (online), 2014; 68, s. 640-652.

² Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

³ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁴ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.

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

⁶ Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:202.

⁷ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

⁸ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345-348.

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 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 przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji 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

⁹ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

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: 21.07.2021].

¹² T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

¹³ Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁴ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011, 46(3), s. 313-318.

¹⁵ Davidson J, Marian S. Falls. *Rev Clin Gerontol* 2007;17, s. 93-107.

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.

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

Województwo zachodniopomorskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, zajmując 1 miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z ich powodu (ok. 1 700/100tys. mieszkańców). W powiecie koszalińskim, na terenie którego leży gmina Mielno, współczynnik ten osiąga wartości w przedziale 1386-1500/100tys. 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 zachodniopomorskim współczynnik chorobowości AOS wyniósł średnio ok. 9000/100 tys. ludności (w powiecie koszalińskim 5866-7431/100tys. ludności; średnio ok. 6650/100tys.)²⁰. Był to piąty najwyższy wynik w kraju. Biorąc pod uwagę chorobowość szpitalną z powodu urazów województwo zachodniopomorskie zajmuje 11 miejsce w kraju ze współczynnikiem na poziomie ok. 6000/100tys. mieszkańców. W powiecie koszalińskim współczynnik ten jest wyższy od średniej dla województwa (6074-6424/100tys. mieszkańców). Współczynnik chorobowości AOS w województwie wyniósł w tym przypadku ok. 4500/100tys. ludności i był to 2 najniższy wynik w kraju (w powiecie koszalińskim 3415-4255/100tys. ludności; średnio ok. 3800/100tys.)²¹. W 2016 roku w województwie zachodniopomorskim odnotowano 2,27 tys. hospitalizacji pacjentów dorosłych z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako mononeuropatie, zespoły cieśni i radikulopatie (choroby obwodowego układu nerwowego), co stanowiło ok. 20,35% wszystkich hospitalizacji z powodu ogółu chorób układu nerwowego innych niż charakterystyczne dla wieku podeszłego. W grupie wiekowej powyżej 18 r.ż. liczba hospitalizacji w

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: 21.07.2021r.].

¹⁸ Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 The Lancet, Volume 388, Issue 10053, s. 1545 - 1602

¹⁹ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.

²⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].

²¹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie urazów dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].

przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ok. 165 (5 najniższa wartość wśród województw)²². Szczegółowe dane dotyczące współczynników chorobowości w odniesieniu do tej konkretnej grupy rozpoznań nie zostały opublikowane w mapach potrzeb zdrowotnych, jednakże na podstawie liczby pacjentów korzystających z poradni neurologicznych w związku z rozpoznaniem mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii (30,7tys. osób) oraz liczby dorosłych mieszkańców województwa w roku 2016, współczynnik chorobowości AOS oszacowano na ok. 1800/100tys. ludności.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu²³. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²⁴. 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 stacjonarnych²⁵.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

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

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Mielno 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 Mielno na lata 2023-2030 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 2021²⁶ 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:

²² Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego (Dz.U. 2013 poz. 931).

²⁵ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp: 21.01.2019)

²⁶ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁷ – priorytet 2: rehabilitacja;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²⁸ - Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
- Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa zachodniopomorskiego²⁹: Obszar działania 2.6. Rehabilitacja medyczna;
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁰ – rekomendowane kierunki działań dla województwa zachodniopomorskiego: „Zwiększenia dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej”.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Uzyskanie u co najmniej 15%* uczestników programu poprawy³¹ w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne, dzięki realizacji kompleksowych działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych prowadzonych na terenie gminy Mielno w latach 2023-2030 wśród mieszkańców dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu.

2. Cele szczegółowe:

- 1) zmniejszanie poziomu dolegliwości bólowych wśród co najmniej 15%* pacjentów, u których był to cel rehabilitacji,
- 2) zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60%* uczestników programu.

* wartości docelowe szacowane na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze rehabilitacji leczniczej

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach 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 post-testu względem pre-testu, świadcząca o wyższym poziomie wiedzy świadczeniobiorcy).

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do pełnoletnich mieszkańców gminy Mielno których liczba wynosi ok. 3,8 tys. osób³². Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018 poz. 469),

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642).

²⁹ Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ustalenia wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrowia z 2021r. poz. 69),

³¹ Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. minimal clinically important difference) dla danego testu.

³² Bank Danych Lokalnych [<https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/teryt/tablica> dostęp: 11.05.2022r.].

kostno-mięśniowego wynosi ok. 6650/100tys. mieszkańców, współczynnik chorobowości AOS z powodu urazów wynosi 3800/100tys. mieszkańców, natomiast współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób obwodowego układu nerwowego ok. 1800/100tys. mieszkańców – łącznie w trzech grupach chorób ok. 12250/100tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Mielno oszacowano na poziomie ok. 470 pacjentów rocznie. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie ok. 88 dorosłych mieszkańców (ok. 38 osób w wieku produkcyjnym i ok. 50 osób w wieku poprodukcyjnym), w całym okresie realizacji – ok. 700 osób.

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

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie Realizator.

Kryteria włączenia

- zamieszkiwanie na terenie gminy Mielno (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty, ~~określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych,~~
- pisemna zgoda na uczestnictwo w programie,
- wniesienie częściowej odpłatności za każdy dzień zabiegowy,

Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, Gminę Mielno z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika),

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty (w przypadku posiadania skierowania od lekarza POZ, określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów zaplanowanych dla pacjenta przez fizjoterapeutę po zgłoszeniu się do Realizatora),
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;
- poprzedzony i zakończony wykonaniem wybranego przez Realizatora standaryzowanego testu zaburzeń funkcjonalnych³³

2) Działania edukacyjne, rozpoczynające się po wdrożeniu planu rehabilitacyjnego, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

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

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

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	34
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10
pionizacja	10

³³ Test należy wybrać biorąc pod uwagę stan kliniczny pacjenta oraz Rekomendację nr 58/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/REK/RP_58_2019_ZTM_reh_ogol.pdf].

ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	8
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	8
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	8
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10
wyciągi	9
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	7
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	13
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	16
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	2
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	2
jonoforeza	3
elektrostymulacja	4
tonoliza	3
prądy diadynamiczne	2
prądy interferencyjne	2
prądy TENS	2
prądy TRAEBERTA	2
prądy KOTZA	3
ultradźwięki miejscowe	4
ultrafonoforeza	4
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	3
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	3
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	2
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	2
laseroterapia - skaner	2
laseroterapia punktowa	3

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

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem 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 2014³⁴, 2015³⁵),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁶),
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013³⁷, 2016³⁸),

³⁴ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 02.08.2021r.].

³⁵ 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: 02.08.2021r.].

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

³⁷ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745

³⁸ Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.

- American Pain Society (APS 2009)³⁹,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁴⁰,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴¹,
- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴².

Według zaleceń NICE 2014⁴³ w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz zawodowym, jakość życia i relacje społeczne. Opracowywanie planu leczenia i rehabilitacji powinno uwzględniać zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji, w tym w zakresie możliwości zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością - dodatkowo interwencje mające na celu utratę masy ciała.

Właściwie dobrane ćwiczenia fizyczne należy zalecać wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ćwiczenia te powinny miejscowo wzmacniać mięśnie oraz poprawiać ogólną sprawność aerobową. Celem zmniejszania dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)⁴⁴ 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)⁴⁵ 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)⁴⁶ wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń fizycznych nadzorowanych przez specjalistę. Także Ci eksperci zalecają uwzględnianie w postępowaniu terapeutycznym przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapiiiskoenergetycznej.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013⁴⁷) proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię nefarmakologiczną (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 (2015⁴⁸) opieka nad pacjentami z omawianej grupy powinna uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne, 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 2016⁴⁹ 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

³⁹ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁴⁰ 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.

⁴¹ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

⁴² Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 03.08.2021).

⁴³ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁴⁴ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁵ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁶ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

⁴⁷ Fernandes L., Hagen KB, Bijlsma JWW, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

⁴⁸ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁴⁹ 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; dostęp: 02.08.2021r.].

po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

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

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 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 (III kwartał 2021r., aktualizacja II kwartał 2022r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Zachodniopomorskiego (III-IV kwartał 2022r.);
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-IV kwartał 2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - informacja w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej),
 - informacja w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);
 - informacja w Urzędzie Miejskim w Mielnie (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych);
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2031):
 - 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 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Mielnie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022r. poz. 633 ze zm.),
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021r. poz. 265 ze zm.),
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Realizator, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, będzie zobowiązany w trakcie postępowania konkursowego do złożenia oświadczenia, że nie będzie wykazywał w sprawozdaniach finansowych świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020r. poz. 849 ze zm.), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022r. poz. 1555 ze zm.), a także ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781 ze zm.).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

- 1) ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):
 - analiza liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
 - 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 – coroczną oraz kończącą prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach 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

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 46 000 zł rocznie (ok. 40 000 zł ze środków budżetu gminy, ok. 6 000 zł wpłata od uczestników za każdy dzień zabiegowy). 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 Zarządzenia nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (tabela I, s. 14-15). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono po zaokrągleniu na 2 zł na podstawie wartości najwyższej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna w powiecie koszański w województwie zachodniopomorskim tj. 1,10zł⁵⁰ oraz z uwzględnieniem wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w latach 2014-2022 tj. 78%⁵¹. 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 6,06, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 12,12 zł (2 zł x 6,06). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 12 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 480 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie; 40 x 12 zł).

1. Koszty jednostkowe

- 500 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (408 zł), działań edukacyjnych (20 zł) oraz wpłata od uczestnika za każdy dzień zabiegowy- osoby w wieku produkcyjnym do 10 zł, osoby w wieku poprodukcyjny do 5 zł (śr. 7,2 zł x 10 zabiegów= 72 zł),
- 1 500 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych),
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji.

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	--	1500	1 500,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny w tym działania edukacyjne	88	428	37 664,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny- wpłata od uczestników za każdy dzień zabiegowy (średnia- wiek produkcyjny do 10 zł, wiek poprodukcyjny do 5 zł)		72	6 336,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			46 000,00

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

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2023	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2024	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500

⁵⁰ Informator o umowach NFZ... op. cit.

⁵¹ Dane GUS [stat.gov.pl; dostęp: 01.08.2021r.] oraz informacje Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii (rok 2014: 1680zł brutto; rok 2022 – 3000zł brutto).

Rok 2025	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2026	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2027	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2028	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2029	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500
Rok 2030	46 000,00
Akcja informacyjna	1 500,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	44 000,00
Monitoring i ewaluacja	500

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Mielno oraz opłat pobieranych przez realizatora programu od uczestników programu za jeden zabieg fizjoterapeutyczny (średnio ok. 7,2 zł) w wysokości nieprzekraczającej 10 zł dla osób w wieku produkcyjnym i do 5 zł dla osób w wieku poprodukcyjnym. Szacuje się roczną maksymalną kwotę pobieraną od uczestników w wysokości ok. 6 350 zł. Gmina w latach 2023-2030 będzie starała się o dofinansowanie 40%-80% kosztów działań realizowanych w programie przez Zachodniopomorski 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. 2021r. poz. 1285 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016r. 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. z 2017r. poz. 9 ze zm.).

Załączniki do programu

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2028”

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 przerwania 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 testu 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 lekarza rehabilitacji medycznej)

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 2

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach
„Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno
na lata 2023-2028”**

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 Miejski w Mielnie
		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 testów zaburzeń funkcjonalnych	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)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Mielno na lata 2023-2028”

I. Ocena rejestracji

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

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

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

III. Ocena warunków panujących w przychodni

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

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Bibliografia:

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 04.08.2021r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
4. 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.
5. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
6. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
7. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
8. 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
9. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp: 21.01.2019)
11. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].
12. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014.
13. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
14. 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.
15. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
16. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
17. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].
18. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie urazów dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].
19. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego) dla województwa zachodniopomorskiego – dane za 2016r. [mpz.mz.gov.pl; dostęp: 25.07.2021r.].
20. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
21. 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; dostęp: 02.08.2021r.].
22. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 02.08.2021r.].
23. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
24. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.
25. 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: 21.07.2021r.].
26. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Zachodniopomorskiego [www.szczecin.uw.gov.pl; dostęp: 28.07.2021r.].
27. 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: 02.08.2021r.].
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
32. 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.
33. 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.
34. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
35. 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.
36. 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
37. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii [<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>; dostęp: 21.07.2021].
38. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 03.08.2021).
39. Zarządzenie 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką
40. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine.* 2010;26(3), s. 355-369.

Przewodniczący Rady Miejskiej Mielna

Tadeusz Jarząbek