

UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA

z dnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 poz. 609 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

Rada Miejska Cieszyna
uchwała, co następuje:

- § 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Cieszyna.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Miejskiej Cieszyna
z dnia 2024 r.



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Cieszyn, 2023

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Cieszyn na lata 2025-2029

Okres realizacji programu: 2025-2029

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

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Biuro Spraw Społecznych
Urząd Miejski w Cieszynie
Rynek 1, 43-400 Cieszyn
tel. (33) 47 94 379
bss@um.cieszyn.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	14
2. Cele szczegółowe	14
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
1. Populacja docelowa	15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Koszty całkowite.....	25
3. Źródło finansowania	25
Załączniki.....	27

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

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

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

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁶. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych⁷. Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta⁸.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy

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

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

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

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

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

rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i 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.

¹⁰ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

¹¹ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).

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 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%

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 Państwowego Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

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

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

¹⁶ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

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

Choroby w grupie problemów odnoszących się do układu kostno-stawowego i mięśniowego mają bardzo istotny wpływ na jakość i warunki życia osób doświadczających problemów zdrowotnych tego rodzaju. Są one najpowszechniejszą przyczyną niepełnosprawności, a co więcej w znaczący sposób wpływają na stan psychofizyczny cierpiących na nie osób. Analiza danych Global Burden of Disease (GBD) z roku 2019 wykazała, że około 1,7 miliarda ludzi na całym świecie cierpi na schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego¹⁸. Mimo że częstość występowania tych chorób różni się w zależności od wieku i rozpoznania, dotyczą one ludzi w każdym wieku na całym świecie. Schorzenia te mają największy udział w liczbie lat przeżytych z niepełnosprawnością (YLD) na całym świecie (ok. 17% wszystkich YLD w skali globalnej). Bóle grzbietu są głównym czynnikiem przyczyniającym się do ogólnego obciążenia chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, a wśród innych czynników w tym obszarze wymienia się m.in. chorobę zwyrodnieniową stawów, bóle szyi, amputacje, reumatoidalne zapalenie stawów oraz dnę moczanową¹⁹. Chociaż częstość występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wzrasta wraz z wiekiem, problem ten dotyka również młodszych ludzi, często w latach, w których osiągają szczyt swojej zawodowej efektywności. Prognozy wskazują, że liczba osób

¹⁷ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

¹⁸ Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006–2017.

¹⁹ Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/; dostęp: 15.02.2023r.].

obciążonych omawianym rodzajem schorzeń, w tym szczególnie bólem kręgosłupa, będzie wykazywała w najbliższych latach tendencję wzrostową²⁰.

Istotnych informacji dotyczących rozpowszechnienia problemu chorób układu ruchu w populacji dostarczają dane zawarte w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych²¹, zgodnie z którymi w roku 2019 w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 2,02 mln porad lekarskich. W przeliczeniu na 100 tys. ludności liczba tych porad wyniosła 5 269. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (9 305), łódzkie (8 609) i mazowieckie (8 173), najmniejszą zaś lubuskie (867), wielkopolskie (1 063) i opolskie (2 379). Województwo śląskie z liczbą 6 244 zajęło w tym rankingu 6 miejsce. W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 125,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Polsce 327 086. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (463 847), kujawsko-pomorskie (422 393) i lubuskie (402 792), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (201 201), opolskie (234 778) i warmińsko-mazurskie (244 515). Województwo śląskie z liczbą 287 909 zabiegów na 100 tys. ludności zajęło w tym rankingu 11 miejsce. Najwięcej ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności mieściło się w województwie podkarpackim (14,57), świętokrzyskim (10,78) i kujawsko-pomorskim (8,69), najmniej zaś w podlaskim (3,06), pomorskim (4,99) i mazowieckim (5). Wartość dla całej Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 6,85, z kolei dla województwa śląskiego 6,55 (10 miejsce w kraju).

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 11,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy bóle grzbietu (16,1% ogółu rozpoznań), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych (7,1%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 56%). Z problemem

²⁰ Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391: 2356–67.

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

urazu w analizowanym okresie w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiło się ok. 3,4 tys. mieszkańców Cieszyna²².

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 3,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu nerwowego (4,1% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (30,6% ogółu rozpoznań w tej grupie), ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych (10,4%), migrenę oraz inne zespoły bólu głowy (łącznie 8,9%) oraz retinopatie kończyny górnej (6,5%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 50%)²³.

W roku 2021 mieszkańcom powiatu cieszyńskiego wydano ponad 103,6 tys. zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. Wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy w analizowanym okresie, na drugim miejscu tuż po ostrych chorobach zapalnych układu oddechowego, znalazły się przewlekłe choroby układu ruchu (ok. 12,1% ogółu zaświadczeń lekarskich). Zwolnienia lekarskie ogółem były przyczyną łącznie ponad 1,1 mln dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu. Najwięcej dni absencji spowodowanych było opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (14,6% ogółu) oraz bólami grzbietu (4,9%)²⁴.

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

²² Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

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 masażu²⁵. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²⁶. 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 stacjonarnych²⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²⁷ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Cieszyn 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 oraz wnioskami płynącymi z diagnozy potrzeb zdrowotnych mieszkańców Cieszyna, przeprowadzonej na potrzeby opracowania Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego wśród mieszkańców Cieszyna badania kwestionariuszowego, najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu, stąd też ankietowani oczekują poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu i aktywności fizycznej. Ponadto, realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 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 2023²⁸ podpisano jedynie jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie miasta.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących,

²⁸ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

²⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].

- Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
- 2. Priorytety zdrowotne określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁰: priorytet 2: rehabilitacja;
- 3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³¹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne
- 4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³²: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1. Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 5. Plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026³³: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1 Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 6. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”³⁴:
 - cel operacyjny: B.1. Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych (Aktywna profilaktyka i zapewnienie kompleksowości usług medycznych, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych i wynikających ze zmian demograficznych),
 - Cel operacyjny: B.2. Aktywny mieszkaniec (Promocja aktywnego i zdrowego stylu życia);
- 7. Lokalna strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyńska³⁵
 - Priorytet 7, cel operacyjny 4.2: Realizacja programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji ruchowej i innych działań związanych z aktywnością ruchową.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

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

³³ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026

³⁴ Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.

³⁵ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyńska... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2029.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu u co najmniej 60%* uczestników Programu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%).
2. Odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Cieszyn, których liczba wynosi ok. 27,6 tys. osób³⁶. Interwencje w Programie skierowane będą do osób cierpiących na przewlekłe lub zapalne choroby układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 150 dorosłych mieszkańców.

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

2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Cieszyn (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty;

2.2. Kryteria wyłączenia:

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

³⁶ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

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 POZ/lekarza specjalisty lub wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;

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

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

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

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Cieszyń na lata 2025-2029

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

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

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem 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 2014³⁷, 2015³⁸),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁹),
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013⁴⁰, 2016⁴¹),
- American Pain Society (APS 2009)⁴²,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁴³,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴⁴,

³⁷ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁸ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].

³⁹ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

⁴⁰ 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

⁴¹ 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.

⁴² Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁴³ 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.

⁴⁴ 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.

- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴⁵.

Według zaleceń NICE 2014⁴⁶ 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)⁴⁷ 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)⁴⁸ 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)⁴⁹ 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.

⁴⁵ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.

⁴⁶ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁴⁷ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁸ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁹ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013⁵⁰) 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 (2015⁵¹) 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 2016⁵² wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez pacjentów, będącym konsekwencją pogorszenia jakości życia w wyniku choroby. Niezwykle ważna jest także edukacja pacjentów w zakresie fizjoterapii, w obliczu braku wiedzy chorych po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

⁵⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

⁵¹ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁵² 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].

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 2023 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III-IV kwartał 2023 r.);
- 3) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Śląskiego (I kwartał 2024 r.);
- 4) złożenie wniosku do Śląskiego OW NFZ o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej (do 1 września 2024r.);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2025);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I kwartał 2025 – IV kwartał 2029)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 8) ewaluacja (I kwartał 2030):
 - 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;
- 9) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Cieszynie. 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. 2022 r. poz. 633 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

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

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

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 100 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. (tabela I, s. 15-16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,29 zł na podstawie wartości ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w Cieszynie tj. 1,74 zł⁵³ oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,5%⁵⁴) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2023 (20%)⁵⁵.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 6,5, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 14,9 zł (1,94 zł x 6,5). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 15 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 600 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

- 630 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (600 zł) oraz działań edukacyjnych (30 zł)
- 5 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁵³ Informator o umowach NFZ... op. cit.

⁵⁴ Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

⁵⁵ Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.].

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	--	5 000	5 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	150	630	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			100 000,00

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

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2026	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2027	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2028	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2029	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Cieszyn oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina będzie realizowała program zdrowotny pod warunkiem uzyskania dofinansowania 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski 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. 2022 poz. 2561 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania

przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych
niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Postepy Hig Med Dosw* (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
4. 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. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017.
6. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
7. Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.]. Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
8. Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [<https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>; dostęp: 15.02.2023r.].
9. Davidson J, Marian S. Falls. *Rev Clin Gerontol* 2007;17, s. 93-107.
10. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011, 46(3), s. 313-318.
11. 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
12. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyński B, Goryński P (red.) *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
13. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391: 2356–67.
14. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
15. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
16. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. *Diagnostyka laboratoryjna* 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
17. 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.
18. Kozubski W., Liberski P., *Choroby układu nerwowego*, PZWL, Warszawa 2003.
19. Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyń
20. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
21. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
22. 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].
23. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
 24. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026
 25. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
 26. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
 27. 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.
 28. 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].
 29. 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].
 30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
 31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
 33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
 34. 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.
 35. 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.
 36. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
 37. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].
 38. Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.
 39. 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.
 40. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).
 41. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

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)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji medycznej)

B.2.

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 Cieszyn na lata 2025-2029”

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: Biuro Spraw Społecznych w gminie Cieszyn
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-tescie w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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

