

UCHWAŁA NR

RADY GMINY DĘBNICA KASZUBSKA

z dnia 18 maja 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026 – 2027”

Na podstawie art. 18 ust. 1 oraz art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153, poz. 1436; z 2023 r. poz. 1688; z 2026 r. poz. 252) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.¹⁾) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji: Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026 – 2027, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dębница Kaszubska.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w 2025 r. poz. 1083, poz. 1537, poz. 1739, poz. 1537; z 2026 r. poz. 26, poz.203.

Załącznik do uchwały nr
Rady Gminy Dębica Kaszubska
z dnia 18 maja 2026 r.

AKCEPTUJĘ

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



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Dębica Kaszubska, 2026

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027

Okres realizacji programu: 2026-2027

Program został zaplanowany jako pilotażowy. Dopuszcza się możliwość kontynuacji programu w latach kolejnych po analizie zasadności prowadzenia dalszych działań w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz możliwości finansowych Gminy Dębica Kaszubska

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

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Dębica Kaszubska

ul. Księdza Antoniego Kani 16a

76-248 Dębica Kaszubska

E-mail: informacja@debnicakaszubska.eu

Data opracowania programu: I kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
1. Cel główny	13
2. Cel szczegółowy	13
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa.....	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	14
3. Planowane interwencje.....	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Koszty jednostkowe	26
2. Koszty całkowite	27
3. Źródło finansowania.....	27
Bibliografia.....	28
Załączniki.....	31

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których ok. 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

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

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

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

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

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

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, terapię manualną, masaże lecznicze, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta⁸.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany

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).

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, terapię manualną, masaże lecznicze, fizykoterapię, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne¹¹. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, przede wszystkim ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego, ale także w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród występujących najczęściej wymienić należy złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi zazwyczaj w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenia. Stłuczenia stawu spowodowane są urazami bezpośrednimi, powodującymi ból oraz wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony. Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenie względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia

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/>.

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. Ok. 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁵.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa¹⁶. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze

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.

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 2021 na całym świecie przekraczała 1,7 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów¹⁸. Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)¹⁹.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2024²⁰ ze świadczeń rehabilitacji leczniczej skorzystało prawie 3,6 mln Polaków, w tym 72% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2024 w Polsce 8 495/100 tys. mieszkańców. W województwie pomorskim wskaźnik ten był wyższy (8 867/100 tys.), a na terenie powiatu słupskiego, gdzie leży Gmina Dębica Kaszubska, osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnokrajowej

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

¹⁹ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.

²⁰ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

i wojewódzkiej (9 139/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,65 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 419/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim było to ponad 102,3 tys. porad (4 339/100 tys.; siódme miejsce w kraju), a w powiecie słupskim – 5,2 tys. (5 421/100 tys.). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,98 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców). W województwie pomorskim było to ponad 405 tys. wizyt (17 167/100 tys.; szóste miejsce w kraju), a w powiecie słupskim – ponad 21,9 tys. porad (22 925/100 tys. – wynik wyższy od tego w kraju). W roku 2024 wykonano w Polsce ponad 279,8 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (746 368/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 18,6 mln (791 957/100 tys.; szóste miejsce w kraju), w powiecie słupskim – prawie 1,1 mln (1 133 768/100 tys. – jest to wynik znacznie wyższy niż ten dla kraju i województwa pomorskiego). Powyższe dane wyraźnie wskazują na wysokie zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w powiecie słupskim, w tym także na terenie gminy Dębница Kaszubska.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostnowęzowego 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 masażu²¹. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu leczenia

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²². 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 stacjonarnych²³.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Dębica Kaszubska, 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 Dębica Kaszubska na lata 2026-2027 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 2026²⁴ nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2024 poz. 529].

²³ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

²⁴ Informator NFZ – Gdzie się leczyć [https://gsl.nfz.gov.pl/GSL; dostęp: 07.02.2025 r.].

terenie gminy. Na terenie powiatu działa 5 podmiotów udzielających świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, ale średni czas oczekiwania na świadczenia w tym zakresie to ponad 8 miesięcy, a czas oczekiwania na świadczenia w podmiocie zlokalizowanym w najmniejszej odległości od gminy to ok. 11 miesięcy²⁵. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów²⁶. Wydaje się to mieć szczególne znaczenie w populacji osób starszych, często zmagających się z wielochorobowością.

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

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁷: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026²⁸: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna.
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna: Rekomendacja 8.1. Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej

²⁵ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 07.02.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

²⁶ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [https://www.pfron.org.pl/].

²⁷ Ibidem.

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

5. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa pomorskiego³¹: Obszar Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja: Podejmowanie systematycznych działań w celu zwiększenia zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych.

³¹ Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022- 2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.5655].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) według skali VAS u co najmniej 30%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2027

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70%* osób z populacji docelowej w latach 2026-2027

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, biorąc pod uwagę m. in. dane ewaluacyjne z realizacji PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata 2024-2025” oraz „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2024”, wskazujące na możliwość uzyskania w ramach PPZ zaplanowanych wartości docelowych. Dodatkowo, uwzględniono także wnioski z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów, potwierdzające, że poziom 30% w przypadku celu głównego stanowi próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. brak współpracy pacjenta, niestosowanie się do zaleceń, schorzenia współistniejące).

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności

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

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Dębница Kaszubska w wieku od 18 roku życia, których liczba wynosi ok. 7,2 tys. osób³². Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w powiecie słupeckim 9 139/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Dębница Kaszubska oszacowano na poziomie ok. 660 pacjentów. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie ok. 290 dorosłych mieszkańców (ok. 44% populacji docelowej).

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

1) Kryteria włączenia:

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Dębница Kaszubska, którzy:

- ukończyli 18 rok życia,
- rozpoznano u nich chorobę przewlekłą lub zapalną układu ruchu, uraz lub chorobę obwodowego układu nerwowego,
- wyrazili pisemną zgodę na dobrowolny udział w programie,
- zamieszkują na terenie Gminy Dębница Kaszubska,
- rozliczają podatek dochodowy od osób fizycznych (PIT), wskazując Gminę Dębница Kaszubska jako miejsce zamieszkania.

2) Kryteria wyłączenia:

- wiek <18 r.ż.,
- przeciwwskazania zdrowotne do rehabilitacji,
- korzystanie w danym roku kalendarzowym ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Dębница Kaszubska, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek

³² Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2026 r.].

chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Dębica Kaszubska (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do Programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego - na podstawie przeprowadzonego badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza POZ/specjalisty (załącznik 5),
- uwzględniająca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- uwzględniająca ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS;

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,

- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli I o łącznej sumie punktów 550 (+/- 10pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni,
- uwzględniający ponowną ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie;

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

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 3),
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Tab. II. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

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

Tab. III. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba zabiegów	Liczba punktów	Suma punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	6	36,49	218,94
Zabiegi kinezyterapii	9	8,55	76,95
Zabiegi fizykalne	21	5,27	110,67
Zabieg masażu	8	18,25	146,00
Razem	42	--	552,56

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

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)³³,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)³⁴,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)³⁵,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)³⁶,
- North American Spine Society (NASS 2020)³⁷,
- American College of Physicians (ACP 2017)³⁸,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)³⁹.
- Institute of Health Economics (IHE 2017)⁴⁰,
- National Stroke Foundation (NSF 2010)⁴¹,
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)⁴²,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)⁴³,
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)⁴⁴,

³³ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁴ Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

³⁵ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

³⁶ Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].

³⁷ Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].

³⁸ Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].

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

⁴¹ Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].

⁴² Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].

⁴³ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.

⁴⁴ Ibidem.

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)⁴⁵,

Zgodnie z zaleceniami NICE (2014) w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów należy dokonywać oceny wpływu choroby na aktywność dnia codziennego, jakość życia, pracę zawodową, nastrój, relacje społeczne oraz spędzanie wolnego czasu. Formułowanie planu leczenia i rehabilitacji, a także omawianie z pacjentem ryzyka i korzyści wynikających z proponowanego postępowania, wymaga uwzględnienia chorób współistniejących. Pacjentom dotkniętym zmianami zwyrodnieniowymi należy zapewnić stały dostęp do pełnej informacji o chorobie i rokowaniach, możliwość zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a także interwencje mające na celu utratę masy ciała, w przypadku pacjentów z nadwagą lub otyłością. Ponadto nie należy zapominać o konieczności włączenia pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących planu terapeutycznego. Odpowiednie ćwiczenia fizyczne (miejscowo wzmacniające mięśnie oraz poprawiające ogólną sprawność aerobową) powinny być zalecane wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ponadto, w celu uśmierzania bólu, zaleca się stosowanie przezskórnej stymulacji nerwów (TENS). Osobom z chorobą zwyrodnieniową kończyn dolnych należy zapewnić poradnictwo w zakresie stosowania odpowiedniego obuwia. Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).

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

Liczne wytyczne zalecają krótkie interwencje edukacyjne, zachęcające do powrotu do normalnej aktywności w celu ograniczenia absencji chorobowej

⁴⁵ Ibidem.

i niepełnosprawności związanej z przewlekłym bólem krzyża (COST 2006, NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016). Ponadto wytyczne te wskazują na konieczność zapewnienia pacjentom pełnej informacji o jednostce chorobowej oraz podejmowania kompleksowych programów rehabilitacji w odniesieniu do pacjentów przebywających na zwolnieniach lekarskich ponad 4-8 tygodni, a także tych, u których postępowanie monodyscyplinarne (farmakoterapia) nie przyniosło oczekiwanych efektów (IHE 2017, DAI 2017, ICSI 2018).

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

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

tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010).

Niewątpliwie według ekspertów naukowych ważnym elementem programu zdrowotnego powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas wykonywania zwykłych czynności codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości chorób układu ruchu i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017).

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

Ponadto zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny⁴⁶.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.⁴⁷: należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne

⁴⁶ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].

⁴⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

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

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów zawartymi w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych⁴⁸, w obszarze rehabilitacji leczniczej należy m.in.:

- obejmować rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio objęci opieką w tym zakresie,
- dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych, w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej

⁴⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy... op. cit.

samodzielności i niezależności (w celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów),

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

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych 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 obowiązującego prawa, w tym o rodzajach dokumentacji medycznej i sposobach jej przetwarzania oraz 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 w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia,

- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

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 polityki zdrowotnej (I kwartał 2026);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (II kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (II kwartał 2026 – IV kwartał 2027);
 - akcja informacyjna,
 - wizyty fizjoterapeutyczne,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027);

9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028).

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

Koordynatorem programu będzie Wójt Gminy Dębica Kaszubska. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty na terenie Gminy Dębica Kaszubska,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych (zabiegi fizjoterapeutyczne) zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.] – w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów i masażystów,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono

wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie 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, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

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

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

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

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 1 380 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 550 (+/- 10pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono po zaokrągleniu na 2,18 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie słupskim w województwie pomorskim (5 podmiotów) tj. 1,74 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 25%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano po zaokrągleniu na 1 200 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 550 punktów (550 pkt. x 2,18 zł = 1 199 zł), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II. Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4-5 zabiegów dziennie. Koszt wizyty fizjoterapeutycznej, obejmującej zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacji, oszacowano na 120 zł, natomiast koszt działań edukacyjnych na 60 zł (na podstawie badania rynku lokalnych podmiotów świadczących tego typu usługi).

Łączny koszt jednostkowy udziału w programie, obejmujący wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacji oraz działania edukacyjne, oszacowano na 1 380 zł. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, a także chęć objęcia programem jak największej liczby mieszkańców z populacji docelowej, gmina dofinansuje uczestnikom 50% kosztów udziału w programie tj. max. 690 zł (pozostałe 50% kosztów tj. 690 zł będzie finansowane przez uczestnika programu).

1. Koszty jednostkowe

Tab. IV. Koszty jednostkowe w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Cena (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%), w tym:	690,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	60,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	600,00
3. Działania edukacyjne	30,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%), w tym:	690,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	60,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	600,00
3. Działania edukacyjne	30,00

2. Koszty całkowite

Tab. V. Koszty programu w podziale na poszczególne interwencje w latach 2026-2027

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%):			
Wizyta fizjoterapeutyczna	290	60,00	17 400,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	290	600,00	174 000,00
Działania edukacyjne	290	30,00	8 700,00
Suma	290	690,00	200 100,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%):			
Wizyta fizjoterapeutyczna	290	60,00	17 400,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	290	600,00	174 000,00
Działania edukacyjne	290	30,00	8 700,00
Suma	290	690,00	200 100,00
Koszty programu			400 200,00

Program zakłada również realizację ewaluacji i bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Dębica Kaszubska. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Dębica Kaszubska oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie gminy. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 200 100 zł (100 050 zł w roku 2026 i 100 050 zł w roku 2027). Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Dębica Kaszubska (50%) oraz środków pacjentów (50%). Gmina bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Pomorski 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. 2025 poz. 1461 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. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
2. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [<https://extranet.who.int/>].
3. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
4. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
5. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>].
6. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [<https://www.spine.org/>].
7. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
8. 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.
9. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
11. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>].
12. Informator NFZ o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
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. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
17. Low Back Pain Guideline, 2017 [<https://www.ihe.ca/>].
18. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [<https://www.icsi.org/>].

19. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
20. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).
21. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
22. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.
23. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [<http://annals.org>].
24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
26. Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022- 2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.5655].
27. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].
28. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
29. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.
30. 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.
31. 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].
32. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

33. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review*; 19(3): 323–334.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
37. 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.
38. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
39. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
40. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
41. 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
42. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.
43. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.
44. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

I. Dane uczestnika programu

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

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

Oświadczam, że rozliczam podatek dochodowy od osób fizycznych w Urzędzie Skarbowym właściwym dla osoby zamieszkałej na terenie Gminy Dębica Kaszubska, ze wskazaniem Gminy Dębica Kaszubska jako miejsca zamieszkania, na potwierdzenie czego okażę do wglądu jeden z trzech niżej wymienionych dokumentów (właściwy zaznaczyć X):

- pierwsza strona PIT opatrzona prezentatą Urzędu Skarbowego (pieczętą wpływ) lub z potwierdzeniem jego złożenia
- pierwsza strona PIT wraz z Urzędowym Poświadczeniem Odbioru tego PIT (UPO)
- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

II. Zgoda na udział w Programie

.....
.....
.....

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do Programu

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

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
<i>Działania edukacyjne</i>	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Indywidualny plan rehabilitacji</i>	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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

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

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.	

* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

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

Załącznik 3

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
 - A) Witamina C
 - B) Błonnik
 - C) Wapń
 - D) Magnez

2. Jaka jest główna rola diety w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu?
 - A) Zwiększenie masy mięśniowej niezależnie od aktywności
 - B) Ograniczenie procesów zapalnych i wspomaganie regeneracji tkanek
 - C) Eliminacja konieczności leczenia farmakologicznego
 - D) Zastąpienie rehabilitacji

3. Jaką rolę odgrywa regularna aktywność fizyczna w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu?
 - A) Może być stosowana tylko po całkowitym ustąpieniu objawów
 - B) Zwiększa ryzyko nawrotu urazów
 - C) Wzmacnia mięśnie stabilizujące i poprawia zakres ruchu
 - D) Jest wskazana wyłącznie u osób młodych

4. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas pracy biurowej?
 - A) Co 2 godziny
 - B) Tylko po zakończeniu pracy
 - C) Co 30–60 minut
 - D) Raz dziennie

5. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
 - A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
 - B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
 - C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
 - D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy

6. Która metoda jest skuteczna w radzeniu sobie ze stresem w życiu zawodowym?
- A) Tłumienie emocji
 - B) Praca bez przerw
 - C) Techniki oddechowe, aktywność fizyczna i planowanie odpoczynku
 - D) Zwiększenie ilości obowiązków
7. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście ergonomii?
- A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
 - B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
 - C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
 - D) Utrzymywanie lekkiego skrętu tułowia podczas siedzenia
8. Który z poniższych nawyków stylu życia ma udowodniony wpływ na rozwój przewlekłych zespołów bólowych układu ruchu?
- A) Brak ekspozycji na światło słoneczne
 - B) Przewlekłe odwodnienie
 - C) Brak snu i przewlekły stres
 - D) Wszystkie powyższe
9. Profilaktyka wtórna chorób układu ruchu polega przede wszystkim na:
- A) Zapobieganiu pierwszemu zachorowaniu
 - B) Leczeniu wyłącznie operacyjnym
 - C) Zapobieganiu nawrotom choroby i pogłębianiu się dysfunkcji
 - D) Eliminacji aktywności fizycznej
10. Jakie działanie najlepiej zmniejsza ryzyko urazów podczas aktywności fizycznej?
- A) Pomijanie rozgrzewki
 - B) Intensywny trening bez przerw
 - C) Stopniowe zwiększanie obciążenia i prawidłowa technika
 - D) Trening tylko raz w miesiącu

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026-2027” (wzór)

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

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

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Proponowany rodzaj i liczba zabiegów.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza

Załącznikiem do dokumentu powinna być klauzula RODO stosowana w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Uzasadnienie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca o samorządzie gminnym (Dz. U. 2025 r. poz. 1153) do zadań własnych gminy należy ochrona zdrowia. Jednocześnie, zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) jednostki samorządu terytorialnego mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować programy polityki zdrowotnej. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest zadaniem własnym gminy. W związku z powyższym proponuje się przyjęcie programu polityki zdrowotnej o nazwie „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026 – 2027”. Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027 na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji (Opinia nr 32/2026 z dnia 30 kwietnia 2026 r.). Program w założeniu będzie finansowany ze środków stanowiących wkład własny gminy Dębica Kaszubska (50%) oraz środków pacjentów (50%). Realizator programu polityki zdrowotnej będzie wybrany w trybie konkursu ofert. W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.