

**UCHWAŁA NR V.37.2024
RADY GMINY KOLSKO**

z dnia 22 sierpnia 2024 r.

**w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa
wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia
na lata 2025-2029”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609 i 721) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 3 oraz art. 48a ust. 1-3 i 5 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 146) uchwala się, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Kolsko.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady

Gracjan Pietruszka

Załącznik do uchwały Nr V.37.2024
Rady Gminy Kolsko
z dnia 22 sierpnia 2024 r.

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów
kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia
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. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Kolsko, 2024

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029

Okres realizacji programu: 2025-2029

Autorzy programu: dr n. o zdr. Karolina Sobczyk
dr n. o zdr. Mateusz Grajek

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT: Rekomendacja nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa

Kontynuacja/trwałość programu:

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

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Kolsko
Piastowska 12, 67-415 Kolsko
Tel.: (68) 352 41 77
E-mail: sekretariat@gminakolsko.com.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2024 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	12
2. Cel szczegółowy	12
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
1. Populacja docelowa	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
3. Planowane interwencje	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania..	19
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Koszty jednostkowe	25
2. Koszty całkowite:.....	26
3. Źródło finansowania	26
Bibliografia.....	28
Załączniki.....	30

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 układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym te objawiające się przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Zespoły bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przypadłości człowieka i choć nie stanowią zagrożenia życia, to są istotnym problemem współczesnej medycyny. Szacuje się, że współczynnik zachorowalności w przypadku tych schorzeń jest wyższy niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego¹.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa znane są człowiekowi od bardzo dawna, jednak w ostatnich dekadach częstotliwość ich występowania niepokojąco się zwiększyła. Bóle kręgosłupa stały się obecnie chorobą cywilizacyjną. Jest to problem dotyczący coraz większej, również młodszej części społeczeństwa. W związku z rozwojem cywilizacji organizm ludzki został pozbawiony naturalnej potrzeby aktywności ruchowej. Brak ruchu stał się główną przyczyną bólów kręgosłupa, wynikających z trybu życia, wykonywanej pracy oraz nieznanomości zasad ergonomii wysiłku. Zespoły bólowe kręgosłupa powodują ograniczenia w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. Proces ewolucji umożliwił przybranie pionowej pozycji ciała dzięki odpowiedniemu przeniesieniu środka ciężkości. Okazało się wówczas, że odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa nie został odpowiednio przygotowany w procesie ewolucji do pełnienia niektórych funkcji. Niestety, współczesny człowiek więcej czasu spędza w pozycji siedzącej, a więc mało fizjologicznej i mocno obciążającej kręgosłup. Powoduje to, że obecnie częściej i wcześniej pojawiają się zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Sprzyja temu współczesny styl życia tj. pośpiech, stres, ograniczenie aktywności fizycznej².

¹ Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. Pediatr. Med. Rodz. 10 (3): 253-264.

² Klimaszewska K. i wsp., Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa, Problemy Pielęgniarstwa 2011, tom 19, zeszyt nr 1.

Ból krzyża to ból dolnego odcinka kręgosłupa, najczęściej lędźwiowo-krzyżowego. Synonimami tego określenia często używanymi w praktyce są: ból pleców, lumbago, lędźwioból czy zapalenie korzeni. Rozpoznanie ustalane jest wówczas, gdy nie można wykryć żadnej zapalnej czy niezapalnej przyczyny dolegliwości bólowych³. Ból jest zjawiskiem bardzo subiektywnym, jednostkowym, stanowi doznanie zmysłowe i emocjonalne. Łączy się z uszkodzeniem tkanek, ale może też występować bez niego. Ból zawsze jest doznaniem bardzo nieprzyjemnym, a kiedy jest przewlekły, wiąże się z cierpieniem. Ze względu na czas trwania można wyróżnić ból ostry (krótkotrwały, intensywny, trwa tak długo jak działa bodziec, nie dłużej niż 2-3 miesiące) oraz ból przewlekły (patologiczny, będący objawem, skutkiem choroby, trwający ponad 3 miesiące)⁴.

Jedną z najczęstszych przyczyn bólu pleców jest uszkodzenie mięśni, ścięgien lub krążków międzykręgowych, do którego dochodzi pod wpływem zbyt dużego obciążenia. Kręgosłup to wyrafinowana konstrukcja, ułatwiająca utrzymanie pozycji wyprostowanej dzięki sile mięśni i mechanicznym właściwościom kości. Każda tego typu konstrukcja ma ograniczoną wytrzymałość mechaniczną. Nieprawidłowo wykonana próba podniesienia zbyt dużego ciężaru, gwałtowny ruch bądź uderzenie mogą spowodować jego uszkodzenie⁵.

Drugą częstą przyczyną bólu są uszkodzenia wynikające z wad wrodzonych lub degeneracji kręgosłupa związanej z wiekiem. Jest to na przykład tak zwane wypadnięcie dysku (dyskopatia), czyli przemieszczenie się jednego z elastycznych krążków umieszczonych między kręgami, albo kręgozmyk, czyli przemieszczenie kręgów względem siebie. W tych przypadkach ból związany jest zwykle nie tylko z uszkodzeniem mechanicznym, ale także z uciskiem rdzenia pachowego. Trzecią istotną grupą źródeł bólu są schorzenia neurologiczne, takie jak zapalenia nerwów (rwa kulszowa)⁶. Przyczyny bólów kręgosłupa mogą być także związane⁷:

- ze sposobem życia - pozycją wymuszoną (na przykład prowadzeniem samochodu), wibracjami, uprawianiem niektórych sportów (hokej, golf, kręgle, żeglarstwo, piłka nożna),

³ Krismer M., van Tulder M. The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions: Low back pain (non-specific). Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2007; 21: 77–91

⁴ Domżał T.M. Bóle krzyża. Przew. Lek. 2001; 4: 104–110.

⁵ Klimaszewska K. i wsp., Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego... op. cit.

⁶ Ibidem.

⁷ Świerkot J. Bóle krzyża — etiologia, diagnostyka i leczenie. Przew. Lek. 2006; 9: 86–98.

- z pracą zawodową - ciężka praca fizyczna, długotrwała wymuszona postawa ciała, częste powtarzające się ruchy rotacji i zginania, powtarzalny wysiłek przy podnoszeniu ciężarów, wielogodzinna pozycja siedząca,
- z czynnikami psychologicznymi - zaburzenia osobowościowe, depresja, zaburzenia nerwicowe, przewlekły stres.

Do wystąpienia bólów kręgosłupa szczególnie predysponują: otyłość, wysoki wzrost (kobiety powyżej 170 cm, mężczyźni powyżej 180 cm), wiek 40–59 lat, osłabienie mięśni brzucha i pasa miednicznego, ciąża, urazy narządu ruchu, skolioza, wady rozwojowe⁸. Według niektórych badaczy czynnikiem predysponującym do wystąpienia bólów dolnego odcinka kręgosłupa jest płeć żeńska. Podkreśla się w wielu doniesieniach, że siedzący tryb życia jest czynnikiem predykcyjnym bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa⁹. Z tego też powodu w profilaktyce bólów kręgosłupa tak istotne znaczenie ma regularny sport rekreacyjny. Służy on z jednej strony poprawie ukształtowania kręgosłupa, z drugiej strony - ma wpływ na poziom endorfin w płynie mózgowo-rdzeniowym, co może mieć znaczenie w podwyższaniu progu bólu¹⁰.

Zespoły bólowe kręgosłupa są najczęstszą przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej osób poniżej 45. roku życia, a w grupie wiekowej 50–64 lat przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne. Każdego roku miliony czynnych zawodowo osób przebywa na zwolnieniach z powodu bólów kręgosłupa. Zakres dolegliwości bólowych kręgosłupa może przybrać rozmaity charakter - od bólów krótkotrwałych o umiarkowanym nasileniu, po bóle silne, które mają charakter przewlekły. Można temu zapobiec i jest to znacznie prostsze niż leczenie. Właściwie dobrany ruch niweluje bóle kręgosłupa. Oddziałuje na cały organizm, a zwłaszcza na narządy ruchu, poprawia kondycję, mobilizuje, łagodzi napięcie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Ruch powinien być dobrany w zależności od wieku, rodzaju pracy zawodowej, warunków życia i stanu zdrowia, indywidualnych upodobań. Kiedy jednak dolegliwości pojawią się już w postaci przewlekłej, trwającej powyżej 3 miesięcy – należy zapewnić pacjentowi dostęp do wysokiej jakości rehabilitacji leczniczej¹¹. Wśród podstawowych metod leczenia przewlekłego bólu

⁸ Ibidem.

⁹ Król A., Szczygieł E., Biłski J., Golec J., Masłoń A. Poziom aktywności fizycznej a niespecyficzny ból kręgosłupa w wybranych grupach młodzieży. *Ostry Dyżur* 2014; 7 (1): 11–15.

¹⁰ Auvinen J., Tammelin T., Taimela S., Zitting P., Karppinen J. Associations of physical activity with low back pain in adolescents. *Scand. J. Med. Sci. Sports*. 2008; 18: 188–194.

¹¹ Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*, Kraków 2007; 403–414.

kręgosłupa, obok farmakoterapii, znajduje się właśnie rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta¹².

2. Dane epidemiologiczne

Nawet do 85% populacji doświadcza w ciągu całego życia co najmniej jednego epizodu bólu okolicy dolnego odcinka kręgosłupa. U ponad połowy z nich objawy ustępują samoistnie po 1-2 tygodniach, jednak u 80-90% pacjentów całkowity powrót do zdrowia następuje po około 8 tygodniach. Odsetek przypadków nawrotu jest wysoki (80%). Ból staje się dolegliwością przewlekłą u 10-15% pacjentów. Czas trwania pierwszego epizodu stanowi czynnik predykcyjny rozwoju przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa – gdy dolegliwości utrzymują się dłużej niż 14 dni, u pacjenta może rozwinąć się przewlekły zespół bólowy kręgosłupa (ZBK)¹³. Częstość występowania ZBK zwiększa się po 30 r.ż. i osiąga maksimum w wieku 55-64 lat, jednak autorzy wykazują zaniepokojenie faktem przesuwania się granicy tego schorzenia do coraz młodszych roczników¹⁴.

Jak już wspomniano w opisie problemu zdrowotnego, wśród najczęstszych przyczyn przewlekłych bólów kręgosłupa znajduje się szereg schorzeń układu kostnowęzłowego i mięśniowego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ok. 1,7 miliarda ludzi na całym świecie cierpi na te choroby. Są one główną przyczyną niepełnosprawności na całym świecie, a sam ból krzyża jest główną przyczyną niepełnosprawności w 160 krajach. Omawiane schorzenia znacznie ograniczają mobilność i sprawność, prowadząc do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, gorszego samopoczucia i zmniejszonej zdolności do uczestnictwa w życiu społecznym. Ze względu na wzrost liczebności populacji i proces jej starzenia się, liczba osób żyjących ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i związanymi z nimi ograniczeniami funkcjonalnymi z roku na rok gwałtownie rośnie¹⁵.

Choroby układu ruchu, w tym te przebiegające z przewlekłym bólem kręgosłupa w obrazie klinicznym, stanowi istotne obciążenie dla systemu zabezpieczeń społecznych. Znaczenie rosnącego rozpowszechnienia tych schorzeń dla zdrowia publicznego, systemu gospodarczego kraju oraz systemu zabezpieczenia

¹² P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.

¹³ Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. *Back pain...* op. cit.

¹⁴ Martyniuk A., Górski S., Górski A., Bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa — istotny i narastający problem. *Przegląd piśmiennictwa, Problemy Pielęgniarstwa* 2016, tom 24, zeszyt nr 1.

¹⁵ Musculoskeletal health, World Health Organization [<https://www.who.int/>].

społecznego, odzwierciedlają dane dotyczące wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są drugą, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania, grupą chorobową generującą najwyższe wydatki w strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (14,7% ogółu w roku 2022)¹⁶. Choroby te były w roku 2023 przyczyną ponad 40,4 mln dni absencji chorobowej (17% ogółu), zajmując tym samym pierwsze miejsce w tym rankingu¹⁷.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023¹⁸ ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 3 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 8 141/100 tys. mieszkańców. W województwie lubuskim wskaźnik ten był wyższy (8 995/100 tys.), natomiast na terenie powiatu nowosolskiego, gdzie leży gmina Kolsko, osiągnął wartość niższą od ogólnokrajowego (7 374/100 tys.). W analizowanym okresie zrealizowano w Polsce ponad 5,6 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 081/100 tys. mieszkańców). W województwie lubuskim było to ok. 188 tys. wizyt (19 281/100 tys.; trzecie miejsce w kraju), a w powiecie nowosolskim – ponad 11,6 tys. porad (14 147/100 tys. – wynik gorszy od tego w kraju i w województwie). W roku 2023 wykonano w Polsce ponad 263,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (699 523/100 tys. mieszkańców), w województwie lubuskim ponad 7,8 mln (808 784/100 tys.; 4 miejsce w kraju), w powiecie nowosolskim – 517,8 tys. (629 373/100 tys. – jest to wynik gorszy niż ten dla kraju i województwa lubuskiego). Odsetek pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie w związku z bólami grzbietu w ogóle pacjentów w roku 2023 wyniósł w Polsce 9% - było to zatem ok. 275,7 tys. osób. W województwie lubuskim było to 7% ogółu – ok. 5,5 tys. osób. Wskazane wyżej dane mogą świadczyć o ograniczonej dostępności do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców powiatu nowosolskiego.

¹⁶ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, Warszawa 2023.

¹⁷ Absencja chorobowa w 2023 roku, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, Warszawa 2024.

¹⁸ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem przewlekłych bólów kręgosłupa 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 masażu¹⁹. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²⁰. 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 stacjonarnych²¹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Przewlekłe bóle kręgosłupa 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 układu kostno-stawowego

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²¹ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

i mięśniowego 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 Kolsko, dotkniętych problemem przewlekłego bólu kręgosłupa, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia 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 2024²² nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy.

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.²³: 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 2021-2025²⁴: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;

²² Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>].

²³ Ibidem.

²⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁵: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego: Obszar rehabilitacja medyczna.
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa lubuskiego²⁶: Obszar Rehabilitacja medyczna.

²⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁶ Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026 [<https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/>].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki bólów kręgosłupa wśród co najmniej 70%* uczestników programu.

2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) wśród co najmniej 70%* personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia bólów kręgosłupa.
2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) wśród co najmniej 70%* świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki oraz postępowania w sytuacji wystąpienia bólów kręgosłupa.
3. Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 20%* uczestników programu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności.

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób (personel medyczny + świadczeniobiorcy), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 2	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Szczegółowy 3	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).

* 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

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 4/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do Programu osób deklarujących ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe do Programu nie włączono pracodawców i pracowników z lokalnych zakładów pracy oraz osób z grup ryzyka wystąpienia przewlekłego bólu kręgosłupa.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia, których liczba wynosi ok. 1 077 osób²⁷. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego wynosi w powiecie nowosolskim ok. 7 374/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Kolsko oszacowano na poziomie ok. 80 pacjentów rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 35 mieszkańców (ok. 44% populacji docelowej).

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

2.1. Kryteria włączenia:

1) Szkolenie dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

²⁷ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].

b) Kryteria wyłączenia:

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika)
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim (oświadczenie uczestnika)

2) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- wiek 55 lat i więcej
- zameldowanie na terenie gminy Kolsko (oświadczenie uczestnika)
- występowanie przewlekłego bólu kręgosłupa (trwającego nieprzerwanie powyżej trzech miesięcy)

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat (oświadczenie uczestnika)

3) Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna

a) Kryteria włączenia:

- wiek 55 lat i więcej
- zameldowanie na terenie gminy Kolsko (oświadczenie uczestnika)
- występowanie przewlekłego bólu kręgosłupa (trwającego nieprzerwanie powyżej trzech miesięcy)

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa (oświadczenie uczestnika)

4) Działania rehabilitacyjne

a) Kryteria włączenia:

- otrzymanie skierowania na działania rehabilitacyjne w czasie realizowanej w ramach PPZ wizyty diagnostyczno-terapeutycznej

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa (oświadczenie uczestnika)
- obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. „czerwone flagi”)
- obecność przeciwwskazań medycznych do rehabilitacji, w tym brak współpracy ze strony świadczeniobiorcy

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez gminę Kolsko, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu przewlekłego bólu kręgosłupa w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

3. Planowane interwencje

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 4/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., według których w trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich, zdecydowano o włączeniu do Programu następujących działań: szkolenia dla personelu medycznego, działania informacyjno-edukacyjne, wizyty diagnostyczno-terapeutyczne oraz działania rehabilitacyjne. Szkoleń w zakładach pracy nie zaplanowano z uwagi na ograniczone zasoby finansowe.

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Kolsko, placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Kolsko (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 w złożonej ofercie.

Interwencje:

1) Szkolenia dla personelu medycznego:

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia bólu kręgosłupa,
- obejmujące podkreślenie potrzeby dążenia do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za proces terapii aktualnych dolegliwości oraz prewencji ich nawrotu, a także kładzenia nacisku na fizjoprofilaktykę (formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do samodzielnego wykonania w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad),

- obejmujące podkreślenie faktu, że diagnostyka obrazowa powinna być prowadzona tylko, jeśli wynik badań może zmienić postępowanie rehabilitacyjne/lecnicze,
- obejmujące informowanie o konieczności współpracy między specjalistami (m.in. lekarzami, fizjoterapeutami),
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje),
- trwające min. 3 godziny edukacyjne (3x45min),
- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych;

2) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. profilaktyki bólów kręgosłupa, w tym m.in. na temat:
 - głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia bólów kręgosłupa,
 - zasad ergonomii w życiu codziennym oraz podczas pracy,
 - ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko pojawienia się/nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych,
 - znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia i korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie,
 - zasad postępowania w przypadku wystąpienia bólów kręgosłupa (np. ograniczenia odpoczynku w łóżku do maksymalnie 2 dni po wystąpieniu epizodu bólu, kontynuowania zwykłej aktywności zgodnie z tolerancją bólu), w tym roli stosowania się do zaleceń lekarza/fizjoterapeuty oraz samozarządzania,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Kolsko, Realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały Ministerstwo Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia),

- obejmujące indywidualną edukację zdrowotną pacjenta podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 4),

3) Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna, realizowana zgodnie z poniższymi założeniami:

- przekazanie uczestnikowi pre-testu badającego poziom wiedzy nt. profilaktyki bólów kręgosłupa oraz postępowania w sytuacji ich wystąpienia (opracowanego przez Realizatora, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych, wzór – załącznik 4),
- dokonanie oceny stanu klinicznego pacjenta, w tym co najmniej ocena intensywności bólu w VAS (wizualna skala analogowa) oraz poziomu funkcjonalnego (np. test marszu 5-minutowego, test przejścia z pozycji siedzącej do stojącej),
- zebranie wywiadu chorobowego,
- skierowanie pacjenta do realizowanych w ramach programu działań rehabilitacyjnych – skierowanie zawiera wyniki wstępnej oceny stanu pacjenta oraz informację o braku stwierdzonych przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji,
 - skierowanie zawiera liczbę i rodzaj zabiegów, dobranych wg indywidualnych wskazań pacjenta spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 600 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni,
 - skierowanie nie może zawierać zabiegów fizykalnych, ponieważ jest to niezgodne z Rekomendacją nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa AOTMiT, na podstawie której realizowany jest program,
- należy rozważyć wykorzystanie narzędzi do stratyfikacji ryzyka (np. kwestionariusza STarT Back lub narzędzia zwalidowanego i zaadaptowanego do polskiej sytuacji) w celu podjęcia wspólnej decyzji co do dalszego sposobu postępowania,
- należy przeprowadzić badanie pod kątem możliwości wystąpienia poważnej patologii (np. infekcji, nowotworu, choroby serca, niewydolności tętnic, niewydolności górnego więzadła szyjnego, złamania) - w przypadku zidentyfikowania co najmniej jednego objawu ostrzegawczego lub innego przeciwwskazania do rehabilitacji, świadczeniobiorca kończy udział w programie i otrzymuje na piśmie zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania, w tym skierowanie do odpowiednich specjalistów poza programem,
- przeprowadzenie indywidualnej edukacji zdrowotnej pacjenta, dotyczącej profilaktyki bólów kręgosłupa oraz postępowania w sytuacji ich wystąpienia, wraz z przekazaniem

uczestnikowi post-testu celem zbadania utrzymania lub uzyskania określonego poziomu wiedzy w omawianym temacie (opracowanego przez Realizatora, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych, wzór – załącznik 4),

- świadczeniobiorców należy informować o możliwości wzięcia udziału w terapii poznawczo-behawioralnej w związku z ich dolegliwościami bólowymi (należy przekazać im informacje o najbliższych zlokalizowanych podmiotach, które świadczą tego typu usługi w ramach finansowania przez publicznego płatnika).

Tab. II. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu działań rehabilitacyjnych uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1 (min. 30 minut)	36,49
Zabiegi kinezyterapii (min. 20 minut)	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe (min. 20 minut)	3,21
Zabieg masażu (min. 20 minut)	18,25

* 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

4) Działania rehabilitacyjne, realizowane zgodnie z poniższymi założeniami:

- działania rehabilitacyjne są prowadzone indywidualnie z każdym świadczeniobiorcą,
- dopuszcza się prowadzenie grupowych ćwiczeń ogólnoustrojowych,
- realizowany program rehabilitacji jest zgodny z liczbą i rodzajem ćwiczeń, które zawarte są na skierowaniu wydanym w czasie realizowanej w ramach programu wizyty diagnostyczno-terapeutycznej,
- każdemu świadczeniobiorcy należy założyć kartę zabiegów fizjoterapeutycznych,
- każdy świadczeniobiorca otrzymuje materiały z opisem ćwiczeń oraz ich dawkowania, które powinien samodzielnie wykonywać w domu,
- w celu osiągnięcia trwałości uzyskanego efektu należy poinformować świadczeniobiorcę o zalecanym dalszym postępowaniu oraz jeśli jest to wskazane – przygotować długoterminowy plan aktywności fizycznej z uwzględnieniem form aktywności fizycznej preferowanych przez świadczeniobiorcę,
- ponowne dokonanie oceny stanu klinicznego pacjenta, w tym co najmniej ocena intensywności bólu w VAS (wizualna skala analogowa) oraz poziomu funkcjonalnego (np. test marszu 5-minutowego, test przejścia z pozycji siedzącej do stojącej) w ostatnim dniu działań rehabilitacyjnych.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranej w drodze konkursu placówce. 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 2024 r.);
- 2) przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności programu z Rekomendacją Prezesa AOTMiT (III kwartał 2024);
- 3) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Lubuskiego (III kwartał 2024 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2024 – I kwartał 2025);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2025/2026/2027/2028/2029)
 - szkolenia dla personelu medycznego,
 - działania informacyjno-edukacyjne,
 - wizyty diagnostyczno-terapeutyczne,
 - działania rehabilitacyjne
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (I kwartał 2030):
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) 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 Gminy Kolsko. Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 r. poz. 799 z późn. zm.],
- zapewnienie prowadzenia szkolenia dla personelu medycznego przez lekarza (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej) posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa lub fizjoterapeutę posiadającego prawo do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa, który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- zapewnienie prowadzenia wizyty diagnostyczno-terapeutycznej przez fizjoterapeutę posiadającego prawo do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii lub lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa,
- zapewnienie prowadzenia działań rehabilitacyjnych przez fizjoterapeutę posiadającego doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa lub fizjoterapeutę po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego,

- spełnianie wymogów lokalowych i sprzętowych zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy – zapewnienie wyposażenia i warunków lokalowych adekwatnych do planowanych działań,
- 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. 2024 poz. 581 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], 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 oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2) na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej,
- liczba osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów,
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie;

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu programu, a jej wyniki zostaną przedstawione w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

Ocena efektywności programu zostanie przedstawiona na podstawie następujących mierników:

- liczba i odsetek osób (personel medyczny + świadczeniobiorcy), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test,
- liczba i odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test,
- liczba i odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test,
- liczba i 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),
- liczba i odsetek osób, u których doszło do poprawy sprawności funkcjonalnej po zakończeniu działań rehabilitacyjnych (ocena wstępna i końcowa za pomocą np. testu marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej),
- liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga),
- liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji,
- liczba osób, które w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zostały skierowane na działania rehabilitacyjne.

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 zaplanowano budżet w wysokości 50 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty cenowej, z uwzględnieniem założonego w Programie limitu punktów dla każdego pacjenta. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załączniku 1m do Zarządzenia 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.01.2022 r. (tabela II, s. 18). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 1,96 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie nowosolskim w województwie lubuskim (4 podmioty) tj. 1,57 zł²⁸ oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,9%²⁹) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę fizjoterapeuty z wyższym wykształceniem magisterskim w okresie 2023-2024 (12,8%)³⁰.

Koszt indywidualnego planu rehabilitacji dla jednej osoby cyklu 10-dniowym oszacowano po zaokrągleniu na 1 180 zł - zabiegi o łącznej sumie punktów ok. 600 (1,96 zł x 600 punktów). Koszt wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, obejmującej zaplanowanie działań rehabilitacyjnych oraz działania edukacyjne, oszacowano na 150 zł (na podstawie badania rynku podmiotów świadczących tego typu usługi).

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ.

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	150,00

²⁸ Informator o umowach NFZ... op. cit.

²⁹ Dane GUS, średnioroczny wskaźnik inflacji – komunikat z 15.01.2024 r. [stat.gov.pl].

³⁰ Dane KIF, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2023 (6 473,07 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2024r. (7 298,59 zł) [https://kif.info.pl/].

4. Działania rehabilitacyjne	1 180,00
------------------------------	----------

Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne w Programie, w związku z ograniczeniami finansowymi, obejmą 35 osób rocznie. Należy zaznaczyć, że w związku z brakiem danych epidemiologicznych w tym obszarze, na potrzeby zaplanowania Programu i oszacowania budżetu założono, że każda z osób uczestniczących w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej weźmie również udział w działaniach rehabilitacyjnych. W praktyce może się okazać, że w ramach Programu zostanie sfinansowanych więcej wizyt diagnostyczno-terapeutycznych, a mniej cykli działań rehabilitacyjnych. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

2. Koszty całkowite:

W tabeli IV i V przedstawiono całkowite koszty Programu.

Tab. IV. Roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje (rok 2025).

Nazwa interwencji	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1	szkolenie	1 500,00	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	-	2 000,00	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	35	osoba	150,00	5 250,00
4. Działania rehabilitacyjne	35	osoba	1 180,00	41 300,00
Koszty Programu				50 050,00

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

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	50 050,00
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	5 250,00
4. Działania rehabilitacyjne	41 300,00
Rok 2026	50 050,00
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	5 250,00
4. Działania rehabilitacyjne	41 300,00
Rok 2027	50 050,00
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	5 250,00

4. Działania rehabilitacyjne	41 300,00
Rok 2028	50 050,00
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	5 250,00
4. Działania rehabilitacyjne	41 300,00
Rok 2029	50 050,00
1. Szkolenie dla personelu medycznego	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	2 000,00
3. Wizyty diagnostyczno-terapeutyczne	5 250,00
4. Działania rehabilitacyjne	41 300,00

Realizacja Programu zakłada również poniesienie kosztów monitoringu i ewaluacji. Koszty te zostaną poniesione ze środków własnych Urzędu Gminy Kolsko. Działania te będą realizowane przez wyznaczonych pracowników UG w ramach ich obowiązków służbowych.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Kolsko. Gmina w latach 2025-2029 będzie starała się o dofinansowanie 80% kosztów działań realizowanych w programie przez Lubuski 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. 2024 poz. 146 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. Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. *Pediatr. Med. Rodz.* 10 (3): 253–264.
2. Klimaszewska K. i wsp., Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, tom 19, zeszyt nr 1.
3. Krismer M., van Tulder M. The Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions: Low back pain (non- specific). *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2007; 21: 77–91
4. Domżał T.M. Bóle krzyża. *Przew. Lek.* 2001; 4: 104–110.
5. Świerkot J. Bóle krzyża — etiologia, diagnostyka i leczenie. *Przew. Lek.* 2006; 9: 86–98.
6. Król A., Szczygiał E., Bilski J., Golec J., Masłoń A. Poziom aktywności fizycznej a niespecyficzny ból kręgosłupa w wybranych grupach młodzieży. *Ostry Dyżur* 2014; 7 (1): 11–15.
7. Auvinen J., Tammelin T., Taimela S., Zitting P., Karppinen J. Associations of physical activity with low back pain in adolescents. *Scand. J. Med. Sci. Sports.* 2008; 18: 188–194.
8. Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*, Kraków 2007; 403–414.
9. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.
10. Martyniuk A., Górski S., Górski A., Bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa — istotny i narastający problem. *Przegląd piśmiennictwa, Problemy Pielęgniarstwa* 2016, tom 24, zeszyt nr 1.
11. Musculoskeletal health, World Health Organization [<https://www.who.int/>].
12. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, ZUS, Warszawa 2023.
13. Absencja chorobowa w 2023 roku, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, ZUS, Warszawa 2024.
14. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
17. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
18. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>].
19. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
20. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
21. Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026 [<https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/>].
22. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].
23. Dane GUS, średnioroczny wskaźnik inflacji – komunikat z 15.01.2024 r. [stat.gov.pl].
24. Dane KIF, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2023 (6 473,07 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2024r. (7 298,59 zł) [<https://kif.info.pl/>].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029”

I. Dane uczestnika programu

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

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

II. Zgody pacjenta oraz klauzula RODO

W tym miejscu należy wstawić:

1) wzór zgody na udział w Programie oraz wzór zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt telefoniczny/mailowy, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń

2) wzór zgody pacjenta na wykorzystywanie jego numeru PESEL w ocenie efektów PPZ

3) wzór klauzuli informacyjnej (RODO)

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

III. Oświadczenia pacjenta

Oświadczam, że

- nieprzerwanie od co najmniej 3 miesięcy odczuwam przewlekły ból kręgosłupa
- nie uczestniczyłem/łam w działaniach edukacyjnych obejmujących tematykę profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa w ciągu ostatnich 2 lat
- nie pozostaję obecnie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z przewlekłym bólem kręgosłupa

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

IV. Kwalifikacja do Programu

Niniejszym zaświadczam, że

- ☐ pacjenta zakwalifikowano do udziału w Programie w związku ze spełnieniem kryteriów kwalifikacji
- ☐ pacjenta nie zakwalifikowano do udziału w Programie w związku z niespełnieniem kryteriów kwalifikacji

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna (Data wizyty: dd/mm/rrrr):

Działanie	Informacja dla celów ewaluacji
1. Edukacja zdrowotna	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Przyrost lub utrzymanie poziomu wiedzy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Ocena dolegliwości bólowych	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji:
3. Ocena sprawności funkcjonalnej	Ocena sprawności funkcjonalnej przed rozpoczęciem rehabilitacji:
4. Obecność objawów ostrzegawczych (tzw. czerwonych flag)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Przeciwwskazanie do podjęcia działań rehabilitacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Zaplanowano działania rehabilitacyjne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (z jakiego powodu?)

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)**VI. Działania rehabilitacyjne** (Okres od-do: dd/mm/rrrr):

Działanie	Informacja dla celów ewaluacji
1. Założono kartę zabiegów fizjoterapeutycznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Zrealizowano pełen cykl zaplanowanych działań rehabilitacyjnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie (z jakiego powodu?)
3. Ocena dolegliwości bólowych	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Ocena sprawności funkcjonalnej	Ocena sprawności funkcjonalnej po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie sprawności funkcjonalnej: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)**VII. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania** (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika Programu

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029”

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 działań informacyjno-edukacyjnych	
Monitoring	
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
Liczba osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej (ze wskazaniem tych powodów)	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie	
Wyniki ankiety satysfakcji* (krótki opis)	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek osób (personel medyczny + świadczeniobiorcy), u których w postępie odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	

Liczba i odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	
Liczba i odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi), względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test	
Liczba i 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)	
Liczba i odsetek osób, u których doszło do poprawy sprawności funkcjonalnej po zakończeniu działań rehabilitacyjnych (ocena wstępna i końcowa za pomocą np. testu marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej)	
Liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga)	
Liczba osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji	
Liczba osób, które w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zostały skierowane na działania rehabilitacyjne	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

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

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029”

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

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

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

Załącznik 4

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029” (wzór)

- 1) Do głównych objawów choroby zwyrodnieniowej stawów nie należy:
 - a) ból stawu
 - b) poszerzony i zniekształcony obrys stawu
 - c) trzeszczenie stawu
 - d) wzmożone napięcie mięśni otaczających staw

- 2) Dysk to potoczna nazwa:
 - a) chrząstki stawowej
 - b) trzonu kręgu
 - c) krążka międzykręgowego
 - d) kanału kręgowego

- 3) Krążek międzykręgowy zbudowany jest z:
 - a) mięśni i jądra miażdżystego
 - b) chrząstki stawowej
 - c) jądra miażdżystego i pierścienia włóknistego
 - d) ścięgien i więzadeł

- 4) Wskazaniem do zabiegu operacyjnego kręgosłupa lędźwiowego jest:
 - a) zaburzenie czucia i poważne osłabienie siły mięśniowej
 - b) ból nie do zniesienia
 - c) brak efektów leczenia zachowawczego
 - d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

- 5) Celem fizjoterapii jest:
 - a) poprawa i zwiększenie siły mięśniowej
 - b) zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz rozluźnienie napiętych mięśni
 - c) eliminacja nieprawidłowych nawyków zaburzających poprawne funkcjonowanie stawu
 - d) wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym zadania własne gminy obejmują między innymi sprawy ochrony zdrowia. Jednocześnie stosownie do art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Nadto art. 48 ust. 1 i 3 ostatniej z wymienionych wyżej ustaw stanowią, że programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia (ust. 1). Programy dotyczą w szczególności: 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych; 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów; 3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym. Art. 48a ust. 1-3 stanowią, że minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, oraz dostępnych danych epidemiologicznych (ust. 1). Program polityki zdrowotnej określa: 1) nazwę programu polityki zdrowotnej; 2) okres realizacji programu polityki zdrowotnej; 3) podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej; 4) podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej; 5) opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania; 6) wskazanie rekomendacji, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, której zalecenia uwzględnia program polityki zdrowotnej; 7) cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji; 8) charakterystykę populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystykę interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej; 9)

organizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych; 10) sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej; 11) budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej (ust. 2). Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16 (ust. 3). Stosownie

do art. 48a ust. 5 ustawy projektu programu nie przekazuje się do Agencji Oceny Technologii Medycznej celem zaopiniowania m.in. w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, i program został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami. W takim przypadku zamiast uzyskania opinii Agencji w tym przedmiocie organ jednostki samorządu terytorialnego składa Prezesowi Agencji oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacjami (art. 48aa ust. 11 ustawy).

Proponuje się przyjęcie „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa wśród mieszkańców gminy Kolsko w wieku od 55 roku życia na lata 2025-2029” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały. Projekt programu został opracowany zgodnie z rekomendacją nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

W tym stanie rzeczy proponuje się przyjęcie uchwały o przedstawionej treści.