

Uchwała Nr XXXII/591/2025

Rady Miasta Rzeszowa

z dnia 30 września 2025 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

Rada Miasta Rzeszowa uchwala, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
2. Program, o którym mowa w ust. 1 posiada pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Rzeszowa.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący

Rady Miasta Rzeszowa

Waldemar Szumny

Uzasadnienie

do Uchwały Nr XXXII/591/2025 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 30 września 2025 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

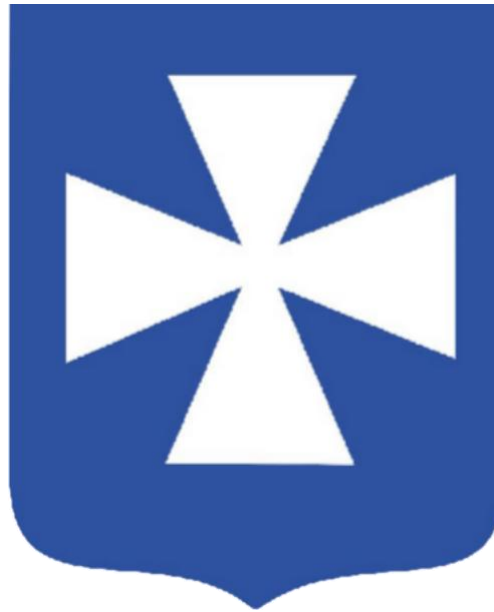
Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Wśród problemów takich najpowszechniejsze są choroby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

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023 ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,5 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości osób 65+ w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 3 756/100 tys. mieszkańców. W województwie podkarpackim wskaźnik ten był o 5,2% wyższy (3 950/100 tys.), natomiast na terenie miasta Rzeszowa osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnokrajowej i wojewódzkiej (5 668/100 tys.).

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia i obejmie corocznie ok. 270 dorosłych mieszkańców (ok. 6,6% populacji docelowej). Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie: wizyta fizjoterapeutyczna, indywidualny plan rehabilitacyjny oraz działania edukacyjne. Na realizację programu przewiduje się alokację w wysokości 250 000 zł rocznie.

Celem głównym programu jest zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na 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 miasta Rzeszowa w latach 2026-2030.

Program posiada pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ponadto, program posiada pozytywną opinię Wojewody w zakresie jego zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia oraz z Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026.



**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej mieszkańców miasta Rzeszowa
powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

Rzeszów 2025

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	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	10
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.....	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	21
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	21
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	22
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	22
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	23
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Monitorowanie	24
2. Ewaluacja.....	24
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	25
1. Koszty jednostkowe	25
2. Koszty całkowite	26
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 około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne. 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 dyskopia (choroba krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych.

Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta.

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 wiek. 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 porannej sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. Stosuje się w tym przypadku głównie kinezyterapię, fizykoterapię, masaż, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność

funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe 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 przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu. 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 ruchu. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 50 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 hospitalizacji. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich.

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 kręgosłupa. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji.

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 stawów. Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 mln osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie 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%).

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023 ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,5 mln Polaków, w tym 71% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły ok. 42% ogółu w tej grupie. Wskaźnik chorobowości osób 65+ w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 3 756/100 tys. mieszkańców. W województwie podkarpackim wskaźnik ten był o 5,2% wyższy (3 950/100 tys.), natomiast na terenie miasta Rzeszowa osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnokrajowej i wojewódzkiej (5 668/100 tys.). W analizowanym okresie osobom 65+ udzielono w Polsce ponad 715,1 tys. rehabilitacyjnych porad lekarskich (1 900/100 tys. mieszkańców), w województwie podkarpackim było to ponad 12,2 tys. porad (590/100 tys.; 14 miejsce w kraju), a w mieście Rzeszowie – 2 522 (1 278/100 tys.). Ponadto w populacji z analizowanej grupy wiekowej zrealizowano w Polsce ponad 2,5 mln wizyt fizjoterapeutycznych (6 744/100 tys. mieszkańców). W województwie podkarpackim było to ponad 166,8 tys. wizyt (8 052/100 tys.; trzecie miejsce w kraju), a w mieście Rzeszowie – ponad 23,8 tys. wizyt (12 068/100 tys.). W 2023 roku w populacji 65+ wykonano w Polsce ponad 126 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (335 049/100 tys. mieszkańców), w województwie podkarpackim ponad 8,3 mln (402 082/100 tys.; drugie miejsce w kraju), w mieście Rzeszowie – ponad 1,2 mln (627 505/100 tys. – jest to wynik znacznie wyższy niż ten dla kraju i województwa podkarpackiego).

Z kolei wskaźnik chorobowości osób 18-64 lat w rehabilitacji ogólnej wyniósł w roku 2023 w Polsce 4 339/100 tys. mieszkańców. W województwie podkarpackim wskaźnik ten był aż o 36% wyższy (5 901/100 tys.), natomiast na terenie miasta Rzeszowa osiągnął wartość jeszcze wyższą od wojewódzkiej (6 177/100 tys.). W analizowanym okresie osobom w wieku 18-64 udzielono w Polsce ponad

777,9 tys. rehabilitacyjnych porad lekarskich (2 067/100 tys. mieszkańców), w województwie podkarpackim było to ponad 21,6 tys. porad (1 044/100 tys.; 14 miejsce w kraju), a w mieście Rzeszowie – 3 613 (1 832/100 tys.). Ponadto w populacji z analizowanej grupy wiekowej zrealizowano w Polsce ponad 2,8 mln wizyt fizjoterapeutycznych (7 553/100 tys. mieszkańców). W województwie podkarpackim było to ponad 264,4 tys. wizyt (12 766/100 tys.; pierwsze miejsce w kraju), a w mieście Rzeszowie – ponad 25,2 tys. wizyt (12 800/100 tys.). W 2023 roku w populacji w wieku 18-64 wykonano w Polsce ponad 127,1 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (337 927/100 tys. mieszkańców), w województwie podkarpackim ponad 11,1 mln (536 120/100 tys.; pierwsze miejsce w kraju), w mieście Rzeszowie – ponad 1 mln (528 850/100 tys. – jest to wynik znacznie wyższy niż ten dla kraju i zbliżony dla województwa podkarpackiego). Przedstawione powyżej dane, analogicznie jak w przypadku danych dot. populacji w wieku 65 lat i więcej, również mogą wskazywać na wysokie zapotrzebowanie na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie miasta Rzeszowa.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu. 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 ambulatoryjne. 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 stacjonarnych.

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 miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia, dotkniętych problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach programu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie miasta dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2025, na terenie miasta podpisano co prawda 32 umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju, jednakże czas oczekiwania na te usługi w Rzeszowie wynosi średnio prawie 8 miesięcy (237 dni). Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów.

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.: 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 2021-2025: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026 – rekomendowane kierunki działań dla województwa podkarpackiego: 8.4. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie wysokiej dostępności do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych;
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa podkarpackiego: Zwiększenie liczby uczestników Programów Polityki Zdrowotnej realizowanych przez JST województwa.

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) na 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 miasta Rzeszowa w latach 2026-2030.

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 60%* osób z populacji docelowej w latach 2026-2030.

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

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

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-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.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia, których liczba wynosi ok. 69,2 tys. osób. 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 w populacji 50+ wynosi w Rzeszowie ok. 5 922/100 tys. mieszkańców. Jest to wartość średnia współczynnika chorobowości dla populacji w wieku 18-64 lat oraz 65 lat i więcej (dane wyłącznie dla populacji 50 lat i więcej nie są dostępne). Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową oszacowano na poziomie ok. 4 100 osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi miasta, obejmie corocznie ok. 270 dorosłych mieszkańców (ok. 6,6% populacji docelowej).

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

2.1. Kryteria włączenia:

- wiek 50 lat i więcej,
- posiadanie Rzeszowskiej Karty Mieszkańca,
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie.

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez miasto Rzeszów, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek 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 każdego roku w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej

opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Rzeszowa (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne będą odbywać się także z uwzględnieniem lokalnych mediów (np. prasa, radio, tv, spoty w autobusach miejskich), publikacji w mediach społecznościowych, kolportażu ulotek i plakatów informacyjnych w siedzibie realizatora programu, w wybranych podmiotach leczniczych na terenie miasta Rzeszowa, siedzibach organizacji pozarządowych, jednostkach miejskich itp. Ponadto promocja programu będzie realizowana również poprzez akcje profilaktyczne, w tym realizowane z wykorzystaniem systemów reklamowych roll-up oraz gadżetów rozdawanych uczestnikom. Będą to akcje prowadzone lub organizowane przed Urząd Miasta Rzeszowa lub zlecane przez Urząd Miasta Rzeszowa. 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 II o łącznej sumie punktów 400 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni (przykład w tabeli III),
- uwzględniający ponowną ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie,
- uwzględniający wypełnienie w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie ankiety satysfakcji pacjenta – uczestnika (załącznik 4).

3) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach maksymalnie 25-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	3	36,49	109,47
Zabiegi kinezyterapii	10	8,55	85,5
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	10	3,21	32,1
Zabiegi fizykalne	19	5,27	100,13
Zabieg masażu	3	18,25	54,75
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	2	10,24	20,48
Razem	47	--	402,43

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem 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),
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013),
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018),
- North American Spine Society (NASS 2020),
- American College of Physicians (ACP 2017),
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006),
- Institute of Health Economics (IHE 2017),
- National Stroke Foundation (NSF 2010),
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017),
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017),
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017),
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017).

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 uśmierzzenia 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 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 laseroterapiiiskoenergetycznej. 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 terapeutyczny.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w Strategii Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne 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 Zdrowotnych, 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 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,
- rozpowszechniać rehabilitację w warunkach domowych,
- należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- należy rozpowszechniać 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.

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także z wnioskami z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez AOTMiT w omawianym problemie zdrowotnym.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni

zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

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 4), 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 (II kwartał 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Podkarpackiego (III kwartał 2025 r.);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej przez Radę Miasta Rzeszowa (III lub IV kwartał 2025 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025 r. – I kwartał 2026 r.);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media), opisana szczegółowo w rozdziale III pkt 3.1 (Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej),
 - wizyty fizjoterapeutyczne,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2030):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 4),
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przekazanie go do AOTMiT (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Rzeszowa. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, 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 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych 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 niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). 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. 2025 poz. 302], 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 na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
- liczba osób uczestniczących w wizytach fizjoterapeutycznych,
- 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-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.

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 przewiduje się alokację w wysokości: 250 000 zł rocznie. Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 880 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 (s. 15) o łącznej sumie punktów 400 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w mieście Rzeszowie w województwie podkarpackim (32 podmioty) tj. 1,64 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 20%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano po zaokrągleniu na 800 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 400 punktów ($400 \text{ pkt.} \times 2 \text{ zł} = 800 \text{ zł}$), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II. Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4-5 zabiegów dziennie.

1. Koszty jednostkowe

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

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	60,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	800,00
3. Działania edukacyjne	20,00

2. Koszty całkowite

Tab. V. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	1 350	60,00	81 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	1 350	800,00	1 080 000,00
3. Działania edukacyjne	1 350	20,00	27 000,00
4. Akcja informacyjna	--	62 000,00	62 000,00
Razem			1 250 000,00

Tab. VI. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	270	60,00	16 200,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	270	800,00	216 000,00
3. Działania edukacyjne	270	20,00	5 400,00
4. Akcja informacyjna	--	12 400,00	12 400,00
Razem w roku 2026			250 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	270	60,00	16 200,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	270	800,00	216 000,00
3. Działania edukacyjne	270	20,00	5 400,00
4. Akcja informacyjna	--	12 400,00	12 400,00
Razem w roku 2027			250 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	270	60,00	16 200,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	270	800,00	216 000,00
3. Działania edukacyjne	270	20,00	5 400,00
4. Akcja informacyjna	--	12 400,00	12 400,00
Razem w roku 2028			250 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	270	60,00	16 200,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	270	800,00	216 000,00
3. Działania edukacyjne	270	20,00	5 400,00
4. Akcja informacyjna	--	12 400,00	12 400,00
Razem w roku 2029			250 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	270	60,00	16 200,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	270	800,00	216 000,00
3. Działania edukacyjne	270	20,00	5 400,00
4. Akcja informacyjna	--	12 400,00	12 400,00
Razem w roku 2030			250 000,00
Razem w latach 2026-2030			1 250 000,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu oraz ewaluacji w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta Rzeszowa. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 1 250 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom

w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Miasta Rzeszowa, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. 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 Miasta Rzeszowa. Miasto w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Podkarpacki 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], oraz innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 26.05.2025 r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].
4. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
5. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
6. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].
7. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].
8. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
9. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
11. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [https://gsl.nfz.gov.pl/GSL; dostęp: 18.05.2025 r.].
12. Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 26.05.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
13. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.
14. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
15. 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.
16. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
17. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

18. Low Back Pain Guideline, 2017 [<https://www.ihe.ca/>].
19. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [<https://www.icsi.org/>].
20. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
21. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).
22. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
23. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.
24. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [<http://annals.org>].
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69]
26. Obwieszczenie Wojewody Podkarpackiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia pierwszego wojewódzkiego planu transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026.
27. Opinie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w obszarze rehabilitacji leczniczej – opinia nr 45/2025 z dnia 28 maja 2025 r., opinia nr 6/2025 z dnia 29 stycznia 2025 r., opinia nr 24/2025 z dnia 21 marca 2025 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 SA, 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 Sjögrena, 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 leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.].
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. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 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. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.
42. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załączniki do Załącznika do Uchwały Nr XXXII/591/2025 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 30 września 2025 r.

Załącznik 1 do Załącznika do Uchwały Nr XXXII/591/2025 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 30 września 2025 r.

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”

I. Dane uczestnika programu

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

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

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(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
Działania edukacyjne	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% ó tak ó nie
Indywidualny plan rehabilitacji	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 ó tak ó 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 PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”

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 zakwalifikowanych do udziału w programie	
liczba osób uczestniczących w wizytach fizjoterapeutycznych	
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 rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030” (wzór)

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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030” przeprowadzana przez realizatora programu

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób układu ruchu?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i jakość usług otrzymanych w ramach kompleksowej rehabilitacji leczniczej?

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

SKIEROWANIE do programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców miasta Rzeszowa powyżej 50 roku życia na lata 2026-2030”

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko

PESEL.....

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

Adres

zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Proponowany rodzaj zabiegów.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza