

Załącznik do uchwały Nr 135/XV/2020
Rady Gminy Nowy Duninów
z dnia 20 listopada 2020.



GMINA NOWY DUNINÓW

**Program polityki zdrowotnej w zakresie
rehabilitacji leczniczej
mieszkańców gminy Nowy Duninów
w 2021 roku**

Opracowano na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.)

Nowy Duninów, 2020 rok

Spis treści:

I.Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1.Opis problemu zdrowotnego	3
I.2.Dane epidemiologiczne	5
I.3.Opis obecnego postępowania	7
II.Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	8
II.1.Cel główny	8
II.2.Cele szczegółowe	8
II.3.Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	8
III.Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	9
III.1.Populacja docelowa.....	9
III.2.Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	9
III.3.Planowane interwencje.....	10
III.4.Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	12
III.5.Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	13
IV.Organizacja programu polityki zdrowotnej	13
IV.1.Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	13
IV.2.Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	14
V.Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	14
V.1.Monitorowanie	14
V.2.Ewaluacja	15
VI.Budżet programu polityki zdrowotnej	15
VI.1.Koszty jednostkowe	15
VI.2.Koszty całkowite	16
VI.3.Źródło finansowania.....	16
VII.Bibliografia.....	17

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Niepełnosprawność wg definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oznacza ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków, około 15% ludności świata żyje z pewną formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu.

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Nielezione i niepoddawane rehabilitacji schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego prowadzą do niepełnosprawności chorego, która stanowi jeden z istotnych problemów zdrowia publicznego. Jego istotą jest rozmiar, rozpowszechnienie w populacji oraz wpływ na jakość życia jednostki i społeczeństwa. W porównaniu z ludźmi sprawnymi fizycznie, u niepełnosprawnych częściej występują schorzenia współtowarzyszące. W grupie tej obserwuje się często również niesamodzielność, mniejszą aktywność zawodową, wyższy poziom ubóstwa oraz niepełne funkcjonowanie w życiu społecznym. Następstwem postępującej niepełnosprawności jest m.in. utrata zdolności do wykonywania pracy zawodowej, co skutkuje wykluczeniem z aktywności zawodowej oraz społecznej.

Kluczową rolę w terapii schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń.

Metodami rehabilitacyjnymi w niepełnosprawności są:

- kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch, stosowany w formie ćwiczeń. Obok kinezyterapii ważnym środkiem leczenia usprawniającego jest terapia zajęciowa, która polega na wykonywaniu prac manualnych, stanowiących uzupełnienie i kontynuację ćwiczeń na sali gimnastycznej.
- fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).
- masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych.

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, płć 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 dyskopatia (choroby 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 porannego 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, masaże, 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, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Wszystkie opisane powyżej problemy zdrowotne w sposób istotny wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym podjęcie zatrudnienia, utrzymanie aktywności zawodowej, ograniczenie 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 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 służyć mają zapobieganiu niepełnosprawności wśród mieszkańców gminy Nowy Duninów dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2021 r. zaplanowano w odpowiedzi na ograniczoną na terenie gminy dostępność do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2020 nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego mediana czasu oczekiwania dla Polski na świadczenia w ramach poradni rehabilitacyjnej w 2016 roku wynosiła 65 dni, a w woj. Płockim, na terenie którego położona jest gmina Nowy Duninów, 42 dni. Dlatego też, ze względów finansowych związanych z koniecznością dojazdów na zabiegi rehabilitacyjne oraz z uwagi na długi czas oczekiwania pacjentów na tego rodzaju świadczenia, wdrożenie programu zwiększającego ich dostępność jest w pełni uzasadnione.

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – *priorytet 2: rehabilitacja*,
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020: *cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*,
- Krajowymi ramami strategicznymi - Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce*,
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego:
 - *priorytet 4: Zapewnienie kompleksowej opieki rehabilitacyjnej*,
 - *priorytet 8: Długofalowa profilaktyka poprzez wdrożenie programów polityki zdrowotnej oraz programów zdrowotnych.*

I.2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 w próbie badanej 3 409 było osób niepełnosprawnych, a odsetek osób niepełnosprawnych wynosił 10,3%. Najwięcej osób niepełnosprawnych mieszkało w województwie lubuskim (20%), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (6%). Odsetek osób niepełnosprawnych w woj. mazowieckim w 2015 r. wynosił 7,1%.

Wyniki badania opisanego w publikacji Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. wskazują na występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych u blisko 54% ludności Polski. Częstość występowania tych schorzeń wzrastała wraz z wiekiem, a gwałtownie po ukończeniu 50 roku życia. Prawie 83% osób będących w wieku 50 lat i więcej stwierdziło występowanie u siebie obecnie przynajmniej 1 choroby lub dolegliwości przewlekłej, podczas gdy w młodszej grupie (40-49 lat) – trochę częściej niż co druga osoba. Najczęstszą dolegliwością zdrowotną osób dorosłych były bóle dolnej partii pleców, na które się uskarżała częściej niż co czwarta dorosła kobieta i co piąty mężczyzna.

W Polsce, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn notuje się regularny wzrost liczby chorych hospitalizowanych z powodu bólu grzbietu. Analiza trendów współczynnika hospitalizacji z powodu bólu grzbietu w latach 2003-2011, w poszczególnych grupach

wiekowych w Polsce wykazała, że największe wartości współczynnika chorobowości szpitalnej z powodu bólu grzbietu dotyczyły najstarszych kobiet (po 65. r.ż.) i nieco młodszych mężczyzn (pomiędzy 55. a 64. r.ż.). W grupie osób powyżej 45. r.ż. częstość epizodów wzrasta ok. 3-krotnie w stosunku do osób młodszych. W 2012 r., w Polsce, współczynnik hospitalizacji z powodu bólu grzbietu wynosił 50/100 tys. mieszkańców w grupie kobiet oraz 39,1/100 tys. mieszkańców w grupie mężczyzn.

Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego z 2017 r., w roku 2014 odnotowano 54,6 tys. hospitalizacji, z czego 4,3 tys. trwających jeden dzień (w tym 15,50% hospitalizacji spoza województwa) z powodu chorób układu kostno-mięśniowego. Stanowiło to 3,98% wszystkich hospitalizacji w województwie. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 1 023,86 co było 6 największą wartością wśród województw. W analizie wyróżniono kilka grup wiekowych:

- w grupie wiekowej 0-17 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 414,67 (5 największa wartość wśród województw);
- w grupie wiekowej 18-64 liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1 016,06 (5 największa wartość wśród województw);
- w grupie wiekowej 65+ liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1 771,11 (8 najmniejsza wartość wśród województw).

Na podstawie retrospektywnej analizy bazy płatnika, stwierdzono że najwyższą zapadalnością rejestrowaną wśród schorzeń wchodzących w skład chorób układu kostno-mięśniowego cechują się choroby kręgosłupa – w 2014 r. wartość tej zmiennej wyniosła 605,9 tys. przypadków. W przypadku każdej z analizowanych podgrup odnotowano znaczące różnice w liczbie hospitalizacji na 100 tys. ludności (zarówno w przypadku populacji dorosłych, jak i dzieci).

W świetle Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego z 2018 r., w roku 2016 w Polsce odnotowano 394,55 tys. hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, natomiast w województwie mazowieckim 55,69 tys. hospitalizacji (w tym 15,95% hospitalizacji spoza województwa), z czego 0,62 tys. w trybie jednodniowym.

W grupie chorób układu kostno-mięśniowego najwyższą zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w 2016 r. w Polsce odnotowano dla chorób kręgosłupa (zapadalność rejestrowana 1 410,9, chorobowość rejestrowana 13 900,0) i dla chorób stawów (odpowiednio zapadalność 1 413,6, chorobowość 13 500,0).

Zapadalność i chorobowość rejestrowana dla rozpoznań z podgrupy choroby mięśni w roku 2016 na 100 tys. ludności wyniosła odpowiednio 400,0 i 200,0 przypadków w Polsce.

W przypadku województwa mazowieckiego wskaźniki były nieco niższe od krajowych i dla chorób kręgosłupa zapadalność rejestrowana wyniosła 1 406,5, chorobowość rejestrowana 13 773,3, zaś dla chorób stawów było to odpowiednio 1 416,4 i 13 414,8 i dla chorób mięśni odpowiednio 151,8 i 200,0.

W 2016 r. w województwie mazowieckim najwięcej hospitalizacji odbyło się z powodu chorób stawów (40,3%), ze względu na choroby kręgosłupa (18,2%), w wyniku chorób układowych tkanki łącznej (14,9%) i chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich, niezapaalnych (8,6%).

W okresie 2013-2015 w województwie mazowieckim stwierdzono 256 zgonów z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, z których 65,2% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 27% zmarłych stanowili mężczyźni.

Według sprawozdania MZ11 za rok 2019 populacja mieszkańców gminy Nowy Duninów w wieku powyżej 55 lat wynosiła 881 osób, z tego 781 osób miało udzieloną poradę lekarską w zakresie chorób układu ruchu.

I.3. Opis obecnego postępowania

Osobom cierpiącym na choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*, dostępne są świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji schorzeń narządu ruchu obejmujące m.in.:

- lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – porada lekarska rehabilitacyjna,
- fizjoterapię ambulatoryjną – wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny (kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia),
- realizowane w warunkach domowych – porada lekarska rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna i zabieg fizjoterapeutyczny, w tym: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, balneoterapia),
- realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa,
- realizowane w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa oraz neurologiczna, kardiologiczna i pulmonologiczna.

Na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* realizowane są świadczenia rehabilitacyjne osób z chorobami układu ruchu w:

- szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym,
- ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej udzielane są również w ramach profilaktyki rentowej ze środków ZUS, KRUS w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych oraz w ramach rehabilitacji społecznej i zawodowej przez PFRON.

Gmina Nowy Duninów do tej pory realizowała projekty pn.:

- „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2019 r.”,
- „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2020 r.”.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Zwiększenie o co najmniej 20 % liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w wieku 50 r.ż. i więcej ze zidentyfikowanymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, u których w roku 2021 doszło do poprawy stanu zdrowia w wyniku podjęcia działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych.

II.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem sprawności fizycznej poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2021 roku.
2. Zmniejszenie u co najmniej 20% mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem dolegliwości bólowych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych oraz edukację z zakresu czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w 2021 roku.
3. Zwiększenie o co najmniej 30% liczby mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, u których nastąpił wzrost wiedzy z zakresu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w 2021 roku.

Powyższe wartości docelowe przyjęto uwzględniając dotychczasowe doświadczenia gminy Nowy Duninów w realizacji podobnych przedsięwzięć oraz na podstawie konsultacji z przedstawicielami lokalnej służby zdrowia.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w wyniku podjęcia działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych (ocena stanu na podstawie wywiadu i badania fizykalnego przez specjalistę rehabilitacji wykonana dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu).
2. Odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (ocena w skalach funkcjonalnych - Skala Rankina, Indeks Barthel, Skala FIM (Functional Independence Measure wykonana dwukrotnie: w momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu).
3. Odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, 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 momencie rozpoczęcia rehabilitacji oraz po jej ukończeniu).
4. Odsetek mieszkańców gminy Nowy Duninów w populacji objętej programem, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 70% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami).

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

III.1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Nowy Duninów w wieku 50 r.ż. i więcej, z rozpoznaniem choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Populacja mieszkańców gminy Nowy Duninów liczy 3 991 osób (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na dzień 31 maja 2020 r.). Liczba mieszkańców gminy Nowy Duninów w wieku 50 lat i więcej wynosi ok. 1552 osoby (dane z ewidencji ludności UG w Nowym Duninowie według stanu na dzień 31 maja 2020 r.), co stanowi 38,89% całej populacji.

Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości z powodu chorób kręgosłupa wynosi ok. 13 773/100tys. mieszkańców, współczynnik chorobowości z powodu chorób stawów wynosi ok. 13 414/100tys. mieszkańców, natomiast współczynnik chorobowości z powodu chorób mięśni 200/100tys. mieszkańców – łącznie w trzech grupach chorób ok. 27 387/100tys. mieszkańców.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Nowy Duninów we wskazanych grupach wiekowych oszacowano na poziomie ok. 425 osób.

Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy Nowy Duninów obejmie w 2021 ok. 80 mieszkańców gminy (ok. 19% populacji docelowej).

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej:

- 1) zameldowanie na terenie gminy Nowy Duninów;
- 2) wiek 50 r.ż. i więcej;
- 3) rozpoznanie choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego;
- 4) skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych;
- 5) pisemna zgoda uczestnika na udział w programie polityki zdrowotnej.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:

- 1) korzystanie, w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem do programu i w trakcie uczestnictwa w programie, ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu choroby układu kostno-stawowego lub mięśniowego;
- 2) przeciwwskazanie dyskwalifikujące do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym, stwierdzone przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach programu.

III.3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie:

- 1) ostateczna kwalifikacja pacjentów do udziału w programie:
 - przez lekarza POZ lub lekarza specjalistę rehabilitacji na podstawie kryteriów udziału w programie oraz wyniku badania fizykalnego i dotychczasowej dokumentacji medycznej;
- 2) konsultacja mgr fizjoterapii na początku i na końcu realizacji programu:
 - ocena sprawności fizycznej,
 - ocena dolegliwości bólowych;
- 3) indywidualny plan rehabilitacyjny opracowany przez mgr fizjoterapii:
 - na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji;
- 4) zabiegi rehabilitacyjne realizowane przez fizjoterapeutę:
 - zabiegi fizjoterapeutyczne: masaż klasyczny, kinezyterapia miejscowa (ćwiczenia bierne, izometryczne, czynno-bierne, samowspomagane, w odciążeniu, czynne, synergistyczne, oddechowe, wyciągi), elektrolecznictwo (jonoforeza, prądy TENS, elektrostymulacja, ultradźwięki miejscowe), leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo (laseroterapia punktowa);
- 5) działania edukacyjne w zakresie edukacji zdrowotnej:
 - prowadzone przez lekarza POZ, lub lekarza specjalistę rehabilitacji lub mgr fizjoterapii,
 - obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji,
 - o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz zasady ergonomii w życiu codziennym i pracy, ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w wytycznych i rekomendacjach ekspertów:

- 1) rekomendacje NSF 2010 (National Stroke Foundation) oraz VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians- National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – Royal Australian College of General Practitioners). Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji;
- 2) u wielu pacjentów dolegliwości bólowe w zakresie kręgosłupa nie mają złożonego charakteru i wymagają wykonania kilku prostych niskonakładowych zabiegów z zakresu fizjoterapii (masaż, proste zabiegi fizykoterapii i kinezyterapii). W takich przypadkach postępowanie fizjoterapeutyczne powinno opierać się na prostej ocenie stanu pacjenta i na jej podstawie zaplanowaniu terapii. Można to osiągnąć przeprowadzając badanie funkcjonalne oraz ocenę palpacyjną mającą na celu ustalenie,

- które mięśnie i więzadła odpowiadają za powstawanie dolegliwości bólowych. Ocena ta stanowi podstawę do ustalenia strategii postępowania fizjoterapeutycznego w formie zabiegów masażu, fizykoterapii i kinezyterapii (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 2017; 19(3): 323–334 <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.69299>);
- 3) zgodnie z zasadą kompleksowości rekomenduje się prowadzenie rehabilitacji przez zespół terapeutyczny obejmujący specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji;
 - 4) 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(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);
 - 5) 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 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense).
 - 6) ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008 – Royal College of Physicians-National Institute for Health and Care Excellence, RACGP 2009 – The Royal Australian College of General Practitioners).
 - 7) edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
 - 8) Pollock 2014C – w przeglądzie stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu;
 - 9) rola zabiegów wykorzystujących bodźce fizyczne związana jest z wywołaniem efektu przeciwbólowego, przeciwzapalnego, obniżającego napięcie mięśni, poprawiającego ukrwienie, co ma wpływ na poprawę jakości życia pacjentów, ich samodzielność i lepsze funkcjonowanie (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 2017; 19(3): 323–334 <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.69299>);
 - 10) ważnym elementem fizjoterapii powinna być także edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (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 2017; 19(3): 323–334 <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2017.69299>);

- 11) Oosterhuis 2014 – celem przeglądu było ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji wskazano, że fizjoterapia rozpoczęta w 4-6 tygodniu od operacji prowadzi do polepszenia funkcji w porównaniu do braku interwencji lub interwencji wyłącznie edukacyjnej, a także rehabilitacja multidyscyplinarna koordynowana przez doradców medycznych prowadzi do szybszego powrotu do pracy w porównaniu do zwykłej opieki (dowody niskiej jakości). Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia są bardziej efektywne niż brak interwencji w kontekście bólu w podejściu krótkoterminowym (SMD -0,90, 95% CI od -1,55 do - 0,24, 5 badań, 272 uczestników) oraz że programy ćwiczeń o wysokiej intensywności są bardziej efektywne niż programy ćwiczeń o niskiej intensywności w kontekście bólu, w krótkim terminie (WMD -10,67, 95% CI od -17,04 do - 4,30, 2 badania, 103 uczestników).

Otrzymane opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny, a gdy dotyczy ona dzieci i młodzieży – również na wykorzystanie potencjału edukacyjnego. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności i/lub kontaktu z zespołem leczącym, jako formy wsparcia społecznego, które będzie mogło stanowić źródło osobistej satysfakcji pacjenta.

Zaplanowane w programie interwencje fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.).

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu, w trybie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 2365), podmiocie leczniczym.

Zakłada się, że zabiegi indywidualne z fizjoterapeutą prowadzone będą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni (w sumie średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta).

W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w programie.

Należy podkreślić, że plan rehabilitacji będzie indywidualnie dostosowany do potrzeb i możliwości wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Pacjenci otrzymają instruktaż w zakresie automasażu, autofizykoterapii i autokinezyterapii (po maksymalnie dwie czynności) wykonywanych w warunkach domowych, również po zakończeniu uczestnictwa w programie.

Zajęcia edukacyjne obejmować będą po 1 spotkaniu w wymiarze 1 godziny w grupach max. 20-osobowych.

Realizator programu powinien zatrudniać odpowiednią liczbę lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek, która umożliwi przeprowadzenie programu oprócz działalności podstawowej w ramach kontraktu z NFZ.

Podmiot leczniczy musi mieć swoją siedzibę na terenie gminy Nowy Duninów, aby zapewnić optymalny dostęp do świadczeń w ramach programu.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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, 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

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2020 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (II-III kwartał 2020 r.);
- 1) przyjęcie uchwały w sprawie realizacji programu (III-IV kwartał 2020 r.);
- 2) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego programu podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2020 r. i I kwartał 2021r.);
- 3) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2021 r.);
- 4) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-XII kwartał 2021 r.):
 - dotarcie z informacją o programie do osób spełniających kryteria udziału (działania informacyjno – promocyjne pozwalające na uzyskanie, jak największej zgłaszalności do programu – ulotka, strona www. UG, portale społecznościowe, bezpośrednie kontakty realizatora z potencjalnymi uczestnikami programu),
 - rekrutacja uczestników do programu na podstawie spełniania kryteriów oraz badania lekarza POZ lub specjalisty rehabilitacji,
 - konsultacja mgr fizjoterapii na początku i na końcu programu w celu opracowania indywidualnych planów rehabilitacji oraz oceny efektywności podjętych działań,
 - realizacja indywidualnych planów rehabilitacji przez fizjoterapeutę,
 - edukacja zdrowotna przez lekarza POZ lub specjalistę rehabilitacji lub mgr fizjoterapii,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 5) ewaluacja (I kwartał 2022):
 - analiza całościowa zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów,
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;

- 6) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2022).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy w Nowym Duninowie. Świadczenia realizowane będą przez podmiot wykonujący podstawową działalność leczniczą, przez personel medyczny spełniający wymagania określone w odrębnych przepisach.

Warunkiem realizacji świadczeń jest posiadanie przez realizatora projektu doświadczenia w przeprowadzaniu działań o podobnym charakterze, a także zabezpieczenie warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu niezbędnego do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz posiadanie ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Personel dla potrzeb programu:

- lekarz poz/lekarz specjalista rehabilitacji,
- magister fizjoterapii z udokumentowanymi kompetencjami w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej,
- technik fizjoterapii z udokumentowanymi kompetencjami w zakresie prowadzenia rehabilitacji leczniczej,
- dyplomowana pielęgniarka/osoba do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialna za rejestrację pacjentów, prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej, działalność edukacyjną i promocyjną.

Szczegółowe warunki realizacji świadczeń w ramach programu zostaną określone w ogłoszeniu konkursowym na wybór realizatora.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

- 1) Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w okresach kwartalnych oraz całościowo po zakończeniu programu:
 - analiza liczby osób zgłaszających się do programu,
 - analiza liczby osób zakwalifikowanych do programu,
 - analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
 - analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
 - analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji,
 - analiza odsetka osób, które ukończyły program.
- 2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie polityki zdrowotnej:
 - analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu,
 - bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

V.2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których doszło do poprawy sprawności fizycznej w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Zakres finansowania w ramach programu polityki zdrowotnej w 2021 r. obejmuje:

- 1) zajęcia edukacyjne prowadzone przez lekarza POZ, lub lekarza specjalistę rehabilitacji lub fizjoterapeutę:
koszt jednego spotkania - 150 zł.
koszt całościowy 4 spotkania (4 grupy po 20 os.) x 150 zł. = 600 zł.
- 2) konsultacja lekarza POZ lub lekarza specjalisty rehabilitacji, w tym kwalifikacja do programu i skierowanie na rehabilitację leczniczą
koszt jednej konsultacji - 30 zł.
koszt całościowy 80 os. x 30 zł. = 2 400 zł.
- 3) konsultacja mgr fizjoterapeuty na początku programu i na końcu programu wraz z analizą wyników
koszt jednej konsultacji 30 zł.
koszt całościowy 80 os. x 2 x 30 zł. = 4 800 zł.
- 4) indywidualny plan rehabilitacji
koszt jednego indywidualnego planu rehabilitacji - 30 zł.
koszt całościowy 80 os. x 30 zł. = 2 400 zł.
- 5) zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą przez 5 dni w tygodniu, średnio 4 rodzaje zabiegów dziennie, przez okres 2 tygodni (w sumie: średnio 40 zabiegów dla każdego pacjenta). Średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 17,50 zł., zgodnie ze średnią ceną na rynku lokalnym.
koszt za 1 dzień zajęć, w tym średnio 4 rodzaje zabiegów - 70 zł.
koszt całościowy 10 dni zajęć x 80 os. x 70 zł. = 56 000 zł.
- 6) koszt monitoringu i ewaluacji w zakresie opracowania druku i analiz wyników ankiet satysfakcji i testów wiedzy
koszt całościowy 80 os. x 3 (ankieta satysfakcji i 2 x test wiedzy) x 10 zł. = 2 400 zł.
- 7) koszt opracowania graficznego i wydruku ulotki informacyjno-promocyjnej
koszt jednej ulotki - 1,50 zł.
koszt całościowy 200 szt. x 1,50 zł. = 300 zł.

Pozostałe działania w zakresie monitorowania i ewaluacji programu realizowane będą bezkosztowo przez pracownika Urzędu Gminy w Nowym Duninowie na podstawie sprawozdań złożonych przez realizatora/realizatorów programu.

Prowadzona przez gminę Nowy Duninów kampania informacyjna i promocyjna dedykowana niniejszemu programowi będzie przeprowadzona bezkosztowo – za pośrednictwem tzw. lokalnych mediów (na stronie internetowej Urzędu Gminy w Nowym Duninowie, za pośrednictwem mediów społecznościowych).

VI.2. Koszty całkowite

Dla oszacowania kosztów przyjęto populację objętą programem w liczbie 80 osób.

Planowane interwencje	Liczba interwencji ogółem w 2020 r.	Jednostka miary	Koszt jednostkowy w 2021 r.	Koszt całkowity
Edukacja zdrowotna	4	usługa	150,00 zł.	600,00 zł.
Konsultacja lekarska	80	usługa	30,00 zł.	2 400,00 zł.
Konsultacja mgr fizjoterapii	160	usługa	30,00 zł.	4 800,00 zł.
Indywidualne plany rehabilitacji	80	sztuka	30,00 zł.	2 400,00 zł.
Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą	800	usługa	70,00 zł.	56 000,00 zł.
Koszt przygotowania, druku i analizy wyników ankiet satysfakcji, testów wiedzy dla uczestników programu	240	sztuka	10,00 zł.	2 400,00 zł.
Koszt opracowania graficznego i wydruku ulotki promocyjno-informacyjnej	200	sztuka	1,50 zł.	300,00zł.
Suma	----	----	321,50 zł.	68 900,00 zł.

Niedozwolone jest **zrefundowanie/rozliczenie**, całkowite lub częściowe **danego kosztu dwa razy** ze środków publicznych. Podmiot realizujący projekt zobowiązany będzie do złożenia oświadczenie o braku podwójnego finansowania.

VI.3. Źródła finansowania

Koszty wynikające z realizacji niniejszego program będzie ponosić budżet gminy Nowy Duninów. Zakłada się również możliwość wnioskowania o dofinansowanie programu przez NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

VII. Bibliografia

1. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014.
2. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
3. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.
4. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3.
5. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012.
6. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4.
7. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii
<http://spartanska.pl/wytyczne-postepowaniarehabilitacyjnego/>
8. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-6.6.html>
9. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego (2017r.).
10. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego (2018r.).
11. Krzysztof Kassolik, Elżbieta Rajkowska-Labon1, Tomasz Tomasik, Agnieszka Pisula-Lewadowska, Krzysztof Gieremek, Waldemar Andrzejewski, Anna Dobrzycka, Donata Kurpas 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 2017
<https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/03/Rekomendacje-w-zakresie-fizjoterapii-zespołow-bólowych-kręgosłupa.pdf>
12. Informator o zawartych umowach NFZ
<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>
13. Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
14. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego obowiązujące od 1 stycznia 2019 r., Mazowiecki Urząd Wojewódzki
<https://bip.mazowieckie.pl/artykuly/405/priorytety-dla-regionalnej-polityki-drowotnej>
15. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 20/2019 z dnia 8 lutego 2019 r.
16. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 107/2019 z dnia 7 sierpnia 2019 r.
17. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 16/2020 z dnia 18 marca 2020 r.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 poz. 465 z późn. zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z 2019 poz. 168).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 poz. 469).
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 poz. 1492).

