

**UCHWAŁA NR .....  
RADY GMINY KOBIERZYCE**

z dnia ..... 2026 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. " Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026 -2029"**

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt 5 i art.18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.), art.7 ust. 1 pkt 1 oraz art.48 ust. 1, ust. 3, 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tj. Dz.U. z 2026 r. poz. 149 ze zm.) Rada Gminy Kobierzyce uchwala co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. "Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026 - 2029", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Kobierzyce.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr .....  
Rady Gminy Kobierzyce  
z dnia ..... 2026 r.

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej  
mieszkańców gminy Kobierzyce  
na lata 2026-2029**

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

**Kobierzyce, 2025**

**1. Nazwa programu:**

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców  
gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”

**2. Okres realizacji programu: lata 2026 - 2029**

**3. Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej realizowany po raz pierwszy.

**4. Dane kontaktowe:**

Urząd Gminy Kobierzyce

Referat Kadr i Płac

Aleja Pałacowa 1

55-040 Kobierzyce

tel. 71 36 98 218

mmarszalek@ugk.pl

## **Spis treści**

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	str. 4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	str. 4
2. Dane epidemiologiczne .....	str. 7
3. Opis obecnego postępowania .....	str. 9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	str. 12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	str. 17
1. Cel główny .....	str. 17
2. Cel szczegółowy .....	str. 17
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	str. 17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	str. 18
1. Populacja docelowa .....	str. 18
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	str. 18
3. Planowane interwencje .....	str. 19
3.1. Dowody skuteczności planowanych działań.....	str. 22
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej .....	str. 24
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	str. 24
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	str. 26
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów...str.	26
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	str. 27
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	str. 28
1. Monitorowanie .....	str. 28
2. Ewaluacja .....	str. 29
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	str.30
1. Koszty jednostkowe .....	str. 30
2. Koszty całkowite:.....	str. 31
3. Źródło finansowania .....	str. 31
VII. Bibliografia .....	str. 32
VIII. Załączniki .....	str. 33-40

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

### **1. Opis problemu zdrowotnego**

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego osób z przewlekłymi i pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego, prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek.

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu dominują choroby zwyrodnieniowe stawów obwodowych, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz choroby krążków międzykręgowych. Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej występują u 80% osób, z których około połowa zgłasza dolegliwości bólowe, natomiast co dziesiąty ograniczenie ruchomości stawów.<sup>1</sup> Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej oraz zwężania szpary stawowej. Wiodącymi objawami klinicznymi jest ból, ograniczenie ruchomości stawu, sztywność stawu, trzeszczenie przy ruchach oraz nasilający się stan zapalny.<sup>2</sup> Głównymi czynnikami ryzyka są: wiek, otyłość, przebyte urazy, wyczynowe uprawianie sportu, płeć żeńska, czynniki genetyczne.<sup>3</sup> Choroba zwyrodnieniowa stawów może zajmować różne stawy, najczęściej dotyczy stawu biodrowego, kolanowego oraz stawów ręki.<sup>4</sup> Kolejną przewlekłą chorobą układu ruchu ograniczającą sprawność ruchową pacjentów jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. Według szacunków dotyczy ona nawet 40% populacji powyżej 40 roku życia. Jej główne czynniki ryzyka to: wiek, płeć żeńska, nadwaga i otyłość oraz czynniki genetyczne.<sup>5</sup> Dominującym objawem jest ból w okolicy przykręgosłupowej, nasilający się podczas ruchu. Stanowi on częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek w zakresie życia codziennego oraz zawodowego. Równie niekorzystne skutki niesie ze sobą

---

<sup>1</sup> Konieczny G, Wrzosek Z, Wybrane dysfunkcje narządu ruchu Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, s. 77-83

<sup>2</sup> Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dośw, 201; 68, s. 640-652.

<sup>3</sup> Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1178-1184

<sup>4</sup> Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1178-1184

<sup>5</sup> Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1180

dyskopatia – choroby krążka międzykręgowego definiowane jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych.<sup>6</sup> Pojawiające się dolegliwości bólowe są konsekwencją ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy przez wydobycie się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta wraz z wiekiem, istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa. Podstawowymi metodami leczenia powyższych schorzeń są rehabilitacja (kinezyterapia oraz fizykoterapia), psychoterapia, ergoterapia oraz farmakoterapia.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno - stawowego jest reumatoidalne zapalenie stawów. Jest to układowa choroba tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym i nieznanej etiologii, charakteryzująca się nieswoistym symetrycznym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi oraz objawami układowymi, prowadząca do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci.<sup>7</sup> Dotyka 3 - krotnie częściej kobiet niż mężczyzn, szczyt zachorowań przypada na czwartą i piątą dekadę życia. U 70% chorych występują okresy zaostrzeń i względnych remisji, z postępującą destrukcją stawów, u 15% przebieg jest łagodny, z umiarkowaną aktywnością choroby, zajęciem kilku stawów i ich wolno postępującą destrukcją, 10% pacjentów osiąga remisje długotrwałe. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania - od początkowego bólu, obrzęków i porannej sztywności stawowej, przez zmiany okołostawowe, zaniki mięśniowe aż do uszkodzenia chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów.<sup>8</sup> Rehabilitacja jest zalecana w każdym okresie choroby. Kinezyterapia ma na celu zwiększenie siły mięśniowej, poprawę sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie inwalidztwa. Fizykoterapia (elektro-, lasero-, termo-, krio- terapia, masaże i balneoterapia) wywiera efekt przeciwbólowy, przeciwzapalny i rozluźniający mięśnie.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo – krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96

<sup>7</sup> Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1104-1106

<sup>8</sup> Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/4, s. 431-438

<sup>9</sup> Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1117

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, zapalenia stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit),
- toczeń układowy,
- polimialgia reumatyczna,
- fibromialgia,
- choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno – stawowego oraz w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. Mechanizm powstawania urazów jest związany z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród najczęściej występujących należy wymienić złamania kości, skręcenia i zwichnięcia stawów oraz stłuczenia tkanek.

Przegląd dostępnych danych wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno – stawowego:

- upadki,
- wypadki komunikacyjne
- wypadki w miejscu pracy.

Spośród wyżej wymienionych przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki. W populacji osób powyżej 65 roku życia szacunkowo co trzecia osoba narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, około 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji, 10-15% upadków skutkuje poważnym urazem, z czego połowę stanowią złamania.<sup>10</sup>

Wśród głównych schorzeń układu nerwowego wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej wymienia się przede wszystkim:

- mononeuropatie,
- polineuropatie

---

<sup>10</sup> Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 45(3),s. 313-318

- radikulopatie.

**Neuropatia obwodowa** jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia bezpośredniego lub pośredniego. W przypadku **mononeuropatii** mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast **polineuropatia** to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei **radikulopatia** to podrażnienie lub uszkodzenie korzeni nerwowych na skutek patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa.<sup>11</sup> Szacuje się, że polineuropatie dotyczą około 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii należy wymienić cukrzycę, toksyczne działanie alkoholu, leków (cytostatyki, leki immunosupresyjne), choroby autoimmunologiczne. Z kolei mononeuropatie zwykle wywołane są przez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi.

## 2. Dane epidemiologiczne

Województwo dolnośląskie zamieszkuje około 2,9 mln mieszkańców, co stanowi 7,6 proc. ludności kraju. Ludność województwa charakteryzuje się podobnym stopniem zaawansowania procesu starzenia się co ludność Polski, ale krótszym oczekiwanym trwaniem życia oraz niższą płodnością. Starzenie się populacji w przyszłości będzie pozostawać pod wpływem niskiej płodności. Oprócz potrzeby dostosowania systemu usług zdrowotnych do rosnącej liczby osób starszych występuje też konieczność poprawy stanu zdrowia populacji dorosłej ze względu na niekorzystne charakterystyki przeżywalności, a więc zwrócenia uwagi na usługi zdrowotne kierowane do tej grupy. **Do 2029 r. nastąpi spadek liczby ludności województwa o 123,5 tys. osób, czyli o 4,2 proc., a więc silniej niż dla Polski. Natężenie procesu starzenia się ludności będzie silniejsze niż w skali kraju.** Analogiczne zmiany struktury wieku ludności będą dotyczyć większości powiatów regionu, choć będą przebiegać z różnym natężeniem. W największych miastach regionu i otaczających ich obszarach wpływ na liczbę i strukturę ludności będą miały procesy urbanizacyjne.<sup>12</sup>

W województwie dolnośląskim występuje wysoki odsetek porad udzielanych w AOS (ambulatoryjnej opiece specjalistycznej) pacjentom z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Stanowią one około 12,6% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkakrotnych w ciągu roku). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są najczęstszym

---

<sup>11</sup> Kozubski W, Liberski P. Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003

<sup>12</sup> Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa dolnośląskiego – dane za 2016 r.



powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych stanowiąc 59,6% wszystkich porad. Wysoki jest również odsetek udzielanych porad pacjentom z chorobami z grupy mononeuropatii, zespołów cieśni i radikulopatii, które stanowią około 25,2% wszystkich porad w poradniach neurologicznych, często kilkakrotnych w ciągu roku. W AOS w przypadku pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowego 90% świadczeń było realizowane w pięciu typach poradni: chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, neurologicznej, chirurgii ogólnej, leczenia bólu oraz pracowni rezonansu magnetycznego. Porady z trzech pierwszych typów poradni stanowiły 75% wszystkich porad udzielonych pacjentom z chorobami układu kostno-mięśniowego.<sup>13</sup>

Choroby układu kostno-stawowego są jednymi z najczęściej występujących schorzeń przewlekłych na świecie. W krajach europejskich, w tym w Polsce, odsetek populacji dotkniętej tymi chorobami systematycznie wzrasta. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), około 10-15% dorosłej populacji cierpi na różnego rodzaju schorzenia stawów, a w grupie osób powyżej 65 roku życia odsetek ten przekracza 30%. W Polsce, dane z Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że w 2023 roku około 25% populacji dorosłych miało zdiagnozowane choroby układu kostno-stawowego, co stanowiło znaczący wzrost w porównaniu z dekadą wcześniej. W wielu innych przypadkach konsekwencją urazów jest niepełnosprawność lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023<sup>14</sup> ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 3 miliony Polaków, wskaźnik liczby pacjentów w rehabilitacji ogólnej na 100 tysięcy mieszkańców wyniósł 8141 w Polsce, a 6899 w województwie dolnośląskim, co daje wartość istotnie niższą od ogólnokrajowej. Choroby układu ruchu stanowią duży odsetek wszystkich zachorowań również na terenie gminy Kobierzyce, na co wskazują dane otrzymane z NZOZ Twój Lekarz. Szczególnie dużą grupę pacjentów wśród osób dotkniętych chorobami układu ruchu stanowią osoby po 35 roku życia.

---

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa2022-2026>)

*Tabela 1. Schorzenia najczęściej występujące u mieszkańców gminy Kobierzyce w latach 2020-2024.*

	Wiek	0-4	5-18	19-34	35-54	55-64	65+	Razem
<b>Choroby układu krążenia</b>		17	116	512	2075	1353	2127	6200
<b>Choroby układu ruchu</b>		102	706	1202	2759	1177	1915	7861
<b>Choroby układu endokrynologicznego</b>		64	378	629	2080	1281	1971	6403
<b>Zaburzenia psychiczne</b>		118	329	437	930	433	966	3213
<b>Choroby układu oddechowego</b>		238	653	220	483	196	489	2279
<b>Choroby układu pokarmowego/trawienneego</b>		687	684	923	1890	923	1388	6495
<b>Choroby układu moczowego</b>		364	486	798	1526	841	1410	5425
<b>Zaburzenia metaboliczne</b>		12	132	128	471	185	264	1192
<b>Wady słuchu</b>		721	966	521	970	393	924	4495
<b>Wady wzroku</b>		588	1101	612	1603	842	1415	6161
<b>Choroby jamy ustnej/próchnica</b>		247	254	184	278	106	158	1227
<b>Nowotwory</b>		116	394	448	1240	529	997	3724
<b>Alergie</b>		423	750	337	614	234	469	2827
<b>Uzależnienia</b>		0	2	37	93	44	59	235
								<b>57737</b>

*Źródło: Dane – NZOZ Twój Lekarz.*

### 3. Opis obecnego postępowania

Rehabilitacja ambulatoryjna stanowi kluczowy element systemu opieki zdrowotnej w Polsce, umożliwiając pacjentom powrót do sprawności po przebytych urazach, operacjach lub w wyniku chorób przewlekłych. Świadczenia gwarantowane finansowane są przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>15</sup> i realizowane są w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), obejmując szeroki zakres procedur rehabilitacyjnych, które są dostępne dla pacjentów zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych, które mają podpisaną umowę z NFZ. Aby skorzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej w ramach świadczeń gwarantowanych z NFZ, pacjent musi posiadać skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to może wystawić zarówno lekarz pierwszego kontaktu (lekarz POZ) , jak i lekarz specjalista. Po otrzymaniu skierowania, pacjent zapisuje

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23.12.2020 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu - Dz.U. 2021 poz. 265)

się na listę oczekujących w wybranej placówce, która ma podpisaną umowę z NFZ. Czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji może się różnić w zależności od regionu oraz rodzaju zabiegu. W ramach świadczeń gwarantowanych pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu.<sup>16</sup> Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom znajdują się świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne, sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację ambulatoryjną, szpitalną lub w sanatorium uzdrowiskowym.<sup>17</sup> Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone także w ramach profilaktyki rentowej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ( w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnym).<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> ibidem

<sup>17</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2013 poz.931)

<sup>18</sup> Informacje Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych (<https://www.zus.pl>)

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce  
na lata 2026-2029**

*Tabela 2. Liczba zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych dla mieszkańców Gminy Kobierzyce przez NZOZ Twój Lekarz w poszczególnych latach.*

	2022	2023	2024	2025	Suma końcowa
ĆWICZENIA CZYNNE W ODCIĄŻENIU I CZYNNE W ODCIĄŻENIU Z OPOREM - MINIMUM 15 MINUT	807	735	582	475	2599
ĆWICZENIA CZYNNE WOLNE I CZYNNE Z OPOREM - MINIMUM 15 MINUT	620	1136	1010	403	3169
ĆWICZENIA IZOMETRYCZNE - MINIMUM 15 MINUT	211	849	773	157	1990
ĆWICZENIA WSPOMAGANE - MINIMUM 15 MINUT	363	159	116	93	731
ELEKTROSTYMULACJA	461	467	613	356	1897
IMPULSOWE POLE MAGNETYCZNE NISKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI	2058	1893	2130	1270	7351
INDYWIDUALNA PRACA Z PACJENTEM (NP.ĆWICZENIA BIERNE...)MINIMUM 15 MINUT	1826	3157	2570	1000	8553
INNE FORMY USPRAWNIANIA (KINEZYTERAPIA)- MINIMUM 15 MINUT		133	189	63	385
JONOFOREZA	761	608	569	357	2295
KĄPIEL WIROWA KOŃCZYN	430	546	421	286	1683
KRIOTERAPIA MIEJSCOWA (PARA AZOTU)	3211	2506	2284	1466	9467
LASEROTERAPIA - SKANER	3489	4189	3774	2099	13551
LASEROTERAPIA PUNKTOWA	1939	606	198	77	2820
Masaż suchy - częściowy (min. 20 min na pacjenta)	711	604	733	477	2525
NASWIETLANIE PROMIENIEM WIDZIALNYM, PODCZERWONYM LUB ULTRAFIOLETOWYM - MIEJSCOWE	1425	1373	1152	572	4522
NAUKA CZYNNOŚCI LOKOMOCJI - MINIMUM 15 MINUT	31	59	17	26	133
PRĄDY DIADYNAMICZNE	909	1069	795	410	3183
PRĄDY INTERFERENCYJNE	1146	2434	1766	1007	6353
PRĄDY TENS	3994	3605	3175	1828	12602
ULTRADŹWIĘKI MIEJSCOWE	476	376	293	106	1251
ULTRAFONOFOREZA	3693	3620	3271	2084	12668
WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA	869	892	703	361	2825
<b>SUMA KOŃCOWA</b>	<b>29430</b>	<b>31016</b>	<b>27134</b>	<b>14973</b>	<b>102553</b>

Źródło: Dane – NZOZ Twój Lekarz.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Z roku na rok rośnie liczba osób cierpiących na schorzenia takie jak choroby zwyrodnieniowe stawów, osteoporoza, reumatoidalne zapalenie stawów czy następstwa urazów. W obliczu starzejącego się społeczeństwa oraz rosnącej liczby przypadków związanych z chorobami układu ruchu, istnieje pilna potrzeba wzmocnienia działań w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej, która odgrywa kluczową rolę w leczeniu tych schorzeń.

Schorzenia układu ruchu generują wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Prowadzą do długotrwałych absencji w pracy, obniżenia produktywności oraz zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej. Wdrożenie skutecznego programu rehabilitacji ambulatoryjnej może zmniejszyć te koszty poprzez poprawę funkcjonowania pacjentów, redukcję bólu oraz zwiększenie ich zdolności do powrotu do pracy. Rehabilitacja ambulatoryjna pozwala również na skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie potrzeby leczenia chirurgicznego, co dodatkowo redukuje koszty opieki zdrowotnej. Pomimo rosnącego zapotrzebowania, dostęp do rehabilitacji ambulatoryjnej w Polsce jest nadal ograniczony. W wielu regionach kraju pacjenci muszą oczekiwać na rozpoczęcie rehabilitacji przez kilka miesięcy, co opóźnia proces leczenia i negatywnie wpływa na wyniki terapeutyczne. Nierównomierna dostępność usług, szczególnie na obszarach wiejskich oraz w mniejszych miastach, prowadzi do nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju *rehabilitacja lecznicza* finansowanych ze środków publicznych. Obecnie czas oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne w NZOZ Twój Lekarz to około 2 lata, jak wynika z informacji przekazanej przez podmiot.

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 22 listopada 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>19</sup>  
- priorytet 2: rehabilitacja;

---

<sup>19</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (DZ. U. 2021 poz. 2144)

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021 – 2025<sup>20</sup> - cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, - cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne
- Wojewódzkim planem transformacji dla województwa dolnośląskiego<sup>21</sup> - obszar działania 2.5. Rehabilitacja medyczna
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026<sup>22</sup>.

W celu poznania stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy Kobierzyce, w dniach od 9 kwietnia do 9 maja 2025 r. **na terenie Gminy Kobierzyce zostały przeprowadzone badania ankietowe.** Formularz ankiety sporządzono w wersji on-line w aplikacji mMieszkaniec oraz w wersji papierowej – dostępny w ośrodkach zdrowia na terenie gminy Kobierzyce oraz w Urzędzie Gminy. Aby dotrzeć do osób, których temat zdrowia szczególnie dotyczy, ale nie są mobilne internetowo jak również nie mają możliwości pobrania osobiście ankiety z ośrodków zdrowia (np. osoby starsze, chore), do dystrybucji ankiet zaangażowano również sołtysów poszczególnych miejscowości. **W badaniu ankietowym wzięły udział 634 osoby.**

Wśród 3 najczęściej występujących problemów zdrowotnych ankietowani wskazali:

- **choroby narządu ruchu (16%)** – np. schorzenia kręgosłupa, schorzenia stawów, osteoporoza, zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, stany po złamaniach, stany po wszczepieniu endoprotez
- choroby układu krążenia (15%) – np. choroby serca, udar mózgu, choroba nadciśnieniowa, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, wady serca, inne choroby naczyń krwionośnych - żylaki, zapalenie żył, miażdżyca
- choroby układu endokrynologicznego (11%) – np. choroby tarczycy, cukrzyca.

Najczęściej występujące u dzieci problemy zdrowotne to wg ankietowanych:

- alergie (28%)
- **choroby narządu ruchu ( 15%)** – np. wady postawy, płaskostopie
- wady wzroku/słuchu (11%)
- choroby jamy ustnej (11%) - np. próchnica
- zaburzenia psychiczne (8%) – np. depresja, stres, nerwica, ADHD

---

<sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz.642)

<sup>21</sup> Obwieszczenie nr 21/2021 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji

<sup>22</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69)

*Tabela 3. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Pana/i lub u dorosłych członków najbliższej rodziny? Zaznacz 3 najczęściej występujące problemy.*

Odpowiedź	Liczba odpowiedzi	Procent
choroby układu krążenia	311	15%
choroby narządu ruchu	325	16%
choroby układu pokarmowego	144	7%
choroby układu endokrynologicznego	229	11%
choroby jamy ustnej/próchnica	100	5%
choroby układu oddechowego	78	4%
choroby układu moczowego	69	3%
zaburzenia psychiczne	106	5%
zaburzenia metaboliczne	129	6%
wady słuchu	63	3%
wady wzroku	210	10%
nowotwory	71	3%
alergie	151	7%
uzależnienia	36	2%
inne	23	1%
<b>RAZEM</b>	<b>2115</b>	<b>100%</b>

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.*

*Tabela 4. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Państwa nieletnich dzieci ?*

Odpowiedź	Liczba odpowiedzi	Procent
choroby układu krążenia	34	4%
choroby narządu ruchu	139	15%
choroby układu trawiennego	34	4%
choroby układu endokrynologicznego	57	6%
zaburzenia psychiczne	75	8%
nowotwory	8	1%
alergie	266	28%
wady wzroku/słuchu	136	14%
choroby jamy ustnej/próchnica	106	11%
choroby układu krwiotwórczego	4	0%
uzależnienia	8	1%
inne	84	9%
<b>RAZEM</b>	<b>951</b>	<b>100%</b>

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.*

Lekarze specjaliści najczęściej potrzebni w opiece nad ankietowanymi oraz ich rodzinami to:

- okulista – wskazało 290\* osób ankietowanych,
- kardiolog – wskazało 257 osób ankietowanych,
- rehabilitant – wskazało 248 osób ankietowanych,
- ortopeda – wskazało 231 osób ankietowanych,

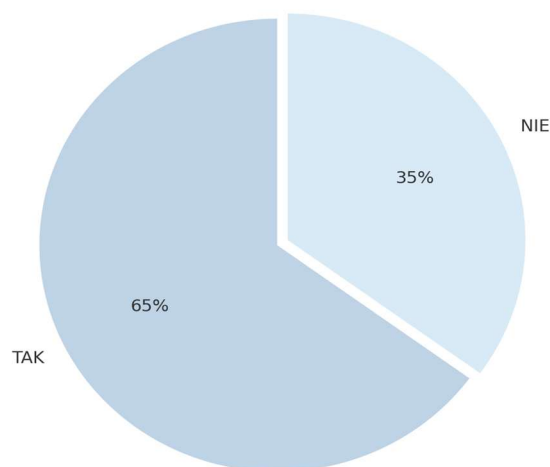
\*pytanie z możliwością zaznaczenia kilku odpowiedzi

przy czym **65%** ankietowanych lub członków ich rodzin **wymagało w ostatnim roku rehabilitacji z powodu:**

- zmiany zwyrodnieniowe stawów (26%)
- wady postawy ( 16%)
- choroby reumatyczne (11%)
- stany po złamaniu (8%)
- stany po wszczepieniu endoprotezy lub po artroskopii kolana lub barku (7%)

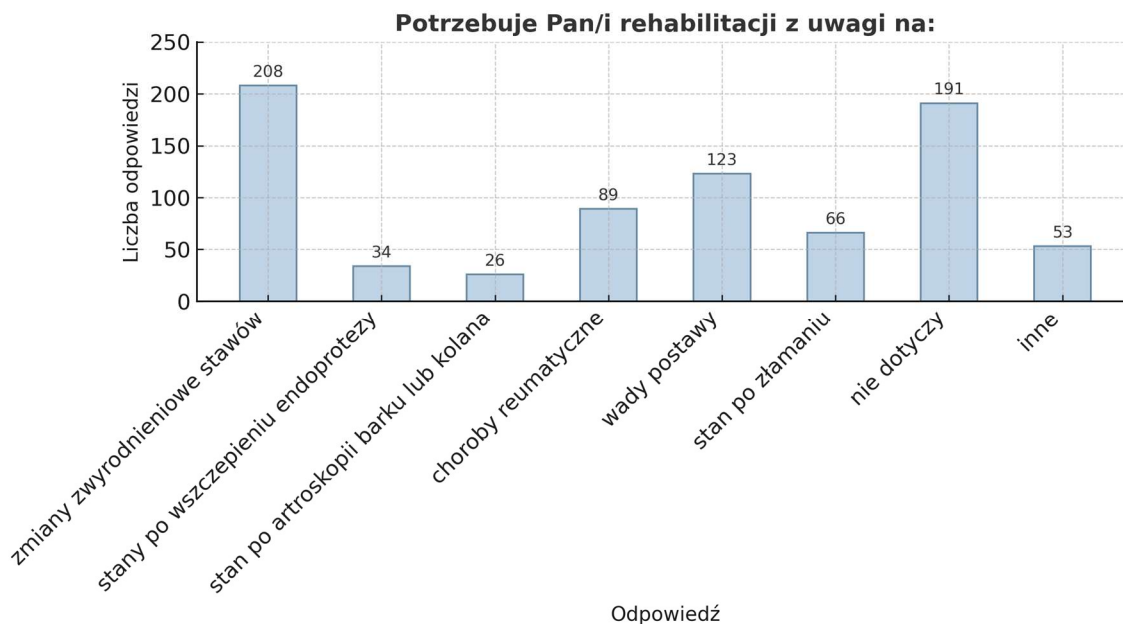


*Wykres 1. Czy w ostatnim roku Pan/i lub ktoś z Pańskiej rodziny wymagał rehabilitacji?*



*Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.*

*Wykres 2. Potrzebuje Pan/i rehabilitacji z uwagi na:*



*Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych ankiet.*

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30%\* uczestników programu, dotkniętych problemem chorób układu ruchu, urazów lub chorób układu nerwowego, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy Kobierzyce w latach 2026 – 2029.

### 2. Cel szczegółowy

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu ruchu, chorób obwodowego układu nerwowego oraz urazów u co najmniej 50%\* uczestników programu.

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela 5: Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik efektywności	Zaplanowana wartość wskaźnika
<b>Główny</b>	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS <sup>1</sup> ) oraz ostatnim dniu (VAS <sup>o</sup> ) otrzymywania świadczeń w programie (VAS <sup>o</sup> < VAS <sup>1</sup> ) o co najmniej 14mm (minimalna istotna klinicznie różnica)	30%
<b>Szczegółowy</b>	Odsetek osób, u których odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) w post - teście względem pre – testu - załącznik nr 1	50%

\* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych Jednostek Samorządu Terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej a także rekomendacji eksperta.

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

#### **1. Populacja docelowa**

Program skierowany jest do mieszkańców gminy Kobierzyce w wieku 50 lat i więcej, których liczba wynosi ok 13 780 tys.<sup>23</sup> Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, określono populację docelową na poziomie około 1000 pacjentów rocznie. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie około 500 dorosłych mieszkańców (około 50% populacji docelowej).

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

Populacja spełniająca kryteria udziału w programie polityki zdrowotnej to osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

##### **Kryteria włączenia:**

- posiadanie odpowiedniego skierowania
- wiek 50 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie gminy Kobierzyce potwierdzone rozliczaniem podatku dochodowego we właściwym miejscowo Urzędzie Skarbowym ze wskazaniem miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kobierzyce (zgoda uczestnika i dokumenty potwierdzające adres zamieszkania)
- rozpoznanie choroby przewlekłej układu kostno – stawowego, zapalnej choroby układu ruchu, urazu lub choroby układu nerwowego (stwierdzone na podstawie dokumentacji medycznej okazanej przez pacjenta).

##### **Kryteria wyłączenia:**

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

---

<sup>23</sup> Dane – Referat Spraw Obywatelskich Urząd Gminy Kobierzyce, ewidencja ludności 2025.

do programu (pacjenci z przewlekłą chorobą układu kostno – stawowego lub układu nerwowego) lub do 2 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z urazem) – oświadczenie uczestnika programu.

### **3. Planowane interwencje**

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie realizator.

Dla każdego uczestnika programu zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie:

#### **1) Wizyta fizjoterapeutyczna**

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do programu i uwzględniająca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego.

#### **2) Indywidualny plan rehabilitacyjny**

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu,  
- obejmujący rodzaje i liczbę zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu spośród zawartych w Tabeli 6, w ilości średnio 3 zabiegi dziennie (nie więcej niż 5) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni.

#### **3) Działania edukacyjne**

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, dietetyka lub edukatora  
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji,  
- przykładowe dopuszczalne formy działań edukacyjnych to wykład, szkolenie online, webinar oraz inne po uprzednim zaakceptowaniu przez Urząd, oraz dodatkowo materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora (ulotki, broszury)  
- o proponowanej tematyce:

- ✓ promocja elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie układu kostno – stawowego,
- ✓ rola aktywności fizycznej,
- ✓ rola diety oraz suplementacji diety,
- ✓ rola ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów,
- ✓ sposoby radzenia sobie ze stresem,

- podczas edukacji powinna być zapewniona możliwość zadawania pytań dotyczących ww. zakresu, a osoba prowadząca edukację powinna udzielać odpowiedzi na zadane pytania zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej. Pożądana wartość wzrostu wiedzy uczestników

to minimum 30%. Zakładany czas trwania interwencji edukacyjnej zaplanowanej w programie to 45 minut.

*Tabela 6: Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu.*

L.p.	<b>FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA (ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE)</b>		
		<b>Charakterystyka zabiegu</b>	<b>Wskazania</b>
<b>A.</b>	<b>KINEZYTERAPIA</b>		
	<b>Indywidualna praca z pacjentem</b>	nauka czynności lokomocyjnych, ćwiczenia sprawności manualnych	stany pourazowe, pooperacyjne, choroby układu nerwowego
	<b>Ćwiczenia wspomagane</b>	ćwiczenia ogólnokondycyjne, ogólnousprawniające, izometryczne	przewlekłe stany zapalne, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa
	<b>Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne z oporem</b>	ćwiczenia w odciążeniu stawów kończyn i kręgosłupa	przewlekłe stany zapalne, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa
<b>B.</b>	<b>ELEKTROLECZNICTWO</b>		
	<b>Jonoforeza</b>	zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo	zwyrodnieniowe i zapalne schorzenia narządu ruchu, uszkodzenia nerwów, miejscowe zaburzenia ukrwienia tkanek
	<b>Prądy Tens</b>	przezskórna elektrostymulacja nerwów	przewlekłe dolegliwości bólowe
	<b>Interdyn</b>	prądy interferencyjne średniej częstotliwości, w wyniku zastosowania następuje poprawa ukrwienia, działanie przeciwbólowe	choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe, choroby zapalne stawów, neuralgie, choroba Sudecka

	<b>Ultradźwięki</b>	zabiegi wykorzystujące fale ultradźwiękowe mające na celu poprawienie ukrwienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego, przyspieszenie gojenia tkanek	po przebytych urazach, uśmierzenie bólu
<b>C.</b>	<b>LECZENIE POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM</b>		
	<b>Magnetronic</b>	terapia pulsującym polem magnetycznym niskiej częstotliwości	stany pourazowe, choroby reumatyczne, stany pooperacyjne, choroby obwodowego układu nerwowego
<b>D.</b>	<b>ŚWIATŁOLECZNICTWO I TERMOTERAPIA</b>		
	<b>Laseroterapia</b>	laser biostymulujący,	zespoły bólowe kręgosłupa, po urazach narządów ruchu, po operacjach, w stanach wymagających gojenia ubytków tkankowych, zespół Sudecka, choroba zwyrodnieniowa stawów
	<b>Sollux</b>	leczenie światłem, promieniowaniem widzialnym i podczerwonym	łagodzenie bólu, łagodzenie stanów zapalnych
<b>E.</b>	<b>MASAŻE</b>		
	<b>Masaż suchy</b>	zabieg polegający na sprężystym odkształceniu tkanek, polega na wykonywaniu przez masażystę określonych ruchów w określonym tempie i z odpowiednią siłą, zgodnie z przebiegiem mięśni, tkanek naczyń krwionośnych i limfatycznych	zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa, przewlekłe stany zapalne, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów, przykurcze spowodowane bliznami, nerwobóle, mięśniobóle, zaburzenia krążenia obwodowego
<b>F.</b>	<b>HYDROTERAPIA</b>		
	<b>Kąpiel wirowa kończyn</b>	podczas zabiegu wykorzystuje się wpływ ciepłej wody oraz jej działanie mechaniczne z ruchem wirowym, zabieg ma charakter łagodnego masażu	przewlekłe stany zapalne, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów, przykurcze spowodowane bliznami
<b>G.</b>	<b>KRIOTERAPIA</b>		

	<b>Krioterapia miejscowa</b>	leczenie zimnem polegające na przyłożeniu przy pomocy specjalnego aplikatora bardzo niskiej temperatury, która dostarczana jest do miejsca zmienionego chorobowo	przewlekłe stany zapalne, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów, zmiany zwyrodnieniowe stawów kończyn i kręgosłupa

### **3.1 Dowody skuteczności planowanych działań**

Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu kostno - stawowego i mięśniowego zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)<sup>24</sup>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)<sup>25</sup>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)<sup>26</sup>
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)<sup>27</sup>
- North American Spine Society (NASS 202)<sup>28</sup>
- American College of Physicians (ACP 2017)<sup>29</sup>
- Institute of Health and Economics (IHE 2017)<sup>30</sup>
- National Stroke Foundation (NSF 2010)<sup>31</sup>
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)<sup>32</sup>
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)<sup>33</sup>
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)<sup>34</sup>

<sup>24</sup> Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))

<sup>25</sup> Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))

<sup>26</sup> Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013

<sup>27</sup> Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 (<https://www.icsi.org>)

<sup>28</sup> Diagnosis and Treatment of Low Back Pain (<https://spine.org>)

<sup>29</sup> Noninvasive Treatments for Acute, Subacute and Chronic Low Back Pain: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017

<sup>30</sup> Low Back Pain Guideline, 2017 (<https://www.ihe.ca>)

<sup>31</sup> Clinical Guidelines for Stroke Management 2010,, National Stroke Foundation

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Ibidem

**Regularne wizyty fizjoterapeutyczne** stanowią fundament rehabilitacji medycznej pacjentów z chorobami stawów, układu kostno – mięśniowego oraz nerwowego. Jak wskazują wytyczne NICE (2014), wczesna interwencja fizjoterapeutyczna może znacząco zmniejszyć objawy bólowe oraz poprawić funkcję ruchową pacjentów. NICE 2016 podkreśla, że fizjoterapia w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa przynosi długotrwałe korzyści, zmniejszając potrzebę interwencji chirurgicznych i farmakologicznych.

Badania wskazują, że wizyta fizjoterapeutyczna, szczególnie wczesna, pozwala na szybsze rozpoczęcie procesu rehabilitacji, co jest kluczowe dla zapobiegania chronicznym stanom bólowym oraz dalszej degeneracji tkanek. SIGN 2013 podkreśla, że regularna fizjoterapia jest skuteczna w redukcji niepełnosprawności oraz poprawie jakości życia pacjentów z osteoartrozą kolana i biodra.

Stworzenie **indywidualnego planu rehabilitacyjnego**, dostosowanego do potrzeb każdego pacjenta, jest kluczowym elementem skutecznej terapii. Wytyczne NICE 2016 oraz ICSI 2018 wskazują na konieczność personalizacji planów rehabilitacyjnych, uwzględniających specyfikę schorzenia, stopień zaawansowania oraz indywidualne możliwości pacjenta. Indywidualne podejście zwiększa efektywność terapii, umożliwiając osiągnięcie lepszych wyników w zakresie przywracania funkcji ruchowych oraz redukcji bólu. ICSI 2018 podkreśla również znaczenie regularnej oceny i modyfikacji planu rehabilitacyjnego, w zależności od postępów pacjenta. Takie podejście pozwala na optymalne dostosowanie intensywności i rodzaju ćwiczeń, co przekłada się na większą skuteczność terapii. W literaturze wykazano, że indywidualnie dostosowane programy rehabilitacyjne są bardziej efektywne niż standardowe, ujednolicone podejście.

**Edukacja pacjentów** oraz ich rodzin na temat choroby, metod samodzielnego radzenia sobie z objawami oraz znaczenia kontynuacji ćwiczeń poza sesjami fizjoterapeutycznymi jest kluczowym elementem kompleksowej rehabilitacji. PTMR 2017 oraz PTF 2017 podkreślają, że edukacja zwiększa zaangażowanie pacjentów w proces leczenia oraz ich motywację do samodzielnej pracy nad poprawą zdrowia. Dowody naukowe wskazują, że pacjenci, którzy są dobrze poinformowani na temat swojej choroby i zasad rehabilitacji, osiągają lepsze wyniki w terapii. Edukacja powinna obejmować zarówno aspekty teoretyczne, jak i praktyczne, w tym naukę prawidłowych technik ćwiczeń, które pacjent może wykonywać samodzielnie w domu. SIGN 2013 rekomenduje, aby programy edukacyjne były integralną częścią planu rehabilitacji, co pozwala na zmniejszenie liczby nawrotów choroby oraz obniżenie ryzyka kontuzji.



Rehabilitacja medyczna pacjentów z chorobami układu kostno – stawowego, oparta na wizytach fizjoterapeutycznych, indywidualnych planach rehabilitacyjnych oraz działaniach edukacyjnych, jest efektywną strategią poprawy jakości życia i funkcjonowania pacjentów. Dowody naukowe i wytyczne (NICE, SIGN, ICSI, PTF, PTMR) jednoznacznie wskazują na korzyści płynące z kompleksowej i spersonalizowanej opieki rehabilitacyjnej. Dlatego też, realizacja tych założeń powinna być priorytetem w polityce zdrowotnej ukierunkowanej na pacjentów z chorobami stawów, układu kostno – stawowego oraz nerwowego.

#### **4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej**

Informowanie o możliwości udziału w programie będzie prowadzone przez realizatora programu oraz przez Gminę Kobierzyce. W celu uzyskania jak największej zgłaszalności do programu planuje się akcję informacyjną w formie kampanii w mediach społecznościowych, ale również w formie np. plakatów, ulotek. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechniania informacji o programie będzie dostosowany do docelowej populacji i ostatecznie będzie zależny od narzędzi wybranych przez realizatora. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom zasady świadczenia usług w ramach programu.

Udzielane świadczenia zdrowotne w ramach programu będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych przez wybrany w drodze konkursu podmiot leczniczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program wskazano w punkcie IV.2. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie - **załącznik 2**. Wzór karty uczestnika programu określa **załącznik 3**.

Wszystkie interwencje w ramach programu będą udzielane uczestnikom programu bezpłatnie. Ponadto uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Gminą Kobierzyce a realizatorem.

#### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Zakłada się możliwe dwa sposoby zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej:

1. uczestnik **kończy pełen cykl zabiegów rehabilitacyjnych** - zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacyjnym, wypełnia post – test oraz ankietę satysfakcji w programie – załącznik 4,

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- kończy udział w programie polityki zdrowotnej.

2. uczestnik **nie kończy pełnego cyklu zabiegów rehabilitacyjnych** - zgłoszenie przez uczestnika chęci rezygnacji z udziału w programie przed ukończeniem pełnego cyklu zabiegów rehabilitacyjnych zgodnego z indywidualnym planem rehabilitacyjnym, przy czym możliwe jest zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie,

- wypełnia oświadczenia o chęci zakończenia uczestnictwa w programie – **załącznik 5**,
- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- kończy udział w programie polityki zdrowotnej.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

*Tabela 7: Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów*

<b>L.p.</b>	<b>Czas trwania etapu</b>	<b>Działania podejmowane w ramach etapu</b>
1.	Czerwiec - październik 2025	Opracowanie i zaplanowanie budżetu PPZ i przekazanie projektu programu do AOTMiT.
2.	Listopad/ grudzień 2025	Zaopiniowanie projektu PPZ przez AOTMiT.
3.	Grudzień 2025	Podjęcie uchwały Rady Gminy o przyjęciu do realizacji PPZ.
4.	Styczeń 2026	Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru realizatorów PPZ zgodnie z art 8b ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych. Wybór realizatora i podpisanie umowy z realizatorem.
6.	Luty 2026 – grudzień 2029	Przeprowadzanie akcji informacyjnej (informowanie o możliwości udziału w programie). Przeprowadzanie zaplanowanych interwencji: wizyt fizjoterapeutycznych, tworzenia i realizacji indywidualnych planów rehabilitacji, działań edukacyjnych. Bieżące zbieranie danych dotyczących realizowanych działań umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację.
7.	01.01.2027- 31.01.2027	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2026 (raport okresowy)
8.	01.01.2028- 31.01.2028	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2027 (raport okresowy)
9.	01.01.2029- 31.01.2029	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2028 (raport okresowy)
10.	01.01.2030- 31.01.2030	Przygotowanie raportu z realizacji działań w roku 2029 (raport okresowy)
11.	31.12.2029	Zakończenie realizacji PPZ
12.	01.01.2030- 31.01.2030	Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

*Źródło: Opracowanie własne.*

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Kobierzyce. Realizatorem programu będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024r. poz.799 ze zm.)
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.)
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, lekarzy, 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, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta. Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji – **załącznik 6**. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. 2024 poz.581), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2023 poz. 2465) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019 poz. 1781).

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu. Umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu, a także określenie wpływu programu na sytuację zdrowotną i społeczną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie to proces zbierania danych o realizacji programu – pozwala kontrolować ich przebieg i postęp. Ewaluacja to analiza danych realizowana po zakończeniu programu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

### **1. Monitorowanie**

Monitoring programu będzie prowadzony w zakresach:

- oceny zgłaszalności do programu,
- oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie.

*Tabela 8. Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności*

<b>L.p.</b>	<b>Wskaźnik</b>
1.	Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
2.	Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie
3.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę fizjoterapeutyczną
4.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji
5.	Liczba wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów
6.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym
7.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie ( z uwzględnieniem przyczyn rezygnacji)

*Tabela 9. Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń*

<b>L.p.</b>	<b>Wskaźnik</b>
1.	Liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji
2.	Liczba udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego

W ramach monitoringu, realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- sprawozdania rocznego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik 6 do programu;
- analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu - zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik 4 do programu;

Warunki i terminy przekazania sprawozdania oraz analizy ankiet będzie określała umowa zawarta z realizatorem.

## **2. Ewaluacja**

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu końcowym oraz raporcie końcowym z realizacji całego PPZ, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **1. Koszty jednostkowe**

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie (dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie) i pośrednie (niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie - np. zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową, koszty związane z ewaluacją i monitorowaniem programu).

Oszacowania wartości zabiegów fizjoterapeutycznych dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnie z aktualną wyceną świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej przez NFZ na rok 2025 (pismo NFZ z dnia 23.06.2025 r.) oraz na podstawie przyjętej średniej ilości zabiegów wykonanych przez NZOZ Twój Lekarz w ciągu ostatnich trzech lat.

*Tabela 10. Budżet programu – szacunkowe koszty jednostkowe w pierwszym roku realizacji programu.*

L.p.	Rodzaj interwencji	Szacunkowa ilość	Koszt jednostkowy zł brutto	Koszt całkowity zł brutto
<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>				
1	Konsultacja fizjoterapeutyczna z utworzeniem indywidualnego planu rehabilitacyjnego	500	45,85	22 925
2	Indywidualna praca z pacjentem	1000	63,49	63 490
3	Ćwiczenia wspomagane	100	14,88	1 488
4	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne z oporem	300	14,88	4 464
5	Jonoforeza	2000	8,54	17 080
6	Prądy Tens	1500	8,54	12 810
7	Interdyn	1200	9,17	11 004
8	Ultradźwięki	2000	8,54	17 080
9	Magnetronic	1500	8,54	12 810
10	Laseroterapia	3000	8,54	25 620
11	Sollux	1000	8,54	8 540
12	Masaż suchy	500	29,56	14 780
13	Kąpiel wirowa kończyn	200	17,82	3 564
14	Krioterapia miejscowa	2000	8,54	17 080
15	Edukacja	500	15,00	7 500
				<b>240 235</b>
<b>KOSZTY POŚREDNIE</b>				
1	Akcja informacyjna i promocyjna	1	1000	1 000
2	Obsługa administracyjno-księgową	1	3000	3 000
3	Monitorowanie i ewaluacja	1	2000	2 000
				<b>6 000</b>

W kalkulacji założono, że interwencji w programie można poddać 500 uczestników rocznie, którzy skorzystają:

- z konsultacji fizjoterapeutycznej,
- z rehabilitacji medycznej zaplanowanej w indywidualnym planie rehabilitacji (w ilości średnio 3 zabiegi dziennie, nie więcej niż 5, na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni)
- oraz z edukacji.

W przypadku innej niż ww. szacunkowa ilość osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem i stanem, jednakże suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

## **2. Koszty całkowite**

W kolejnych latach realizacji koszty jednostkowe powinny zostać zindeksowane o koszty inflacji. Zakłada się dostosowywanie budżetu programu do kosztów w danym roku

budżetowym, nie mniej niż o roczny wskaźnik inflacji na poziomie 3 %. Koszty jednostkowe powinny być indeksowane każdorazowo przed publikacją ogłoszenia o konkursie na wybór realizatora programu. Całkowity budżet programu został określony na kwotę 1 030 152 zł.

*Tabela 11. Budżet programu – koszty całkowite programu z podziałem na poszczególne lata trwania programu*

Lp.	Rodzaj kosztu	Rok 2026	Rok 2027	Rok 2028	Rok 2029
1.	Koszty bezpośrednie	240 235	247 442	254 865	262 510
2.	Koszty pośrednie	6000	6180	6365	6555
		<b>246 235</b>	<b>253 622</b>	<b>261 230</b>	<b>269 065</b>
		<b>1 030 152 zł</b>			

### **3. Źródła finansowania**

Program w założeniu finansowany jest w całości ze środków własnych Gminy Kobierzyce. Gmina w latach 2026-2029 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie działań realizowanych w programie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Dolnośląski Urząd Wojewódzki oraz Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.



## **VII. BIBLIOGRAFIA**

1. Konieczny G, Wrzosek Z, Wybrane dysfunkcje narządu ruchu Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, s. 77-83
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dośw, 201; 68, s. 640-652.
3. Gajewski P Interna Szczeklika. Mały podręcznik 2020/2021. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, s. 1178-1184
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. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/4, s. 431-438
6. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski JT Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 45(3),s. 313-318
7. Kozubski W, Liberski P. Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003
8. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa2022-2026>)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23.12.2020 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu - Dz.U. 2021 poz. 265)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2013 poz.931)
11. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych (<https://www.zus.pl>)
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2021 poz. 2144)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz.642)
14. Obwieszczenie nr 21/2021 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 17 grudnia 2021r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2021.69)
16. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guidelne Centre, February 2014 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))
17. Low back pain and sciatica in over 16s:assessment and management, 2016 ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))
18. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, Decmber 2013
19. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 (<https://www.icsi.org>)
20. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain (<https://spine.org>)
21. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute and Chronic Low Back Pain: A clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017
22. Low Back Pain Guideline, 2017 (<https://www.ihe.ca>)
23. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010., National Stroke Foundation
24. 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
25. Uchwała nr X/66/24 Rady Gminy Kostomłoty z dnia 26 listopada 2024 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kostomłoty na lata 2025-2029.
26. Opinia Prezesa AOTMiT nr 80/2024 z dnia 8 listopada 2024 r.

## **VIII. ZAŁĄCZNIKI**

### **Załącznik 1**

### **-WZÓR-**

#### **Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”**

- 1) Co ma największe znaczenie w profilaktyce bólów kręgosłupa?
  - a) Zżywanie leków przeciwbólowych
  - b) Regularna aktywność fizyczna i wzmacnianie mięśni brzucha oraz pleców
  - c) Odpoczynek w łóżku przez większość dnia
  - d) Unikanie każdej aktywności obciążającej ciało
- 2) Jak prawidłowo podnieść ciężki przedmiot z podłogi?
  - a) Pochylić się w pasie z wyprostowanymi nogami
  - b) Ugiąć kolana i podnieść ciężar przy wyprostowanych plecach
  - c) Podnieść ciężar szybko i energicznie
  - d) Przenieść ciężar jedną ręką
- 3) Jaki rodzaj aktywności fizycznej jest szczególnie zalecany w profilaktyce bólu kręgosłupa?
  - a) Ćwiczenia wzmacniające mięśnie głębokie i rozciągające
  - b) Wyłącznie trening siłowy z dużymi obciążeniami
  - c) Brak aktywności fizycznej w celu „oszczędzania kręgosłupa”
  - d) Wyłącznie marsze bez innych ćwiczeń
- 4) Który nawyk może przeciwdziałać przewlekłym bólom kręgosłupa?
  - a) Spanie wyłącznie na brzuchu
  - b) Regularne rozciąganie i ćwiczenia wzmacniające
  - c) Unikanie jakiegokolwiek aktywności fizycznej
  - d) Noszenie ciężkich plecaków na jednym ramieniu
- 5) Jak przewlekły stres wpływa na stan kręgosłupa?
  - a) Powoduje rozluźnienie mięśni
  - b) Prowadzi do przewlekłego napięcia mięśniowego i bólu
  - c) Zwiększa elastyczność kręgosłupa
  - d) Nie ma wpływu na układ mięśniowo-szkieletowy
- 6) Który odcinek kręgosłupa jest najczęściej napięty w wyniku stresu i emocji (np. złości, gniewu)?
  - a) Odcinek krzyżowy
  - b) Odcinek szyjny i lędźwiowy
  - c) Tylko odcinek piersiowy
  - d) Kręgosłup jest niewrażliwy na stres
- 7) Który zestaw składników odżywczych jest najważniejszy dla utrzymania zdrowych kości i struktur kręgosłupa?
  - a) Węglowodany proste i tłuszcze nasycone.
  - b) Wapń, witamina D oraz białko (kolagen).
  - c) Żelazo i witamina C
  - d) Witamina C i tłuszcze nasycone
- 8) Które produkty są szczególnie zalecane w diecie wspierającej regenerację kręgosłupa?
  - a) Słodkie i żywność przetworzona
  - b) Tłuste ryby morskie (źródło witaminy D i omega-3) oraz zielone warzywa liściaste
  - c) Białe pieczywo
  - d) Produkty nie mają znaczenia
- 9) Dlaczego odpowiednie nawodnienie jest istotne dla kręgosłupa?
  - a) Zapobiega jedynie uczuciu głodu
  - b) Utrzymuje odpowiednie nawodnienie i elastyczność krążków międzykręgowych (dysków)
  - c) Zwiększa masę ciała
  - d) Gasi pragnienie.

.....  
Podpis uczestnika ppz

## **Załącznik 2**

## **-WZÓR-**

### **Zgoda na udział w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”**

Ja niżej podpisana (y) oświadczam, że w chwili aplikowania do Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029 (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie gminy Kobierzyce.

W załączeniu przedkładam dokument potwierdzający adres zamieszkania\*;

- Kartę Mieszkańca Gminy Kobierzyce
- kopię pierwszej strony złożonego PIT-u za poprzedni rok wraz z pieczętką wpływu do US we Wrocławiu lub Urzędowe Poświadczenie Odbioru (UPO) \*\*
- kopię formularza ZAP-3 wraz pieczętką wpływu do US we Wrocławiu lub Urzędowe Poświadczenie Odbioru (UPO) dotyczy osób, które zamieszkały na terenie Gminy Kobierzyce w roku bieżącym\*\*
- pierwszą stronę PIT-40A/11A otrzymanego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (emeryci i renciści)

\* zaznaczyć właściwy

\*\* Jeśli adres zamieszkania występuje na kolejnej stronie, wtedy jest konieczność okazania także tej strony, na której widnieje adres zamieszkania.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków gminy Kobierzyce.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w okresie do 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z przewlekłą chorobą układu kostno – stawowego lub układu nerwowego) lub do 2 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (pacjenci z urazem).

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie moich danych osobowych ( m.in. imię i nazwisko, nr pesel, rodzaj otrzymanego świadczenia) gminie Kobierzyce oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

.....  
(data i podpis uczestnika programu)

### **Załącznik 3**

**-WZÓR-**

#### **Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”**

##### **1. Dane uczestnika programu**

Imię i Nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

##### **2. Kwalifikacja do programu**

Jednostka kwalifikująca do udziału w programie, ICD-10	
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie	

### 3. Świadczenia uzyskane w ramach programu

Konsultacja fizjoterapeutyczna			
Indywidualny plan rehabilitacji (rodzaj zabiegu)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
(Data i podpis Uczestnika)			
Ewaluacja indywidualnego planu rehabilitacji	Ocena dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji VAS1 <sup>1</sup>	Ocena dolegliwości bólowych w skali VAS po ostatnim dniu rehabilitacji VAS <sup>o</sup>	VAS <sup>o</sup> < VAS <sup>1</sup> o co najmniej 14mm  TAK NIE
Ewaluacja edukacji	Wynik pre – testu:	Wynik post - testu:	Minimum 60% poprawnych odpowiedzi w post – teście TAK NIE

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

## Załącznik 4

- WZÓR -

### Ankieta satysfakcji uczestników „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”

Szanowni Państwo,  
ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w Programie polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

#### I. Ocena rejestracji

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

#### II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

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

#### III. Ocena warunków panujących w miejscu udzielania świadczeń

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

Czy uważa Pan(i), że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- ☐ tak
- ☐ nie

Inne uwagi

.....  
Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

**Załącznik 5**

**-WZÓR-**

**Rezygnacja z udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie  
rehabilitacji leczniczej mieszkańców  
gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki  
zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-  
2029”

.....  
(data i podpis)

**Załącznik 6**

**- WZÓR -**

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu  
polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców  
gminy Kobierzyce na lata 2026-2029”**

Dane realizatora:	
Nr umowy:	
Sprawozdanie za okres:	

**Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj wskaźnika</b>	<b>Wartość wskaźnika</b>
<b>1.</b>	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali wizytę fizjoterapeutyczną	
<b>2.</b>	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrealizowali indywidualny plan rehabilitacji	
<b>3.</b>	Liczba wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych z podziałem na rodzaje zabiegów	
<b>4.</b>	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjnym	
<b>5.</b>	Liczba świadczeniobiorców, którzy zrezygnowali z udziału w programie	



**Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu:**

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj miernika</b>	<b>Wartość wskaźnika</b>
<b>1.</b>	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami mierzony w skali VAS w pierwszym (VAS <sup>1</sup> ) oraz ostatnim dniu (VAS <sup>o</sup> ) otrzymywania świadczeń w programie (VAS <sup>o</sup> < VAS <sup>1</sup> )	
<b>2.</b>	Odsetek osób, u których odnotowano wysoki poziom wiedzy (minimum 60% poprawnych odpowiedzi) w post - teście względem pre - testu	

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących

.....  
Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za okres sprawozdawczy.

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj wskaźnika</b>	<b>Wartość wskaźnika</b>
<b>1.</b>	Liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w badaniu satysfakcji	
<b>2.</b>	Liczba udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego	

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

## **IX. SPIS TABEL I WYKRESÓW**

### Tabele:

- Tabela 1. Schorzenia najczęściej występujące u mieszkańców gminy Kobierzyce w latach 2020-2024.  
Tabela 2. Liczba zabiegów rehabilitacyjnych wykonanych dla mieszkańców Gminy Kobierzyce przez NZOZ Twój Lekarz w poszczególnych latach.  
Tabela 3. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Pana/i lub u dorosłych członków najbliższej rodziny? Zaznacz 3 najczęściej występujące problemy.  
Tabela 4. Jakie problemy zdrowotne występują najczęściej u Państwa nieletnich dzieci ?  
Tabela 5. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej  
Tabela 6. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu.  
Tabela 7. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów  
Tabela 8. Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności  
Tabela 9. Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń  
Tabela 10. Budżet programu - koszty jednostkowe w pierwszym roku realizacji programu.  
Tabela 11. Budżet programu – koszty całkowite programu z podziałem na poszczególne lata trwania programu

### Wykresy:

- Wykres 1. Czy w ostatnim roku Pan/i lub ktoś z Pańskiej rodziny wymagał rehabilitacji?  
Wykres 2. Potrzebuje Pan/i rehabilitacji z uwagi na:

## **X. ZAŁĄCZNIKI**

- Załącznik 1. Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029  
Załącznik 2. Zgoda na udział w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029  
Załącznik 3. Karta Uczestnika Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029  
Załącznik 4. Ankieta satysfakcji uczestników Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029  
Załącznik 5. Rezygnacja z udziału w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029  
Załącznik 6. Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029

## Uzasadnienie

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców Gminy Kobierzyce. Program odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **program został pozytywnie zaopiniowany** pod warunkiem uwzględnienia uwag przedstawionych w opinii, a w szczególności dotyczących :

- zaplanowania testu wiedzy, który będzie odpowiadał zakresowi tematycznemu zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych,
- określenia czasu trwania interwencji edukacyjnej zaplanowanej w programie.

Mając na uwadze powyższy fakt, proponuje się wdrożenie programu zdrowotnego "Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Kobierzyce na lata 2026-2029" uwzględniającego uwagi Agencji Oceny Technologii Medycznych.