

Projekt

z dnia 21 listopada 2025 r.

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W IŁOWEJ**

z dnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej p.n. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Iłowa w wieku powyżej 35 r.ż.” na lata 2026-2027

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2025r. poz.1153) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025r. poz.1461) uchwala się co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej p.n. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Iłowa w wieku powyżej 35 r.ż.” na lata 2026-2027 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Iłowej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Gmina Iłowa

ul. Żeromskiego 27

68-120 Iłowa

Załącznik do uchwały nr

Rady Miejskiej w Iłowej

z dnia 2025 r.



PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW GMINY IŁOWA W WIEKU POWYŻEJ 35 r.ż.

okres realizacji programu:

2026-2027

Podstawa prawna: art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Iłowa, lipiec 2025r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
I.1 Opis problemu zdrowotnego	4
I.2 Dane epidemiologiczne	13
I.3 Opis obecnego postępowania	17
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	20
II.1 Cel główny.....	20
II.2 Cele szczegółowe	21
II.3 Mierniki efektywności	23
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	24
III.1 Populacja docelowa.....	24
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	25
III.3 Planowane interwencje	26
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej .	52
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	52
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	53
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	53
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	55
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	56
V.1 Monitorowanie	56
V.2 Ewaluacja	56
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	57
VI.1 Koszty jednostkowe	57
VI.2 Koszty całkowite	57
VI.3 Źródło finansowania	58
VII. Bibliografia	59
Załącznik nr 1 do Programu	63
Załącznik nr 2 do Programu	65

Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa w wieku powyżej 35 r.ż
okres realizacji 2026 – 2027r.

Załącznik nr 3 do Programu	67
Załącznik nr 4 do Programu	68
Załącznik nr 5 do Programu	70
Załącznik nr 6 do Programu	71

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.

Zgodnie z definicją przyjętą w spisach powszechnych za osobę niepełnosprawną uważa się osobę, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz jej sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych.¹ Termin „niepełnosprawność” często odnosi się do niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń integracji sensorycznej, funkcji poznawczych, chorób psychicznych lub różnych chorób przewlekłych.

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. Osoby z niepełnosprawnością stanowią największą grupę mniejszościową na świecie. Według danych ONZ na ponad 7 miliardową populację świata ponad miliard ludzi na świecie jest dotkniętych niepełnosprawnością, czyli jedna na siedem osób to osoba niepełnosprawna. Na świecie żyje 100 milionów dzieci z niepełnosprawnością. Dzieci z niepełnosprawnościami są niemal czterokrotnie bardziej narażone na przemoc niż ich sprawni rówieśnicy. Około 50% osób z niepełnosprawnościami nie stać na opiekę zdrowotną.² W nadchodzących latach niepełnosprawność będzie jeszcze większym problemem, ze względu na to, że częstość jej występowania wzrasta. Wynika to ze starzenia się społeczeństw i większego ryzyka niepełnosprawności u osób w podeszłym wieku. Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze

¹ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 Ludność. stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021, Warszawa 2023, s. 86-111, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/stan-i-struktura-demograficzno-spoeczna-i-ekonomiczna-ludnosci-polski-w-swietle-wynikow-nsp-2021,6,2.html?contrast=default> , dostęp z 18.03.2025 r.

² Osoby z niepełnosprawnością, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, <https://www.unic.un.org/pl/unic-activities/osoby-z-niepelnosprawnoscia/3105> , dostęp z 18.03.2025 r.

strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Nieleczone 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.

Zgodnie z „Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10”, choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej są złożoną i rozbudowaną kategorią, która została podzielona na sześć głównych kategorii (Artropatie, Układowe choroby tkanki łącznej, Choroby grzbietu, Choroby tkanek miękkich, Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, Inne choroby układu kostno – mięśniowej i tkanki łącznej) obejmujących łącznie ok. 200 jednostek chorobowych.³

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.

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości i integracji społecznej⁴.

Natomiast rehabilitacja lecznicza to postępowanie medyczne skierowane do osób z ograniczeniami. Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego (umożliwia on wspomoczenie naturalnych procesów regeneracyjnych i zmniejszenie fizycznych oraz psychicznych następstw choroby) w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Wśród problemów najpowszechniejsze są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego. Rehabilitacja medyczna dotyczy także podtrzymania sprawności funkcjonalnej osób z problemami zdrowotnymi. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom.

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów

³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11
<https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>

⁴ art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44)

zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Poniżej zajmiemy się charakterystyką najpowszechniej występujących jednostek chorobowych objętych programem polityki zdrowotnej.

Zmiany zwyrodnieniowe są następstwem postępującego, biologicznego i mechanicznego uszkodzenia chrząstki stawowej (szklistej), warstwy podchrzęstnej kości oraz pozostałych struktur tworzących staw.⁵ Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy choroby zwyrodnieniowej stawów (inaczej osteoartroza) 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.⁶ Głównymi czynnikami ryzyka, w tym przypadku są wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńska oraz czynniki genetyczne.⁷ Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego.⁸ W przypadku, gdy zmiany zwyrodnieniowe dotyczą wielu stawów, stan można określić chorobą zwyrodnieniową.⁹ Rzadko zdarza się, by dolegliwości dotyczyły jednego stawu. Zazwyczaj dominują dolegliwości z jednej okolicy ciała, umożliwiając zaplanowanie leczenia stopniowo kolejnych źródeł bólu. Należy podkreślić, że nasilenie dolegliwości nie zawsze odpowiada zaawansowaniu zmian w badaniach dodatkowych. Leczenie należy dostosować do nasilenia dolegliwości, a nie jedynie do wyniku badań radiologicznych.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego Koksartroza (*coxarthrosis*), choroba dotyczy jednego lub obu stawów biodrowych powodując znaczne ograniczenie jego (ich) ruchomości oraz wyraźne ograniczenie chodu. Przyczyną Koksartrozy może być również nieprawidłowa budowa stawu

⁵ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 75);

⁶ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652. oraz Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

⁷ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁸ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

⁹ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia*... op.cit., (str. 75);

(spowodowana np. wrodzonym zwichnięciem biodra lub chorobą Perthesa), uszkodzenie stawu przez proces zapalny (np. r.z.s.), szpotawość szyjki uda oraz urazy mechaniczne (złamania, stłuczenia) itp.¹⁰

Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego Gonartroza (*gonarthrosis*) – zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego występują najczęściej jako skutek urazu, zmian zapalnych lub wrodzonych nieprawidłowości budowy tego stawu, choć przyczyny mogą być również inne. Zmiany te występują częściej u kobiet – po okresie klimakterium, zwłaszcza otyłych ze szpotawością lub koślawością kolan, a nawet żylakami podudzia. U mężczyzn natomiast zmiany te związane są zwykle z przebytym urazem kolana. Rozróżnia się dwa odrębne schorzenia, pierwsze dotyczy rzeczywiście stawu kolanowego (*gonarthrosis*), natomiast drugie – stawu rzepkowo-udowego (*arthrosis art. patello-femoralis*).¹¹

Chorobą przewlekłą układu ruchu, która ogranicza sprawność pacjentów jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, którą objęte jest szacunkowo nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa mogą dotyczyć jego odcinka szyjnego, piersiowego lub lędźwiowego. Obejmują one krążki międzykręgowe i krawędzie trzonów (dyskopatia, spondyloza) lub drobne stawy międzykręgowe tj. pomiędzy wyrostkami stawowymi kręgów (właściwa spondyloartroza). Zmiany te nie tworzą jednak całkowicie jednorodnych zespołów etiopatogennych.¹²

Głównymi czynnikami występowania zwyrodnień kręgosłupa jest wiek, płeć żeńska, nadwaga i otyłość oraz czynniki genetyczne.¹³ Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego.

Zmiany zwyrodnieniowe szyjnego odcinka kręgosłupa to zmiany w dolnej części tego odcinka, zlokalizowane w obrębie tzw. stawów unkowertebrałnych (stawów Luschki) i polegające na występowaniu wyrostki kostnych uwypuklających się do otworów między kręgowych, są przyczyną ucisku na korzenie. Powoduje to występowanie gwałtownych dolegliwości bólowych, promieniujących do łopatki, ramienia i palców rąk (tzw. rwa ramienne – brachialgia). Bólom tym mogą towarzyszyć inne objawy ucisku na korzenie lub tętnice kręgowe. Zmiany zlokalizowane w górnej części odcinka szyjnego, dotyczące zwłaszcza krążków między kręgowych, mogą być z kolei przyczyną bólu promieniującego do potylicy i szczytu głowy (tzw. neuralgia potyliczna). Natomiast zmiany występujące

¹⁰ Janusz Nowotny, „Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów”, Warszawa 2006, (str. 99);

¹¹ *Ibidem* (str. 101);

¹² *Ibidem* (str. 103);

¹³ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.

w obrębie właściwych stawów międzykręgowych powodują ograniczenie ruchów głową i występowanie trzasków przy jej poruszaniu, czemu towarzyszy umiarkowany ból. Nadmierna lordoza (dotyczy to również odcinka lędźwiowego) może z kolei powodować ocieranie się o siebie wyrostków kolczystych, powodujące odczyny przerostowe tych wyrostków (choroba Baastupa), towarzyszące często innym zmianom mogącym powodować ból.¹⁴

Zmiany zwyrodnieniowe piersiowego odcinka kręgosłupa (*spondyloarthrosis thoracalis s. dorsalis*) występują dość często jako osteofity przednich krawędzi trzonów. Zmiany te są na ogół umiarkowane. Jako przyczynę najczęściej wymienia się tu chorobę Scheuermanna, skoliozy i krzywicę. Omawiane zmiany dają wprawdzie dolegliwości bólowe jednak niezbyt silnie wyrażone.¹⁵

Zmiany zwyrodnieniowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa (*spondyloarthrosis lumbalis*) – występują częściej u mężczyzn, których praca jest (lub była) związana z dźwiganiem ciężarów. Osteofity na krawędziach trzonów nie powodują raczej poważniejszych dolegliwości. Są one tylko „dowodem” przebytego urazu lub procesu zapalnego. Często występowanie osteofitów towarzyszy skoliozom (tzw. wytwórcze procesy kompensacyjne). Zmiany w obrębie krążków (dyskopatie) mogą natomiast przebiegać bezobjawowo, bądź dawać objawy lumbago czy rwy kulszowej (*ischias*). Występujące tu podrażnienie korzenia powoduje, poza bólem promieniującym do łydki i stopy, także inne objawy korzeniowe.¹⁶

Zespoły bólowe górnego odcinka kręgosłupa: Rwa ramienna (*brachialgia*) jest zespołem charakteryzującym się bólami karku lub okolicy barku, promieniującymi wzdłuż całej kończyny górnej, przeważnie do przedramienia, choć nierzadko nawet do ręki. Bólom tym towarzyszą zwykłe parestezje, a czasami niedowłady niektórych mięśni.¹⁷

Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa to: Rwa kulszowa (*ischias*) - oznacza zespół bólowy, charakteryzujący się występowaniem bólu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, który promieniuje wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego (przez pośladek, tylną powierzchnię uda, aż do łydki i stopy. Ból ten nasila się znacznie na przykład przy kaszlu czy kichaniu oraz przy próbie schylania się. Chory przyjmuje też charakterystyczną postawę (odruchowe boczne skrzywienie kręgosłupa). Nieraz towarzyszą temu również niedowłady mięśni (głównie grupy strzałkowej), a nawet zaburzenia oddawania moczu. Przyczyny występowania bólu są zróżnicowane. Z jednej bowiem strony mogą to być zmiany

¹⁴ Janusz Nowotny, „Podstawy kliniczne...op.cit. (str. 104)

¹⁵ Ibidem, str. 104

¹⁶ Ibidem, str. 105

¹⁷ Ibidem (str. 279);

zwrodnieniowe. Drugą grupę stanowią osoby z uszkodzeniem pierścienia włóknistego krążka międzykręgowego, co przy nierównomiernym nacisku kręgów prowadzi do uwypuklenia się jądra miażdżystego. Trzecią grupą przyczyn bólu w tym odcinku są przeciążenia wynikające głównie z niewłaściwej pozycji podczas wykonywania różnych czynności, a szczególnie z niewłaściwego podnoszenia i utrzymywania ciężarów, zwłaszcza przy osłabionych i zwióczytych mięśniach i więzadłach (tzw. bóle zmęczeniowe, występujące zwykle pod koniec dnia, a niekiedy nazajutrz).

Ból okolicy lędźwiowej (Lumbago) jest jedną z najczęściej zgłaszanych dolegliwości. Szacuje się, że ok. 60-80% populacji ogólnej doświadcza jej przynajmniej raz w życiu, w danym momencie na ból okolicy lędźwiowej skarży się 15-30% populacji, natomiast w ciągu miesiąca 30-40%. Lumbago jest jedną z głównych przyczyn konsultacji lekarskich oraz absencji chorobowej w państwach uprzemysłowionych. Pomimo ogromnej skali problemu przyczyny tego rodzaju bólu nie są dostatecznie poznane.¹⁸

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 towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego.¹⁹ Ryzyko wystąpienia dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz w istotnym stopniu dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Jedną z metod leczenia powyższych schorzeń jest rehabilitacja z zastosowaniem kinezyterapii, fizykoterapii, psychoterapii, ergoterapii oraz edukacji zdrowotnej pacjenta.²⁰

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

¹⁸ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”.

Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 420);

¹⁹ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

²⁰ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine& Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.

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, płęć żeńską oraz wiek.²¹ Objawy choroby postępują wraz ze stopniem zaawansowania od bólu, obręzków i porannej sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włókniстых i usztywnień stawów.²² Wyodrębnia się cztery etapy rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy.²³ Rehabilitacja w przypadku tych schorzeń opiera się głównie na zabiegach kinezyterapii, fizykoterapii, masażach, psychoedukacji oraz edukacji pacjenta. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymywanie sprawności ruchowej pacjenta.²⁴ 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.

W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która może spowodować m.in. uszkodzenia obejmujące: złamania kości, stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Dane dotyczące hospitalizacji wskazują na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Najczęściej występujące są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń w obrębie narządów ruchu.²⁵ Wśród innych obrażeń wskazuje się

²¹ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

²² Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, A. Jura-Półtorak, K. Olczyk, Vol 47/4, s. 431-438

²³ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/4, s. 431-438.

²⁴ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii [postępowanie rehabilitacyjne - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji](#), na dzień 02.07.2025

²⁵ Halik R, Seroka w. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia

na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich.²⁶

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa.²⁷ Mononeuropatie zwykle wywołane są przez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Klasyczne przyczyny polineuropatii to cukrzyca, toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji.²⁸

Działania zaplanowane w programie mają służyć zapobieganiu niepełnosprawności wśród mieszkańców Gminy Łtowa dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno – stawowego i mięśniowego. Przeprowadzenie przez samorząd programu polityki zdrowotnej jest zasadne wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo program realizuje cel operacyjny Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Łtowa na lata 2020 – 2030, w ramach dziedziny planowania strategicznego – wsparcie osób niepełnosprawnych, tj. zapewnienie warunków służących możliwie pełnej integracji osób niepełnosprawnych oraz zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wynika on z przeprowadzonej analizy dostępności do usług medycznych, w tym rehabilitacji oraz dostępności do świadczeń, których realizacja zależy od wysokości środków przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.²⁹

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

²⁶ Falls Rev Clin Gerontol, Davidson J, Marian S. 2007;17 s. 93-107

²⁷ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

²⁸ Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Perzyńska-Mazan J Rozprawka doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

²⁹ Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Łtowa na lata 2020 – 2030, str. 62

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 mieszkańców.

Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Łtowa w 2026-2027r. zaplanowano w odpowiedzi na ograniczoną dostępność do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2025 podpisano dwie umowy na realizację w omawianym rodzaju z podmiotami świadczącymi usługi na terenie gminy. Wojewódzki Plan Transformacji dla Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026 wskazuje na konieczność zapewnienia mieszkańcom dostępności do poradni rehabilitacyjnych, z uwagi na starzenie się społeczeństwa, w tym także osób aktywnych zawodowo. U tych osób będzie rosła z wiekiem liczba problemów zdrowotnych i spadek wydolności fizycznej, zatem konieczne jest podjęcie działań, aby utrzymać sprawność populacji na dobrym poziomie. Mając na uwadze powyższe, wdrożenie programu zwiększającego dostępność do usług rehabilitacyjnych 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:

- Krajowym Planem Transformacji na lata 2022-2026 ustalonym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji – Działanie 2.8.1. (str. 50)

Oczekiwane rezultaty działania:

- przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych³⁰
- Zaktualizowanym Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa lubuskiego na lata 2022-2026 ogłoszonym w obwieszczeniu Wojewody Lubuskiego z dnia 30 grudnia 2024r. – Działanie 2.6 Rehabilitacja medyczna (str. 112, 113, 116)

Oczekiwane rezultaty działania:

³⁰ https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf , na dzień 20.03.2025r., str. 50

- przywrócenie lub utrzymanie sprawności fizycznej
- skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację
- poprawa dostępności do świadczeń³¹
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025: cel operacyjny 5 Wyzwania demograficzne: 3. Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych; zadanie nr 10 służące realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne: Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnianie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy³²
- Ramami Strategicznymi Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - poprawy świadomości zdrowotnej populacji;
 - poprawy stanu zdrowia ludności;
 - zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju;
 - zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem.³³

I.2 Dane epidemiologiczne

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2022 na całym świecie wyniosła ok. 1,7 mld., a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów.³⁴

Według szacunków WHO, każdego dnia na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 14 tys. osób, co w skali roku oznacza 5 milionów zgonów powodowanych tego typu przyczynami. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest

³¹ https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ochrona_zdrowia/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-lubuskiego, na dzień 20.03.2025r., str. 112 - 116

³² file:///C:/Users/IZP.VI/Downloads/20221128_NPZ_2021_2025-1.pdf, na dzień 20.03.2025r., str. 23-25

³³ file:///C:/Users/IZP.VI/Downloads/Zdrowa_Przysz%C5%82os%C5%81c%C5%81_tekst_uchwalony_27122021.pdf, na dzień 20.03.2025r., str. 183

³⁴ Dane WHO [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>].

niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia.³⁵

Osobą niepełnosprawną jest osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony (tzw. osoba niepełnosprawna prawnie) lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (tzw. osoba niepełnosprawna biologicznie). Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego w 2021 roku osoby niepełnosprawne stanowiły 14,3% ogólnej populacji Polski, z czego 55% stanowiły kobiety. Na przestrzeni 10 lat nastąpił wzrost liczby osób niepełnosprawnych o 750 501 osób, tj. o 16%.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2021 ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało ponad 5,69 mln Polaków, w tym 76,3% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz 15,3% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej wśród pacjentów 65+ w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2021 w Polsce 2,63 tys./100 tys. mieszkańców.³⁶

Dane Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 r. wskazują, że wśród osób niepełnosprawnych, które odczuwały ograniczenia sprawności największą grupę stanowiły osoby u których wystąpiło jedno schorzenie 2 424 086 (tj. 60,7%). Dwa schorzenia wskazało 734 939 (tj. 18,4%), a trzy 505 895 (tj. 12,7%). W grupie 3 991 659 osób niepełnosprawnych biologicznie 37,5% uznało za główną przyczynę swoich ograniczeń sprawności uszkodzenia i choroby narządu ruchu. Analizując zróżnicowanie terytorialne i występujące tam natężenia niepełnosprawności obserwuje się, że wśród 16 województw najwięcej osób niepełnosprawnych mierzonych wskaźnikiem na 1 000 ludności odnotowano w województwie lubuskim. Wskaźnik dla tego województwa wynosił aż 182 i był zdecydowanie wyższy od średniego wskaźnika dla kraju wynoszącego 143. Wśród liczby osób niepełnosprawnych mieszkających w miastach województwo lubuskie plasuje się na drugim miejscu z liczbą 191 osób na 1 000 ludności, natomiast wśród osób niepełnosprawnych mieszkających na wsi nasze województwo plasuje się na pierwszym miejscu ex aequo z województwem lubelskim z liczbą 165 osób na 1 000 ludności. Również wśród osób niepełnosprawnych prawnie najwięcej osób

³⁵ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014

³⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 307
https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf, na dzień 24.03.2025r.

mieszkało w województwie lubuskim (78,5%) i ich udział był wyższy od średniego wskaźnika dla kraju o prawie 15 %.³⁷ Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację, wyróżnia się³⁸ : choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%), inne choroby niezakaźne (0,9%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%). Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skorzystało 2,99 mln pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 7 795.³⁹

Według danych zawartych w Informatorze o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 21.03.2025r. w Gminie Łtowa funkcjonują dwa podmioty świadczące usługi w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej. Nie funkcjonują natomiast żadne podmioty świadczące usługi w ramach fizjoterapii domowej. W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej było dwóch świadczeniodawców prowadzących rehabilitację objętą refundacją NFZ. Wykaz świadczeniodawców został przedstawiony w tabeli poniżej.⁴⁰

Nazwa świadczeniodawcy	Miejsce udzielania świadczeń	Pierwszy wolny termin wg stanu na 20.03.2025r.
Manufaktura Zdrowia Masażu i Rehabilitacji Katarzyna Kościelniak-Herczakowska	Dział (Pracownia) Fizjoterapii Łtowa, ul. Kościelna 4	02.06.2025 r.
ZDROWIE Elżbieta Gliniak	Pracownia Fizjoterapii Łtowa, ul. Surzyna 5	19.05.2025 r.

Tabela: Świadczeniodawcy z terenu Gminy Łtowa w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wg stanu na 21.03.2025r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Informatora o Terminach Leczenia NFZ

<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJNA&State=04>

³⁷ Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 Ludność. stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021, Warszawa 2023, s. 86-111, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/stan-i-struktura-demograficzno-spoleczna-i-ekonomiczna-ludnosci-polski-w-swietle-wynikow-nsp-2021,6,2.html?contrast=default>, na dzień 21.03.2025

³⁸ Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie rehabilitacji. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_2014_0807.pdf, dostęp w dniu 24.03.2025

³⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., op. cit. 309, 329

⁴⁰ Informator o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia wg stanu na 21.03.2025r. <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJNA&State=04&Locality=I%C5%81OWA&Provider=&Place=&Street=>

&Locality=I%C5%81OWA&Provider=&Place=&Street=

Poniżej przedstawiono wykaz świadczeniodawców objętych kontraktowaniem w ramach NFZ w obrębie m.in. miast Żary oraz Żagań i okolic. Z poniższych danych wynika, że kontraktowaniem na obszar Łtowa, Gozdnica i Wymiarki zostały objęte wyżej wspomniani świadczeniodawcy: Manufaktura Zdrowia Masaż i Rehabilitacja Katarzyna Kościelniak- Herczakowska oraz ZDROWIE Elżbieta Gliniak z siedzibą w Łtowej. Liczba osób ubezpieczonych na terenie w/w obszaru wyniosła 9 691, natomiast wartość kontraktu w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym dla osób niepełnosprawnych w 2024r. wynosiła: 843 394,31 zł, co daje kwotę 87,03 przypadającą na jedną osobę ubezpieczoną zamieszkałą na obszarze: Łtowa, Gozdnica, Wymiarki.

Niska dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji jest spowodowana przez małą liczbę fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia. W województwie lubuskim wg stanu na dzień 31.12.2023r. liczba fizjoterapeutów wynosiła 803 osoby (8,2 fizjoterapeuty przypadającego na 10 tys. ludności), co stawia nasze województwo na 11 miejscu wśród innych województw w kraju.⁴¹

Ponadto z raportu Najwyższej Izby Kontroli z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku wynika, iż dla świadczeń rehabilitacji leczniczej łączna liczba oczekujących dla przypadków stabilnych wyniosła na koniec 2019 r. 1 77 626 i była niższa niż rok wcześniej (19%). Dla przypadków pilnych spadek wyniósł 20 373 (10,7%). Najwięcej osób oczekiwało na świadczenia w działaniach fizjoterapii: 763 344 dla przypadków stabilnych (spadek o 227 170 osób, 22,9%) oraz 102 816 w przypadkach pilnych (spadek o 15 062 osób, 12,8%). Spadek liczby oczekujących w rehabilitacji leczniczej wynikał ze zmian organizacyjnych w udzielaniu tych świadczeń dotyczących przede wszystkim wizyty fizjoterapeutycznej służącej zaplanowaniu cyklu leczenia. Realizacja wizyty powoduje rozpoczęcie udzielenia świadczenia i skreślenie z listy oczekujących, ponieważ zabiegi są kontynuacją leczenia i mogą być podzielone i wykonane w terminie późniejszym. Wzrosła natomiast po raz kolejny liczba oczekujących do poradni rehabilitacyjnej. Na koniec 2019 r. oczekiwało do tej poradni 113 234 osób, dla przypadków stabilnych, a było to o 14 053 więcej niż rok wcześniej (tj. o 14,17%). Jednocześnie wzrost został odnotowany w 13 OW NFZ, co wskazuje że dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej nie uległ poprawie.⁴²

⁴¹ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2024r., Tabela 2.2.4 Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia według regionów i województwa, stan w dniu 31.12.2023r.

⁴² Raport NIK Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku, s.13 i 25-26, na dzień 24.03.2025r.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w dziedzinie rehabilitacji ambulatoryjnej pacjentów w powiecie żagańskim w 2023r. było 6 421, natomiast współczynnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności woj. lubuskiego wyniósł 8 141 osoby. Dla porównania w roku 2022 liczba pacjentów wyniosła 5 302, natomiast powyższy współczynnik wynosił 7 127. W przypadku rehabilitacji domowej liczba pacjentów w roku 2023 wynosiła 233, a współczynnik liczby pacjentów na 100 tys. ludności woj. lubuskiego wyniósł 262 osób. Natomiast dla tej samej grupy wiekowej w roku 2022 liczba pacjentów wynosiła 316 osób, natomiast współczynnik wyniósł 425 osoby.⁴³ Zauważalny jest znaczny wzrost liczby pacjentów rehabilitacji ambulatoryjnej pomiędzy rokiem 2022 a rokiem 2022 zarówno w obrębie współczynnika dotyczącego liczby pacjentów, jak i w ramach współczynnika określającego liczbę pacjentów na 100 tys. ludności.

I.3 Opis obecnego postępowania

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej**, w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach:

ambulatoryjnych, które obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,

file:///C:/Users/IzP.VI/Downloads/kzd~p_20_052_202006301028401593505720~01.pdf

⁴³ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., na dzień 24.03.2025r.

<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>

- zabieg fizjoterapeutyczny;

domowych, które obejmują:

c) poradę lekarską rehabilitacyjną,

d) fizjoterapię domową realizowaną przez:

- wizytę fizjoterapeutyczną,

- zabieg fizjoterapeutyczny;

ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:

e) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów,

f) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,

g) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,

h) osób z dysfunkcją narządu wzroku,

i) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,

j) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii,

k) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;

stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:

l) ogólnoustrojową,

m)neurologiczną,

n) pulmonologiczną,

o) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,

p) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Niniejszy Program przewiduje tylko i wyłącznie realizację świadczeń w warunkach

ambulatoryjnych.

Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu.⁴⁴ Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne.⁴⁵

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.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej wpisują się w Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026 poprzez rekomendację 8.2.: działania mające na celu zwiększenie ruchu w życiu codziennym i działanie 1. realizacja programów polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w celu objęcia regularną rehabilitacją osób w wieku geriatrycznym oraz poprzez rekomendację 8.3. wdrażanie programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży, osób pracujących.⁴⁶

Ponadto rehabilitacja ambulatoryjna osób starszych mieści się w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 – cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne, w ramach zadania 3: wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych.⁴⁷

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

⁴⁶ Obwieszczenie wojewody Lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026

⁴⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 sierpnia 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021r. poz. 642)

Działania realizowane w ramach programów mających na celu zapobieganie niepełnosprawności, kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością, a także ich aktywizację i integrację społeczną, wynikają z zadań jednostek samorządu terytorialnego. Zadania te określone są w przepisach prawa, w tym w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44), ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

Główną przyczyną opracowania niniejszego Programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych jak najszybciej od wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Tak długi czas oczekiwania niejednokrotnie uniemożliwia powrót do aktywności ruchowej, a tym samym nie pozwala szybko wrócić do pracy. Rehabilitacja udzielona w krótszym czasie od wystąpienia choroby pozwoli zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem programu jest poprawa stanu zdrowia co najmniej 20% jego uczestników w każdym obszarze, w którym wykryto zaburzenia funkcjonalne. Osiągnięcie tego celu ma nastąpić poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne realizowane w Gminie Łtowa w latach trwania programu, skierowane do mieszkańców z problemami zdrowotnymi wymagającymi rehabilitacji.

Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsze niż minimalna różnica istotna klinicznie dla danego testu.

Przyjęto co najmniej 20% poprawę zdrowia, gdyż według danych Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych obserwowano w latach 2022 – 2023 tendencję wzrostową wśród przewlekłych chorób układu ruchu (wzrost o 58,1% w 2023r. w stosunku do 2022r.) i obwodowego układu nerwowego (wzrost o 52% w 2023r. w stosunku do 2022r.), które stanowią ponad 28% wszystkich chorób

zawodowych.⁴⁸

Przedstawiono powyżej dowody uzasadniające przyjęcie założonego rezultatu i czynią go realnym do osiągnięcia.

Aby zweryfikować osiągnięcie celu głównego, fizjoterapeuta przeprowadzi ocenę funkcjonalną pacjenta zarówno przed rozpoczęciem cyklu rehabilitacyjnego, jak i po jego zakończeniu. Oceny tej dokonają osoby uprawnione zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.).⁴⁹ Ocena funkcjonalna obejmuje diagnostykę funkcjonalną pacjenta zgodnie z zapisami powyższej ustawy i opiera się na zasadach określonych w Wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz ich dokumentowania.⁵⁰ Diagnostyka ta jest niezbędna do identyfikacji dolegliwości pacjenta, umożliwiając precyzyjne określenie jego potrzeb oraz wykrycie innych potencjalnych problemów, co pozwala na dostosowanie terapii do jego możliwości i oczekiwań. Zgodnie z wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów badanie funkcjonalne składa się z wywiadu, badania oraz analizy ruchu (chodu, biegu, wyskoku), postawy, kształtu i ułożenia ciała, a także testów i pomiarów. W razie potrzeby można przeprowadzić diagnostykę różnicową, co pozwala specjalście na sformułowanie dokładnych wniosków i opracowanie planu fizjoterapii. Szczegółowe procedury oraz testy są zawarte we wspomnianych wytycznych. Zakres oceny funkcjonalnej pacjenta zależy od rodzaju schorzenia i może obejmować różne zadania, zarówno czynne, jak i bierne, uwzględniające zarówno parametry ilościowe (np. zakres ruchu, siłę mięśniową), jak i jakościowe (np. płynność ruchu).

II.2 Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są:

1. Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 20% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe i o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (tj. 1,4 cm) zgodnie ze skalą VAS (Visual Analogue Scale, czyli wizualna skala analogowa). Subiektywne skale

⁴⁸ Choroby zawodowe w Polsce w 2023r. Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera –Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2024

⁴⁹ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.)

⁵⁰ Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Uchwałą nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r. ze zm.)

oceny bólu pacjenta mogą być użyte jako miernik określenia bólu, stopnia odczuwania bólu, nasilenia objawów, ale również stanowić ocenę skuteczności wdrożonego leczenia i determinować wybór konkretnego leczenia przeciwbólowego (np. leków przeciwbólowych), zarówno w leczeniu bólu przewlekłego, jak i ostrego. Dzięki skalom subiektywnej oceny nasilenia bólu, zarówno diagnozowanie, jak i leczenie stają się precyzyjniejsze i łatwiejsze.⁵¹

2. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej u co najmniej 60% uczestników programu o co najmniej 50%.

NAZWA MIERNIK	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	Określona podczas kwalifikowania uczestników do Programu (Załącznik nr 4 do Programu) liczba osób u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	co najmniej 20% uczestników	Porównanie wyników skali VAS, na podstawie danych z pozyskanych z karty badającej stan przed i po interwencji stanowiącej Załącznik nr 4 do Programu oraz Sprawozdanie stanowiące Załącznik nr 5 do Programu
Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej	Liczba uczestników programu	co najmniej 60% uczestników Programu	Do pomiaru zostaną wykorzystane pre- i post testy oceniające poziom wiedzy opracowane przez realizatora oraz podsumowane w Załączniku nr 4 do Programu.

⁵¹ <https://www.goonclinic.pl/skala-oceny-bolu-skala-vas/> na dzień 25.03.2025r.

II.3 Mierniki efektywności

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanej ocenie wykryto zaburzenia funkcjonalne.
2. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
3. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (wzrost wiedzy rozumiany jako różnica między wynikiem pre- i post testu).

Ocena wskaźników wymienionych w punktach 1 i 2 będzie prowadzona na podstawie karty oceny skuteczności (załącznik nr 4 do programu). Docelowe wartości dla tych punktów wynoszą około 120 osób, co odpowiada założonej 20-procentowej poprawie stanu zdrowia. Założenie to opiera się na analizie danych z Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych, które wskazują na rosnącą w latach 2014–2015 liczbę przypadków przewlekłych schorzeń układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego. Choroby te stanowią 15–20% wszystkich zarejestrowanych chorób zawodowych.⁵²

Ocena punktu 3 zostanie przeprowadzona na podstawie analizy wyników testów przeprowadzonych przed i po udziale w programie (pre- i posttestów). Wartość docelowa, zgodna z założeniem przyjętym w celu 2, wynosi około 360 osób. Procentowy wskaźnik został określony w oparciu o dane z Raportu końcowego oceny skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Z raportu wynika, że działania edukacyjne w tych programach przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy uczestników – 82,1% pacjentów zadeklarowało wzrost wiedzy.⁵³ Na tej podstawie przyjęto, że w przypadku beneficjentów niniejszego programu realny i oczekiwany poziom poprawy wiedzy wynosi 60%.

⁵² Choroby zawodowe w Polsce w 2015r., N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016, Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015

⁵³ Raport końcowy: Ocena skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach OP WER, s. 47
file:///C:/Users/IJP.VI/Downloads/Ocena_realizacji_program%C3%B3w_profilaktycznych.pdf na dzień 27.06.2025r.

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

III.1 Populacja docelowa

Program skierowany będzie do mieszkańców miasta Łtowa, w wieku powyżej 35 r.ż. tj. głównie osób pracujących i seniorów. Z danych Referatu Spraw Społecznych i Cywilnych w Łtowej wynika, iż na dzień 27 czerwca 2025r. liczba mieszkańców Gminy Łtowa ogółem wynosiła 6112.

Płeć	0-17 lat	18-64 lat	Pow. 64 lat
Kobiety	437	1868	846
Mężczyźni	490	1888	583
Razem wg wieku	927	3756	1429
Razem ludność	6112		

Tabela: Struktura ludności Gminy Łtowa wg płci i wieku

Źródło: Opracowanie własne wg danych Referatu Spraw Społecznych i Cywilnych w Łtowej na dzień 27.06.2024r.

Natomiast liczba osób w wieku powyżej 35 r.ż, tj. osób objętych programem wynosiła na dzień 27.06.2025r. – 3948 osób

Płeć	Powyżej 35 r.ż
Kobiety	2124
Mężczyźni	1824
Razem wg wieku	3984
Razem ludność ogółem	6112

Tabela: Struktura ludności Gminy Łtowa wg płci w wieku powyżej 35 r.ż

Źródło: Opracowanie własne wg danych Referatu Spraw Społecznych i Cywilnych w Łtowej na dzień 27.06.2024r.

Odsetek osób niepełnosprawnych w województwie lubuskim wg Diagnozy Społecznej 2015, stworzonej przez Radę Monitoringu Społecznego wynosiła 20%.⁵⁴ Szacunkowa liczba osób objętych programem, tj. liczba beneficjentów programu mogłaby więc oscylować w granicach 800 osób. Biorąc pod uwagę

⁵⁴ Diagnoza społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, listopad 2015, s. 250 [Diagnoza raport 2015.pdf](#) na dzień 27.06.2025

powyższe dane, populację docelową w Gminie Łtowa oszacowano na poziomie ok. 400 pacjentów rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami gminy, obejmie corocznie ok. 300 dorosłych mieszkańców.

Strukturę populacji ludności Gminy Łtowa w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiają tabele powyżej, które uwzględniają osoby zameldowane na pobyt stały i czasowy łącznie.

Z analizy wynika, że największą grupę potencjalnych uczestników programu stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym, u których obserwuje się wzrost zachorowań na choroby zawodowe. Drugą istotną grupą są seniorzy, w przypadku których udział w programie uzasadniają schorzenia charakterystyczne dla wieku podeszłego – często przewlekłe i nawracające. Profil tych dolegliwości będzie bezpośrednio wpływał na dobór rodzaju oferowanych zabiegów.

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

Program adresowany jest do mieszkańców Gminy Łtowa w wieku powyżej 35 lat, którzy posiadają wskazania zdrowotne oraz są w stanie podjąć rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych. Ostateczną decyzję o zakwalifikowaniu do udziału podejmuje realizator programu, kierując się określonymi poniżej kryteriami. Warunkiem uczestnictwa jest podpisanie przez pacjenta zgody na udział w programie oraz upoważnienia do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych – dokumenty te stanowią załącznik nr 1 do programu.

Do udziału w programie uprawnione są osoby posiadające miejsce zameldowania (stałego lub czasowego) na terenie Gminy Łtowa, które uzyskały skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Program adresowany jest do pacjentów z rozpoznanymi schorzeniami układu ruchu, w szczególności obejmującymi:

- choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego,
- urazy narządu ruchu,
- schorzenia obwodowego układu nerwowego.

Dotyczy to jednostek chorobowych klasyfikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w szczególności oznaczonych symbolami G, M oraz S, mieszczących się w zakresie wskazanych kategorii chorób.

Kwalifikacji uczestników do programu dokonuje podmiot wyłoniiony w drodze postępowania konkursowego, pełniący funkcję realizatora programu. Warunkiem koniecznym do rozpoczęcia udziału w programie jest uzyskanie pozytywnej decyzji realizatora, na podstawie przedłożonego skierowania.

Z udziału w programie wyłączone są osoby, które:

1. **Nie są mieszkańcami Gminy Łtowa,**
2. **Nie ukończyły 35. roku życia,**
3. **Nie wyraziły pisemnej zgody na uczestnictwo w programie.**

Ponadto z programu wyklucza się osoby, które:

- nie spełniają kryteriów klinicznych kwalifikujących do udziału w programie,
- nie posiadają skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza POZ lub specjalistę),
- w okresie 6 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do programu korzystali z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych (w szczególności NFZ, ZUS, KRUS, PFRON), z tego samego rozpoznania,
- rozpoczną korzystanie z takiej rehabilitacji w trakcie trwania udziału w programie.

Weryfikacja spełnienia powyższych kryteriów opiera się wyłącznie na oświadczeniu uczestnika, stanowiącym integralną część formularza zgody na udział w programie (załącznik nr 1 do programu).

III.3 Planowane interwencje

W ramach programu realizowana będzie rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Zakres interwencji terapeutycznych został opracowany w sposób umożliwiający skuteczne oddziaływanie na jednostki chorobowe związane z układem ruchu, w tym:

- choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego,
- urazy narządu ruchu,
- schorzenia obwodowego układu nerwowego.

Świadczenia fizjoterapeutyczne będą udzielane na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, w szczególności Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2396 z późn. zm.).

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, fizjoterapeuta – po przeprowadzeniu badania fizjoterapeutycznego – jest uprawniony do samodzielnego opracowania lub modyfikacji planu leczenia,

jeżeli nie został on uprzednio określony. Specjalista ten posiada również swobodę w doborze liczby dni zabiegowych – od minimum trzech do maksymalnie dziesięciu. Z tego względu ustalenie jednolitej, z góry określonej liczby zabiegów przypadających na jednego uczestnika programu nie jest możliwe.

Dodatkowo, zgodnie z rekomendacjami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, odwołującymi się do wytycznych opracowanych przez Veterans Health Administration – Department of Defense (VHA-DoD, 2010), zaleca się, aby liczba oraz intensywność świadczeń terapeutycznych były dostosowane indywidualnie do potrzeb i możliwości pacjenta. Celem jest maksymalizacja efektów terapeutycznych oraz osiągnięcie przez pacjenta możliwie najwyższego poziomu samodzielności funkcjonalnej

Planowane interwencje będą zawierać następujące zabiegi rehabilitacyjne przysługujące jednemu uczestnikowi:

1. Kinezyterapia czyli leczenie ruchem, stanowi jedną z podstawowych metod fizjoterapii. Jej celem jest przywracanie, poprawa lub utrzymanie sprawności układu ruchu poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne:

Kinezyterapia, jako integralna część rehabilitacji leczniczej, obejmuje zastosowanie zróżnicowanych form ćwiczeń fizycznych, których celem jest:

- przywracanie utraconych funkcji ruchowych,
- poprawa zakresu ruchu w stawach, siły mięśniowej i koordynacji,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia,
- usprawnienie ogólnej wydolności organizmu.

Zajęcia z zakresu kinezyterapii prowadzone będą indywidualnie lub grupowo, w zależności od wskazań klinicznych oraz decyzji fizjoterapeuty opracowującego plan terapii. Dobór rodzaju ćwiczeń (czynne, bierne, wspomagane, oddechowe, specjalistyczne itp.) będzie każdorazowo dostosowany do aktualnego stanu funkcjonalnego pacjenta.

Kwalifikacja do kinezyterapii oraz określenie zakresu i intensywności ćwiczeń odbywać się będzie zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, z uwzględnieniem zaleceń lekarza kierującego oraz badania fizjoterapeutycznego przeprowadzanego przez realizatora programu.

Kinezyterapia obejmuje:

a) Ćwiczenia bierne (prowadzone przez terapeutę)

Stosowane u pacjentów, którzy nie mogą samodzielnie wykonać ruchu (np. po urazach, w niedowładach).

Przykłady:

- bierne zginanie i prostowanie kończyn górnych i dolnych,
- bierne odwodzenie i przywodzenie kończyn,
- mobilizacja stawów (np. kolanowego, barkowego, skokowego).

b) Ćwiczenia czynno-bierne

Ruchy wykonywane częściowo samodzielnie przez pacjenta, wspomagane przez terapeutę lub sprzęt.

Przykłady:

- czynno-bierne unoszenie ramienia z pomocą terapeuty,
- ćwiczenia z blozkami lub systemem zawieszek (UGUL)

c) Ćwiczenia czynne

Pacjent wykonuje ruch samodzielnie w pełnym zakresie.

Przykłady:

- unoszenie kończyn w leżeniu lub siadzie,
- krążenia ramion,
- przysiady przy drabinkach,
- wymachy nóg w podporze tyłem.

d) Ćwiczenia oporowe (oporowane)

Wzmacniające siłę mięśniową, wykonywane z wykorzystaniem oporu (np. ciężarki, taśmy TheraBand).

Przykłady:

- zginanie i prostowanie przedramienia z ciężarkiem,
- odwodzenie kończyny dolnej z taśmą elastyczną,
- ćwiczenia izometryczne (napinanie mięśni bez zmiany długości mięśnia).

e) Ćwiczenia oddechowe

Wspomagają wydolność oddechową i krążeniową.

Przykłady:

- głębokie oddychanie z kontrolą ruchu przepony,
- ćwiczenia z oporem (np. dmuchanie w rurkę z wodą),
- naprzemienne wdechy nosem i wydechy ustami z unoszeniem rąk.

f) Ćwiczenia koordynacyjne i równoważne

Poprawiają kontrolę postawy i równowagę.

Przykłady:

- stanie na jednej nodze (z asekuracją),
- chód po linii,
- przenoszenie ciężaru ciała z nogi na nogę,
- ćwiczenia na piłkach rehabilitacyjnych (np. piłka Bobath).

g) Ćwiczenia funkcjonalne (czynności dnia codziennego)

Odtwarzają ruchy wykorzystywane w życiu codziennym.

Przykłady:

- wstawanie i siadanie z krzesła,
- chód po schodach,
- chwytanie i przenoszenie przedmiotów.

Długość trwania zabiegu – od 15 do 30 minut, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów.

2. Masaż, w tym:

a) **masaż suchy** – częściowy stanowi jedną z procedur fizjoterapeutycznych i jest ukierunkowany na działanie terapeutyczne w obrębie wybranych partii ciała. Zabieg wykonywany jest manualnie, bez zastosowania środków poślizgowych (olejów, kremów, talku), co pozwala na intensywniejszą stymulację tkanek powierzchniowych i głębokich.

Zakres masażu obejmuje jedną wybraną okolicę anatomiczną – np. odcinek szyjny lub lędźwiowy kręgosłupa, kończynę górną lub dolną, obręcz barkową – w zależności od wskazań klinicznych i indywidualnych potrzeb pacjenta.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- zmniejszenie napięcia mięśniowego i dolegliwości bólowych,

- poprawa lokalnego krążenia krwi i limfy,
- zwiększenie elastyczności i ruchomości tkanek,
- przygotowanie do dalszych procedur usprawniających (np. kinezyterapii).

Zakres technik:

W masażu suchym – częściowym stosowane są techniki klasycznego masażu, takie jak: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, wibracje oraz oklepywanie, dostosowane do stanu funkcjonalnego pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Średnio od 10 do 20 minut, w zależności od rozległości masowanej okolicy oraz reakcji pacjenta na bodźce terapeutyczne, w skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zabiegu:

- napięcia mięśniowe i przeciążenia układu ruchu,
- przewlekłe bóle mięśniowo-stawowe,
- ograniczenia ruchomości w stawach,
- przygotowanie do wysiłku fizycznego lub kinezyterapii,
- stany pourazowe (w fazie przewlekłej).

Przeciwwskazania:

- ostre stany zapalne, infekcje, gorączka,
- zmiany skórne, otwarte rany, owrzodzenia,
- zakrzepica, żylaki w fazie zaostrzenia,
- nowotwory (bez zgody lekarza prowadzącego),
- niewyrównane choroby układu sercowo-naczyniowego.

b) **masaż limfatyczny ręczny** – leczniczy - stanowi specjalistyczną formę terapii manualnej, której celem jest usprawnienie przepływu chłonki (limfy) w układzie limfatycznym oraz zmniejszenie obrzęków różnego pochodzenia. Zabieg ten jest wykonywany wyłącznie przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę z zachowaniem ściśle określonych zasad i technik, zgodnych z metodyką dr. Voddera lub Leduca.

Zakres zabiegu:

Masaż obejmuje określoną część ciała dotkniętą zaburzeniami odpływu limfy (np. kończynę górną lub dolną, okolice karku, twarzy, tułowia). Wybór obszaru poddawanego masażowi oraz czas trwania procedury uzależnione są od stopnia i rodzaju obrzęku oraz stanu klinicznego pacjenta.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- poprawa drenażu chłtonki i krążenia żylnolimfatycznego,
- redukcja obrzęków limfatycznych, tłuszczowolimfatycznych i zastoinowych,
- zmniejszenie uczucia ciężkości, napięcia i dyskomfortu,
- poprawa trofiki tkanek,
- wsparcie procesów regeneracyjnych po urazach i zabiegach operacyjnych,
- profilaktyka wtórnych powikłań obrzękowych (np. zwłóknień, infekcji).

Charakterystyka techniki:

Masaż wykonywany jest przy użyciu precyzyjnych, rytmicznych i powolnych ruchów zgodnych z kierunkiem przepływu chłtonki. Techniki obejmują:

- przesuwanie i pompowanie skóry,
- lekkie rozciąganie tkanek,
- ruchy okrężne, spiralne, pompowe i czerpiące.

Zabieg odbywa się bez użycia środków poślizgowych lub z minimalnym ich zastosowaniem.

W razie potrzeby masaż może być połączony z bandażowaniem kompresyjnym (jeśli przewiduje to program).

Czas trwania zabiegu:

Minimum 15 minut – w zależności od rozległości obrzęku i indywidualnych wskazań, w skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zabiegu:

- obrzęki limfatyczne pierwotne i wtórne (np. po mastektomii),
- obrzęki pourazowe i pooperacyjne,
- przewlekła niewydolność żylna z komponentą zastoinową,
- fibromialgia,
- stany po zakrzepicy żylniej (po okresie ostrym),
- choroby neurologiczne i ortopedyczne z towarzyszącym obrzękiem.

Przeciwwskazania:

- ostra infekcja i zapalenie w obrębie masowanej okolicy,
- niewyrównana niewydolność serca lub nerek,
- choroby nowotworowe (bez zgody lekarza prowadzącego),

- zakrzepica żylna w fazie ostrej,
- gorączka, ostre stany zapalne,
- aktywne choroby skóry (np. grzybica, egzema).

c) **masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy** (inaczej: presoterapia) to nieinwazyjna forma terapii fizycznej wspomagającej odpływ chłtonki oraz krwi żylniej z tkanek obwodowych. Zabieg wykonywany jest z wykorzystaniem specjalistycznego aparatu do masażu uciskowego (pneumatycznego), który za pomocą komór powietrznych umieszczonych w mankietach (na kończynach dolnych, górnych lub tułowi) wywiera kontrolowany, rytmiczny ucisk na tkanki pacjenta.

Zabieg ten stanowi uzupełnienie manualnego drenażu limfatycznego lub samodzielną formę terapii w przypadkach obrzęków o umiarkowanym nasileniu, przewlekłych zastojów limfatycznych lub w celach profilaktycznych.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- poprawa krążenia limfy i usprawnienie odpływu żylnego,
- redukcja obrzęków (limfatycznych, tłuszczowo-limfatycznych, pourazowych i pooperacyjnych),
- zmniejszenie uczucia ciężkości i napięcia w kończynach,
- wspomaganie regeneracji tkanek,
- poprawa metabolizmu i odżywienia skóry oraz tkanek podskórnych,
- profilaktyka zakrzepicy i niewydolności żylniej.

Charakterystyka techniki:

Zabieg wykonywany jest w pozycji leżącej lub półleżącej. Kończyna (lub inna okolica) zostaje umieszczona w odpowiednim mankiecie pneumatycznym podłączonym do aparatu sterującego.

Program terapii ustalany jest indywidualnie na podstawie wskazań medycznych, w tym:

- liczba komór i kolejność napętniania,
- siła ciśnienia (zwykle 30–120 mmHg),
- czas trwania kompresji i dekompresji,
- całkowity czas trwania zabiegu.

Terapia opiera się na zasadzie stopniowanego ucisku, rozpoczynającego się od części dystalnych kończyny i przesuwającego się ku centrum ciała, co naśladuje fizjologiczny kierunek przepływu limfy.

Czas trwania zabiegu:

Standardowo 15 - 30 minut, zależnie od wskazań, lokalizacji obrzęku oraz tolerancji pacjenta. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

3. Elektrolecznictwo, w tym:

a) galwanizacja - jest jedną z podstawowych metod fizykoterapeutycznych wykorzystujących działanie prądu stałego (galwanicznego) w celach leczniczych. Zabieg ten polega na miejscowym oddziaływaniu prądu stałego o niskim natężeniu na tkanki organizmu, co powoduje szereg korzystnych efektów fizjologicznych i terapeutycznych.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- działanie przeciwbólowe,
- poprawa ukrwienia miejscowego i przyspieszenie metabolizmu tkanek,
- zmniejszenie napięcia mięśniowego,
- łagodzenie stanów zapalnych,
- poprawa przewodnictwa nerwowego w przebiegu neuropatii,
- działanie resorpcyjne (wchłanianie wysięków, obrzęków i nacieków zapalnych).

Charakterystyka zabiegu:

Galwanizacja wykonywana jest z użyciem specjalistycznego aparatu generującego prąd stały. Elektrody zabiegowe umieszcza się na odpowiednich okolicach ciała pacjenta (w zależności od wskazań), stosując przekładki zwilżone roztworem elektrolitu. Zabieg może być przeprowadzany w różnych konfiguracjach (galwanizacja poprzeczna, podłużna, segmentalna).

Parametry zabiegu (natężenie prądu, czas trwania, rozmieszczenie elektrod) ustalane są indywidualnie przez fizjoterapeutę na podstawie rozpoznania klinicznego i tolerancji pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Zwykle od 10 do 20 minut, w zależności od lokalizacji i celu terapeutycznego.

Wskazania do galwanizacji:

- zespoły bólowe kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- nerwobóle, neuralgie (np. nerwu trójdzielnego, międzybrowowego),
- neuropatie obwodowe i zespoły uciskowe nerwów (np. zespół cieśni nadgarstka),
- choroby zwyrodnieniowe stawów,

- pourazowe uszkodzenia nerwów obwodowych,
- stany zapalne tkanek miękkich (w fazie przewlekłej),
- zmniejszone ukrwienie tkanek i zaburzenia troficzne.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne urządzenia elektroniczne,
- choroby nowotworowe (bez zgody lekarza prowadzącego),
- ciąża, szczególnie w I trymestrze,
- zaburzenia czucia w miejscu aplikacji elektrod,
- ostre stany zapalne skóry i tkanek podskórnych,
- stany gorączkowe i ogólne infekcje,
- zakrzepowe zapalenie żył.

Długość trwania zabiegu – 10 minut, w skład serii wchodzi 10 zabiegów.

b) jonoforeza - to specjalistyczna metoda fizykoterapeutyczna polegająca na wprowadzaniu substancji leczniczych do tkanek organizmu za pomocą prądu stałego (galwanicznego). Technika ta łączy działanie terapeutyczne prądu galwanicznego z farmakologicznym wpływem leku, umożliwiając miejscowe, bezinwazyjne dostarczenie substancji aktywnych bez konieczności stosowania iniekcji.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- miejscowe działanie przeciwbólowe,
- działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe,
- poprawa ukrwienia i trofiki tkanek,
- przyspieszenie procesów regeneracyjnych,
- rozluźnienie tkanek miękkich i zmniejszenie napięcia mięśniowego,
- miejscowe działanie rozpuszczające zrosty, nacieki, blizny.

Charakterystyka techniki:

W trakcie zabiegu lek w postaci roztworu wodnego, żelu lub maści (z właściwym ładunkiem elektrycznym) umieszczany jest pod jedną z elektrod (aktywną – anodą lub katodą, w zależności od rodzaju leku). Elektrody są przyłożone do skóry pacjenta przy użyciu zwilżonych podkładów elektrolitycznych. Prąd stały umożliwia migrację jonów leku przez barierę skórną do głębszych warstw tkanek.

Parametry zabiegu (natężenie, czas, lokalizacja) ustala fizjoterapeuta, dostosowując je do rodzaju stosowanej substancji i stanu klinicznego pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Zwykle od 10 do 20 minut, w zależności od rodzaju leku i miejsca aplikacji, w skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do jonoforezy:

- zespoły bólowe mięśni i stawów,
- nerwobóle, zapalenia nerwów, neuropatie,
- przewlekłe stany zapalne tkanek miękkich i stawów,
- przykurcze, blizny, zrosty pourazowe i pooperacyjne,
- choroby zwyrodnieniowe,
- stany przeciążeniowe układu ruchu,
- obrzęki pourazowe.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne aktywne implanty elektroniczne,
- nowotwory (bez zgody lekarza prowadzącego),
- ciąża (szczególnie I trymestr),
- choroby skóry w miejscu aplikacji, owrzodzenia, rany otwarte,
- uczulenie lub nadwrażliwość na stosowany lek,
- ostre stany zapalne, gorączka, infekcje ogólne,
- zaburzenia czucia w miejscu zabiegu.

c) elektrostymulacja nerwowo-mięśniowa - to zabieg fizykoterapeutyczny polegający na kontrolowanej stymulacji nerwów lub mięśni przy pomocy impulsów elektrycznych o odpowiednich parametrach. Jest jedną z podstawowych metod elektroterapii wykorzystywaną w rehabilitacji pacjentów z osłabieniem siły mięśniowej, niedowładami, zanikiem mięśni z unieruchomienia, a także w celu poprawy lokalnego ukrwienia oraz pobudzenia procesów regeneracyjnych.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- poprawa siły i wytrzymałości osłabionych mięśni,
- zapobieganie zanikom mięśniowym (atrofii),

- wspomaganie reedukacji mięśniowej po urazach i operacjach,
- poprawa ukrwienia tkanek i przyspieszenie metabolizmu,
- redukcja bólu w zespołach przeciążeniowych i zwyrodnieniowych,
- przywrócenie funkcji nerwowo-mięśniowej w niedowładach.

Charakterystyka techniki:

Zabieg przeprowadza się przy użyciu specjalistycznego aparatu do elektroterapii. Elektrody umieszcza się na skórze w okolicy wybranych grup mięśniowych lub nerwów. Prąd impulsowy powoduje kontrolowane, rytmiczne skurcze mięśni – odczuwalne, ale bezbolesne.

W zależności od rodzaju stymulowanego mięśnia (unerwionego lub częściowo odnerwionego) stosuje się różne typy impulsów (np. prostokątne, trójkątne, impulsowe niskiej i średniej częstotliwości).

Parametry stymulacji (częstotliwość, czas impulsu, czas przerwy, amplituda) są dobierane indywidualnie przez fizjoterapeutę, zgodnie z celem terapeutycznym oraz tolerancją pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Od 10 do 15 minut, w zależności od zakresu stymulacji i wskazań klinicznych, w skład serii wchodzi do 10 zabiegów.

Wskazania do elektrostymulacji:

- osłabienie mięśni po urazach, zabiegach chirurgicznych i unieruchomieniu,
- porażenia i niedowłady mięśni pochodzenia obwodowego i ośrodkowego,
- choroby zwyrodnieniowe stawów z towarzyszącym zanikiem mięśniowym,
- zaburzenia napięcia mięśniowego,
- wspomaganie reedukacji ruchowej,
- zaburzenia ukrwienia kończyn (działanie naczynioruchowe),
- przygotowanie mięśni do dalszego treningu ruchowego.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne elektroniczne implanty,
- choroby nowotworowe (bez zgody lekarza prowadzącego),
- aktywne infekcje lub zmiany skórne w miejscu aplikacji,
- ciąża (szczególnie w obrębie brzucha i lędźwi),

- padaczka, zaburzenia rytmu serca,
- zakrzepica żył głębokich, stany gorączkowe,
- brak współpracy pacjenta, zaburzenia czucia w miejscu aplikacji.

d) prądy diadynamiczne - to forma elektroterapii wykorzystująca modulowane prądy impulsowe o niskiej częstotliwości (50–100 Hz), uzyskane przez odpowiednie przekształcenie prądu stałego. Zabieg polega na aplikacji wybranych sekwencji prądów za pomocą elektrod przyłożonych do ciała pacjenta, co pozwala na uzyskanie efektów przeciwbólowych, przekrwieniowych i tonizujących.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- działanie przeciwbólowe (analgetyczne),
- zmniejszenie napięcia mięśniowego,
- poprawa ukrwienia tkanek (działanie hiperemiczne),
- przyspieszenie wchłaniania obrzęków i wysięków,
- pobudzenie mięśni do skurczu (przy niedowładach),
- wspomaganie gojenia tkanek miękkich.

Charakterystyka techniki:

Zabieg polega na aplikacji prądu diadynamicznego przez elektrody umieszczone na skórze pacjenta. W zależności od rodzaju dolegliwości i efektu terapeutycznego stosuje się różne formy prądów diadynamicznych, m.in.:

- **MF (monofazowy stały)** – działanie przeciwbólowe,
- **DF (difazowy stały)** – silniejsze działanie bodźcowe i analgetyczne,
- **CP (krótkookresowo modulowany)** – zmienne pobudzanie mięśni i naczyń krwionośnych,
- **LP (długookresowo modulowany)** – działanie rozluźniające i uspokajające,
- **RS (rytmy synchroniczne)** – pobudzenie mięśni do skurczu.

Parametry zabiegu (rodzaj prądu, czas, natężenie) są indywidualnie dobierane przez fizjoterapeutę w oparciu o rozpoznanie kliniczne i reakcję pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Zazwyczaj od 6 do 12 minut, w zależności od obszaru aplikacji i zastosowanego rodzaju prądu, w skład serii wchodzi 10 zbiegów .

Wskazania do zastosowania prądów diadynamicznych:

- zespoły bólowe kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego),
- nerwobóle (np. nerwu trójdzielnego, międzyżebrowego),
- choroby zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa,
- zapalenia stawów i tkanek miękkich (w fazie przewlekłej),
- zespoły przeciążeniowe i pourazowe,
- niedowłady mięśniowe,
- obrzęki pourazowe, krwiaki, stłuczenia,
- zespół bolesnego barku, łokieć tenisisty, ostroga piętowa.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne urządzenia elektroniczne,
- nowotwory (bez zgody lekarza prowadzącego),
- ciąża, szczególnie w obrębie jamy brzusznej i odcinka lędźwiowego,
- aktywne infekcje, gorączka, stany zapalne skóry, rany,
- zakrzepica, zaburzenia czucia w miejscu zabiegu,
- padaczka, ciężkie choroby serca i układu krążenia,
- brak współpracy ze strony pacjenta.

e) prądy interferencyjne - to metoda elektroterapii oparta na wykorzystaniu dwóch prądów przemiennych o średniej częstotliwości (zwykle 4000 Hz), które nakładając się na siebie w ciele pacjenta, tworzą tzw. prąd interferencyjny – bodźcowy prąd o niskiej częstotliwości (0–250 Hz). Prądy te charakteryzują się dużą głębokością działania, dobrą tolerancją przez pacjenta oraz szerokim zakresem efektów terapeutycznych.

Zabieg stosowany jest głównie w leczeniu zespołów bólowych, zaburzeń ukrwienia, napięć mięśniowych oraz w celach przeciwobrzękowych.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- działanie przeciwbólowe (działanie analgetyczne),
- poprawa krążenia krwi i metabolizmu tkanek,
- zmniejszenie obrzęków,
- rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni,
- pobudzenie niedowładnych mięśni do pracy (działanie tonizujące),
- przyspieszenie procesów regeneracyjnych.

Charakterystyka techniki:

Zabieg polega na krzyżowym rozmieszczeniu elektrod na ciele pacjenta, tak aby prądy o różnych częstotliwościach przecinały się w miejscu wymagającym leczenia. W miejscu interferencji powstaje prąd terapeutyczny, o właściwościach zbliżonych do prądów TENS, jednak o większej głębokości penetracji.

Fizjoterapeuta dobiera parametry zabiegu (częstotliwość bicia, intensywność, czas trwania) indywidualnie, w zależności od wskazań klinicznych, miejsca aplikacji i reakcji pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Od 10 do 20 minut, w zależności od powierzchni aplikacji i celu terapeutycznego. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania prądów interferencyjnych:

- zespoły bólowe kręgosłupa (dyskopatie, rwa kulszowa),
- neuralgie (nerwu trójdzielnego, międzyżebrowego, splotu ramiennego),
- zespoły przeciążeniowe i pourazowe narządu ruchu,
- zespoły bólowe stawów (bark, biodro, kolano),
- obrzęki pourazowe, limfatyczne, zastoinowe,
- niedowłady i osłabienie siły mięśniowej,
- stany pooperacyjne narządu ruchu.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne urządzenia elektroniczne,
- choroby nowotworowe (bez zgody lekarza prowadzącego),
- ciąża (szczególnie w okolicach jamy brzusznej i miednicy),
- padaczka, ciężkie zaburzenia rytmu serca,
- świeże stany zapalne, aktywne infekcje, gorączka,
- uszkodzenia skóry w miejscu aplikacji elektrod,
- zaburzenia czucia, brak współpracy ze strony pacjenta.

f) prądy TENS - to jedna z najczęściej stosowanych metod elektroterapii, wykorzystująca przezskórną stymulację nerwów za pomocą impulsów elektrycznych o niskiej częstotliwości. Głównym celem

zabiegu jest działanie przeciwbólowe, uzyskane poprzez blokowanie przewodnictwa bodźców bólowych oraz stymulację wydzielania endorfin.

Terapia TENS jest metodą nieinwazyjną, bezpieczną i dobrze tolerowaną przez pacjentów, szczególnie skuteczną w leczeniu bólu o charakterze ostrym i przewlekłym.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- redukcja lub eliminacja bólu,
- poprawa komfortu funkcjonowania pacjenta,
- zwiększenie zakresu ruchu poprzez zniesienie dolegliwości bólowych,
- wspomaganie procesów gojenia poprzez poprawę ukrwienia tkanek.

Charakterystyka techniki:

Zabieg polega na przezskórnym dostarczeniu impulsów elektrycznych za pomocą elektrod samoprzylepnych umieszczonych na skórze w okolicy przebiegu nerwów czuciowych lub w strefie bólu.

W zależności od rodzaju bólu oraz wskazań klinicznych stosuje się różne tryby pracy:

- **TENS konwencjonalny (wysoka częstotliwość, niska intensywność)** – działanie szybkie, krótkotrwałe,
- **TENS niskiej częstotliwości (akupunkturowy)** – działanie wolniejsze, dłużej utrzymujące się,
- **TENS modulowany** – zapobieganie przyzwyczajeniu się organizmu do stymulacji.

Parametry stymulacji (częstotliwość, szerokość impulsu, natężenie, czas trwania) są indywidualnie dobierane przez fizjoterapeutę w zależności od potrzeb i tolerancji pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Standardowo 10-15 minut, w zależności od rodzaju dolegliwości i zastosowanego programu stymulacji.

W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania TENS:

- bóle kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego),
- neuralgie (np. nerwu trójdzielnego, międzyżebrowego, kulszowego),
- zespoły bólowe stawów (barku, kolana, biodra),
- zespół cieśni nadgarstka,
- bóle pourazowe i pooperacyjne,

- bóle przewlekłe w chorobach zwyrodnieniowych,
- napięciowe bóle mięśni i głowy.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne elektroniczne implanty,
- ciąża (szczególnie w I trymestrze i w obrębie brzucha oraz lędźwi),
- aktywne zmiany skórne, rany w miejscu aplikacji,
- nowotwory (bez zgody lekarza prowadzącego),
- padaczka, ciężkie zaburzenia rytmu serca,
- brak współpracy pacjenta, zaburzenia czucia.

g) prądy Treaberta – to stymulacja bodźcowa o średniej częstotliwości (SBF), to specjalistyczna forma elektroterapii wykorzystywana w leczeniu dolegliwości bólowych oraz nadmiernego napięcia mięśniowego. Zabieg polega na stosowaniu jednokierunkowych impulsów prostokątnych o częstotliwości 143 Hz i czasie trwania impulsu 2 ms. Charakteryzuje się wysoką skutecznością w terapii schorzeń mięśniowo-szkieletowych, szczególnie w obszarze kręgosłupa.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych (działanie analgetyczne),
- rozluźnienie mięśni szkieletowych (działanie miorelaksacyjne),
- poprawa krążenia krwi w obrębie tkanek głębokich,
- przyspieszenie procesów metabolicznych i regeneracyjnych,
- zwiększenie zakresu ruchu poprzez zmniejszenie napięcia tkanek miękkich.

Charakterystyka techniki:

Zabieg wykonywany jest przy użyciu dwóch elektrod umieszczanych wzdłuż kręgosłupa lub w obrębie innych objętych dolegliwościami segmentów ciała. Prądy Traberta oddziałują głównie na układ nerwowo-mięśniowy, powodując subtelne wibracje mięśni, co prowadzi do ich rozluźnienia bez widocznych skurczów. Zabieg jest zazwyczaj dobrze tolerowany, a jego działanie odczuwane jest przez pacjenta jako przyjemne, głębokie pulsowanie.

Czas trwania zabiegu:

Standardowo 10–15 minut, zależnie od obszaru poddawanego terapii oraz tolerancji pacjenta. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania prądów Traberta:

- zespoły bólowe kręgosłupa (np. lumbago, bóle napięciowe szyi),
- przewlekłe napięcie mięśni przykręgosłupowych,
- rwa kulszowa, rwa barkowa,
- nerwobóle, zespoły przeciążeniowe mięśni,
- zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa,
- stany po unieruchomieniu oraz ograniczenia ruchomości mięśniowo-stawowej,
- dolegliwości pourazowe w fazie przewlekłej.

Przeciwwskazania:

- wszczepiony rozrusznik serca lub inne implanty elektroniczne,
- nowotwory (bez pisemnej zgody lekarza prowadzącego),
- ciąża (szczególnie w obrębie jamy brzusznej i lędźwiowej),
- padaczka, aktywne infekcje, gorączka,
- ostre stany zapalne tkanek miękkich, skóry i naczyń krwionośnych,
- zaburzenia czucia, choroby skóry w miejscu aplikacji elektrod,
- brak współpracy pacjenta.

h) prądy KOTZA - to forma elektroterapii wykorzystująca modulowany prąd średniej częstotliwości (2500 Hz) zmodulowany w obwiednię o niskiej częstotliwości (zwykle 50 Hz). Zabieg ten przeznaczony jest głównie do **elektrycznej stymulacji mięśni w celu poprawy ich siły, masy oraz wytrzymałości**. Stosowany jest zarówno w profilaktyce zaniku mięśniowego, jak i w procesie reedukacji mięśni u osób z niedowładami, osłabieniem mięśniowym lub po dłuższym unieruchomieniu.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- wzmacnianie osłabionych grup mięśniowych,
- profilaktyka i leczenie zaników mięśniowych,
- poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej (reedukacja ruchowa),
- przyspieszenie procesu regeneracji mięśni po urazach lub operacjach,
- wspomaganie rehabilitacji w niedowładach obwodowych i centralnych.

Charakterystyka techniki:

Stymulacja odbywa się przy użyciu elektrod umieszczonych w okolicy wybranej grupy mięśniowej. Prąd KOTZA wywołuje wyraźny skurcz izometryczny mięśni, którego częstotliwość i czas trwania są ściśle kontrolowane. Zabieg może być prowadzony w warunkach spoczynkowych lub z aktywnym udziałem pacjenta – poprzez wykonywanie ćwiczeń w czasie stymulacji.

Stosowane parametry:

- częstotliwość bazowa: 2500 Hz (prąd średniej częstotliwości),
- modulacja: 50 Hz (prąd wywołujący skurcz),
- czas impulsu i przerwy: np. 10 s impulsu / 50 s przerwy – indywidualnie dobierane,
- liczba cykli i czas trwania serii: uzależnione od celu i tolerancji pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Od 10 do 20 minut, w zależności od liczby stymulowanych grup mięśniowych oraz wyznaczonego celu terapeutycznego. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania prądów KOTZA:

- osłabienie siły mięśniowej (np. po urazach, operacjach ortopedycznych),
- profilaktyka zaników mięśniowych w unieruchomieniach,
- niedowłady wiotkie i spastyczne (za zgodą lekarza),
- przygotowanie mięśni do zwiększonego wysiłku (np. w sporcie lub rehabilitacji przedzabiegowej),
- rehabilitacja po endoprotezoplastykach (stawu biodrowego, kolanowego),
- zespoły przeciążeniowe mięśni i ścięgien.

Przeciwwskazania:

- rozrusznik serca i inne implanty elektroniczne,
- choroby nowotworowe (bez zgody lekarza prowadzącego),
- ostre stany zapalne tkanek miękkich i skóry,
- ciąża (szczególnie w obrębie brzucha i miednicy),
- zakrzepica żył głębokich,
- padaczka, gorączka, stany ogólnego wyniszczenia,
- brak współpracy lub nietolerancja na silne skurcze mięśniowe.

i) ultradźwięki miejscowe - to zabieg fizykoterapeutyczny wykorzystujący fale akustyczne o wysokiej częstotliwości (najczęściej 1 MHz lub 3 MHz), niesłyszalne dla ludzkiego ucha, które są aplikowane

mięscowo na tkanki objęte procesem chorobowym. Energia mechaniczna fali ultradźwiękowej przenika do głębokich warstw tkanek, wywołując szereg efektów terapeutycznych: mechanicznych, termicznych i fizykochemicznych.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych (działanie przeciwbólowe),
- zmniejszenie napięcia mięśniowego (działanie rozluźniające),
- zwiększenie elastyczności tkanek miękkich (ścięgien, więzadeł),
- działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe,
- poprawa mikrokrążenia i przyspieszenie metabolizmu komórkowego,
- przyspieszenie procesów gojenia i regeneracji tkanek.

Charakterystyka techniki:

Zabieg wykonywany jest przy użyciu specjalistycznej głowicy ultradźwiękowej, którą fizjoterapeuta przesuwają po powierzchni skóry w miejscu objętym leczeniem. W celu prawidłowego przewodzenia fali ultradźwiękowej stosuje się specjalny żel sprzęgający. W zależności od wskazań klinicznych stosowana jest częstotliwość:

- **1 MHz** – dla tkanek głębszych (do 5 cm),
- **3 MHz** – dla tkanek powierzchniowych (do 2 cm).

Zabieg może być przeprowadzany w trybie **ciągłym** (efekt termiczny) lub **pulsacyjnym** (głównie efekt mechaniczny i mikromasażu), w zależności od stanu chorobowego i tolerancji pacjenta.

Czas trwania zabiegu:

Od 5 do 10 minut, w zależności od obszaru poddawanego terapii oraz celu terapeutycznego. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania miejscowych ultradźwięków:

- zespoły bólowe kręgosłupa (dyskopatie, napięcia mięśniowe),
- zespoły przeciążeniowe tkanek miękkich (np. entezopatie, zapalenie kaletek),
- stany pourazowe: skręcenia, naderwania mięśni, ścięgien i więzadeł,
- przewlekłe zapalenia torebek stawowych, stawów i pochewek ścięgnistych,
- zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa,

- blizny i zrosty pooperacyjne (w celu zwiększenia elastyczności tkanek),
- przykurcze, ograniczenia ruchomości stawów.

Przeciwwskazania:

- ciąża (szczególnie w okolicach brzucha i miednicy),
- nowotwory (czynne i przebyte – bez zgody lekarza prowadzącego),
- aktywne stany zapalne skóry lub tkanek miękkich w miejscu zabiegu,
- zakrzepica, żylaki w fazie aktywnej,
- obecność implantów elektronicznych (np. rozrusznik serca),
- zaburzenia czucia w miejscu aplikacji,
- czynne procesy infekcyjne i gorączkowe,
- schorzenia hematologiczne i zaburzenia krzepnięcia.

j) ultrafonoreza – to zabieg fizykoterapeutyczny łączący działanie terapeutyczne fali ultradźwiękowej z jednoczesnym przezskórnym podaniem leku (najczęściej o działaniu przeciwzapalnym lub przeciwbólowym). Ultradźwięki umożliwiają skuteczniejsze przenikanie substancji aktywnych przez barierę naskórka do głębiej położonych tkanek, zwiększając ich biodostępność i skuteczność miejscową.

Cele terapeutyczne zabiegu:

- miejscowe działanie przeciwbólowe,
- zmniejszenie stanów zapalnych,
- redukcja obrzęków,
- poprawa mikrokrążenia i trofiki tkanek,
- przyspieszenie regeneracji uszkodzonych struktur miękkich.

Charakterystyka techniki:

Zabieg polega na aplikacji leku (najczęściej w postaci żelu lub maści) bezpośrednio na skórę w miejscu objętym terapią, a następnie przeprowadzeniu zabiegu ultradźwiękami przy użyciu odpowiednio dobranych parametrów (częstotliwość, moc, czas trwania, tryb pracy – ciągły lub impulsowy).

Najczęściej stosowane substancje czynne:

- **diklofenak**,
- **ketoprofen**,

- **hydrokortyzon**,
- **heparyna**,
- preparaty z grupy NLPZ (niesteroidowe leki przeciwzapalne).

Częstotliwość fali ultradźwiękowej dobierana jest indywidualnie:

- **1 MHz** – dla tkanek głębokich,
- **3 MHz** – dla struktur powierzchniowych.

Czas trwania zabiegu:

Od 5 do 10 minut, w zależności od powierzchni objętej leczeniem i rodzaju leku. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

Wskazania do zastosowania ultrafonoforezy:

- zespoły bólowe kręgosłupa i stawów obwodowych,
- stany zapalne tkanek miękkich (ścięgna, więzadła, kaletki),
- entezopatie, zapalenia okołostawowe,
- zmiany zwyrodnieniowe stawów,
- neuralgie, nerwobóle,
- blizny i zrosty pourazowe i pooperacyjne,
- obrzęki pourazowe.

Przeciwwskazania:

- uczulenie na stosowany lek,
- ciąża (szczególnie okolice brzucha i miednicy),
- nowotwory i zmiany o nieznanym charakterze,
- czynne infekcje skóry w miejscu zabiegu,
- zakrzepica żył głębokich,
- rozrusznik serca lub inne implanty elektroniczne,
- zaburzenia czucia i choroby skóry w miejscu aplikacji,
- choroby ogólnoustrojowe przebiegające z gorączką.

4. Leczenie polem magnetycznym, w tym: impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – przyspiesza regenerację chorych komórek, łagodzi ból i działa przeciwzapalnie, przeciwobrzękowo,

zabiegi z wykorzystaniem pola magnetycznego stosuje się u pacjentów, m.in. z osteoporozą, chorobą zwyrodnieniową stawów, nadciśnieniem tętniczym.

Czas trwania zabiegu:

Od 5 do 10 minut, w zależności od powierzchni objętej leczeniem i rodzaju leku. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

5. Światłolecznictwo i ciepłolecznictwo:

a) **naświetlanie promieniami IR, UV – miejscowe** - to zabiegi światłolecznicze (fototerapeutyczne), wykorzystujące biologiczne działanie promieniowania elektromagnetycznego na tkanki objęte procesem chorobowym. Obie formy terapii są stosowane miejscowo i różnią się głębokością penetracji oraz efektem terapeutycznym.

1. Promieniowanie podczerwone (IR – infrared)

Charakterystyka:

Promieniowanie IR to fale elektromagnetyczne o długości od 760 do 1500 nm, które przenikają do głębszych warstw skóry, wywołując intensywne efekty cieplne. Zabieg jest bezkontaktowy – lampa IR skierowana jest na odsłoniętą skórę w odpowiedniej odległości (najczęściej 40–60 cm).

Efekty terapeutyczne:

- działanie przeciwbólowe,
- poprawa ukrwienia i mikrokrążenia,
- rozluźnienie napiętych mięśni i tkanek,
- przyspieszenie wchłaniania nacieków zapalnych,
- działanie rozgrzewające przed kinezyterapią lub masażem.

Wskazania:

- zespoły bólowe mięśni i stawów,
- nerwobóle i neuralgie,
- stany pourazowe (stłuczenia, skręcenia),
- przewlekłe zapalenia tkanek miękkich,
- zeszywnienia mięśniowe, przykurcze.

2. Promieniowanie nadfioletowe (UV – ultraviolet)

Charakterystyka:

Promieniowanie UV to fale elektromagnetyczne o krótszej długości (100–400 nm), dzielone na pasma: UVA, UVB i UVC. W rehabilitacji leczniczej wykorzystuje się głównie pasma **UVA i UVB**. Promieniowanie to działa głównie na powierzchowne warstwy skóry, stymulując reakcje biologiczne i immunologiczne.

Efekty terapeutyczne:

- działanie bakteriobójcze i odkażające (UV-C, rzadziej stosowane),
- pobudzenie syntezy witaminy D3,
- działanie immunomodulujące,
- miejscowe działanie przeciwzapalne i stymulujące regenerację naskórka,
- stosowane również do wywołania tzw. rumienia leczniczego (UVB).

Wskazania:

- trudno gojące się rany i owrzodzenia,
- przewlekłe stany zapalne skóry,
- zakażenia bakteryjne skóry,
- łuszczyca, egzemy, wypryski,
- niedobór witaminy D3 (np. u osób starszych),
- profilaktyka krzywicy.

Przeciwwskazania wspólne dla IR i UV:

- stany gorączkowe i ostre infekcje,
- choroby nowotworowe,
- nadwrażliwość skóry na światło (fotodermatozy),
- niewyrównane choroby układu krążenia,
- aktywne stany zapalne skóry lub zakażenia (w zależności od rodzaju światła),
- rozrusznik serca (dla IR – przy stosowaniu w okolicy klatki piersiowej),
- padaczka (dla UV – ryzyko światłoczułości),
- przyjmowanie leków fotouczulających (np. niektóre antybiotyki, retinoidy).

Czas trwania zabiegu:

- **IR:** od 10 do 20 minut, w zależności od obszaru zabiegowego i tolerancji pacjenta. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

– **UV:** od kilku sekund do kilku minut, zgodnie z tzw. dawką rumieniową, dobieraną indywidualnie. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

b) laseroterapia punktowa - to metoda fizykoterapii z zakresu światłolecznictwa, wykorzystująca działanie promieniowania laserowego o niskiej mocy (tzw. lasery biostymulacyjne). Zabieg polega na aplikacji wiązki światła laserowego na ściśle określone punkty ciała, zwykle zlokalizowane w miejscach dolegliwości bólowych, zmian zapalnych, urazów tkanek miękkich lub w punktach spustowych (tzw. trigger points).

Mechanizm działania terapeutycznego:

Promieniowanie laserowe stosowane w laseroterapii punktowej wnika w głąb tkanek (do kilku centymetrów), powodując szereg reakcji biologicznych, takich jak:

- zwiększenie metabolizmu komórkowego,
- pobudzenie mikrocyrkulacji,
- poprawa procesów regeneracyjnych,
- działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe,
- stymulacja syntezy kolagenu i tkanki łącznej,
- redukcja napięcia mięśniowego.

Efekty te są wynikiem tzw. biostymulacji, a nie termicznego oddziaływania lasera (jak w przypadku zabiegów chirurgicznych).

Wskazania do laseroterapii punktowej:

- zespoły bólowe kręgosłupa (np. rwa kulszowa, lumbago, bóle karku),
- choroby zwyrodnieniowe stawów,
- zapalenia tkanek miękkich (ścięgien, kaletek, więzadeł),
- ostrogi piętowe, zapalenia rozcięgna podeszwowego,
- neuralgie i neuropatie obwodowe,
- zespoły przeciążeniowe (np. łokieć tenisisty, zespół cieśni nadgarstka),
- trudno gojące się rany i blizny,
- zapalenia zatok i inne schorzenia laryngologiczne (w uzasadnionych przypadkach).

Przeciwwskazania:

- nowotwory (również podejrzenie zmian o charakterze nowotworowym),
- ciąża (szczególnie w I trymestrze oraz okolice jamy brzusznej i lędźwiowej),
- epilepsja,
- czynne infekcje bakteryjne i wirusowe skóry w miejscu zabiegu,
- rozrusznik serca (w przypadku zabiegów w okolicy klatki piersiowej),
- choroby autoimmunologiczne w okresie zaostrzenia,
- nadwrażliwość na światło lub stosowanie leków fotouczulających.

Parametry techniczne i czas trwania:

- długość fali: najczęściej 635–904 nm (w zależności od rodzaju lasera – czerwony, podczerwony),
- moc: od kilku do kilkudziesięciu mW,
- czas naświetlania punktu: zazwyczaj od 30 sekund do 2 minut,
- liczba punktów: dobierana indywidualnie przez fizjoterapeutę w zależności od wskazań.⁵⁵

W skład serii wchodzi 10 zabiegów.

6. Krioterapia, w tym:

Krioterapia miejscowa – polega na wykonywaniu nawiewu schłodzonych gazów (najczęściej ciekłego azotu lub mieszaniny par ciekłego azotu i schłodzonego powietrza) poprzez ruchy okrężne oraz omiatanie mroźnym powietrzem obszarów poddawanych zabiegowi; ma zastosowanie przy ostrych i przewlekłych chorobach stawów i chrząstek stawowych, w stanach zapalnych tkanek miękkich, w zespole bólowym kręgosłupa, stanach pourazowych, zmianach przeciążeniowych narządu ruchu, chorobach neurologicznych.

Czas trwania zabiegu:

3 minuty. W skład serii wchodzi 10 zabiegów.⁵⁶

7. Hydroterapia, w tym:

Kąpiele wirowe - Kąpiel wirowa, zwana także masażem wirowym, jest metodą hydroterapii polegającą na zanurzeniu jednej części ciała (kąpiel częściowa) lub całego ciała (kąpiel całościowa) w wodzie o temperaturze 32–40 °C, generującej ruch wirowy dzięki mechanicznym dyszom lub wirnikom

⁵⁵ Zembaty A., Podstawy fizjoterapii i rehabilitacji., Kraków: Wydawnictwo Kasper; 2002r.

⁵⁶ A. Bauer, M. Wiecheć, Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych, Markmed Rehabilitacji s.c., Wrocław 2005r.

Pod wpływem hydromasażu dochodzi do synergicznego działania: **ciepła wody** i jej **ruchu mechanicznego**, co wspomaga różne procesy terapeutyczne .

Cele terapeutyczne zabiegu:

- Rozluźnienie napięcia mięśniowego i przykurczów,
- Redukcja bólu i działanie przeciwobrzękowe,
- Poprawa krążenia krwi i limfy (hiperemia tkanek),
- Wspomaganie regeneracji po urazach i operacjach,
- Usprawnienie zakresu ruchu w stawach

Metodyka i czas trwania:

- Zabiegi odbywają się w specjalistycznych wannach (wirówkach) przeznaczonych do częściowego lub całkowitego zanurzenia,
- Temperatura wody wynosi zwykle 32–40 °C, dostosowywana do wskazań i tolerancji pacjenta

Czas trwania zabiegów waha się od 10 do 20 minut – standardowo 15–20 minut .

Wskazania:

- Przewlekłe stany zapalne i zapalenia okołostawowe,
- Przykurcze mięśniowe i bliznowate,
- Urazy tkanek miękkich, zmiany pourazowe,
- Niedowłady mięśniowe, zaniki fi terrorial powers,
- Choroby zwyrodnieniowe i reumatyczne stawów

Przeciwwskazania:

- Ciężkie choroby układu krążenia i nadciśnienie w stadium zaawansowanym,
- Zakrzepica i infekcje skóry, owrzodzenia, odleżyny,
- Nowotwory, gorączka, ostre stany zapalne⁵⁷

Powyższe świadczenia są świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia ujętymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013r. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych ujęty jest w

⁵⁷ [Kąpiel wirowa - Portal Fizjoterapeuty](#) na dzień 30.06.2025

załączniku nr 1 do w/w rozporządzenia. Program stanowi uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

Zgodnie z wytycznymi Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej proces fizjoterapii prowadzony jest przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów, którzy otrzymują zlecenia na realizację poszczególnych procedur od lekarza prowadzącego. Postępowanie rehabilitacyjne może być prowadzone w gabinecie fizjoterapii, prowadzonym przez specjalistę w zakresie fizjoterapii lub specjalistę w rehabilitacji ruchowej na podstawie skierowania od lekarza leczącego.⁵⁸

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

1. Udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych odbywać się będzie wyłącznie w obiektach podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Łtowa.
2. Świadczenia udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie do wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania.
3. O liczbie cykli rehabilitacyjnych, ich częstotliwości oraz rodzaju zabiegów decyduje podmiot realizujący program, biorąc pod uwagę rodzaj schorzenia w oparciu o skierowanie od lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Zaleca się jednak, aby osoba biorąca udział w programie mogła z niego skorzystać po upływie 6 miesięcy. Ponadto osoby korzystające z powyższego Programu w danym roku kalendarzowym mogą z niego skorzystać w kolejnych latach jego realizacji.
4. Beneficjenci programu mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku według harmonogramu zaproponowanego przez realizatora Programu.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

O zakończeniu udziału w programie decyduje podmiot realizujący program. Beneficjenci świadczeń mogą kontynuować zabiegi rehabilitacyjne, korzystając ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

⁵⁸ dr. n.med. Marek Krauski, Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, 06.12.2010r.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Ogłoszenie konkursu ofert

Gmina ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację programu.

2. Wybór realizatora

Wyłonienie podmiotu odpowiedzialnego za realizację programu.

3. Kampania informacyjna

Rozpowszechnienie informacji o programie skierowanej do potencjalnych uczestników za pośrednictwem:

- stron internetowych gminy i realizatora,
- lokalnych gazet i mediów,
- tablic ogłoszeń,
- plakatów i ulotek.

Etap projektu	Działania	Opis
I. Przygotowanie projektu	Opracowanie strategii komunikacji	Stworzenie planu promocji, szaty graficznej materiałów, ustalenie kanałów komunikacji.
II. Rekrutacja uczestników	Publikacja ogłoszeń	Artykuły i ogłoszenia na stronie internetowej Gminy, mediach społecznościowych i prasie lokalnej.
	Plakaty i ulotki	Dystrybucja w urzędzie, przychodni, szkołach, OPS, bibliotekach.
III. Realizacja projektu	Relacje i aktualizacje	Publikacja informacji o postępach, zdjęć i relacji z zajęć.
	Wywiady i artykuły	Promocja dobrych praktyk i historii uczestników.
IV. Zakończenie projektu	Spotkanie podsumowujące	Prezentacja efektów projektu i jego wpływu społecznego.
	Raport i materiały podsumowujące	Przygotowanie broszury lub biuletynu informacyjnego.

4. Działania edukacyjne

Przeprowadzenie jednorazowego, 30-minutowego spotkania edukacyjnego w grupach do 20 osób.

Tematyka spotkania obejmuje:

rolę diety i suplementacji, znaczenie aktywności fizycznej, ergonomię w miejscu pracy, profilaktykę wtórną chorób układu ruchu i urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, zdrowy styl życia, radzenie sobie ze stresem.

Spotkania prowadzi fizjoterapeuta, który również przeprowadza ocenę wiedzy uczestników przy użyciu pre-testu (przed prelekcją) i post-testu (po prelekcji). Testy powinny uwzględniać także tematykę ergonomii w życiu codziennym i ochrony przed przeciążeniami.

5. Rejestracja pacjenta

Pacjent zostaje zarejestrowany na podstawie odpowiedniego skierowania. Fizjoterapeuta podejmuje decyzję o jego udziale w programie, potwierdzając to adnotacją na skierowaniu.

6. Ocena funkcjonalna i plan rehabilitacji

Przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego przeprowadzana jest ocena funkcjonalna. Na tej podstawie fizjoterapeuta planuje działania rehabilitacyjne zgodne z celem skierowania. Wyznaczany jest termin pierwszej wizyty.

7. Rehabilitacja i edukacja

Realizacja zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie ze skierowaniem lekarskim. Dodatkowo, uczestnikom przekazywane są treści edukacyjne dostosowane do ich potrzeb, szczególnie w zakresie samodzielnych ćwiczeń i dalszych zaleceń. Program ocenia się zgodnie z załącznikiem nr 5.

8. Ankieta beneficjenta

Uczestnik wypełnia ankiety:

- I. oceniające stan zdrowia przed i po zakończeniu rehabilitacji,
- II. oceniające jakość świadczonych usług (wg wzoru – załącznik nr 2).

9. Sprawozdawczość

Opracowanie sprawozdań z realizacji programu w cyklach: półrocznym, rocznym oraz końcowym (zgodnie z załącznikiem nr 5).

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

Oferent ubiegający się o realizację zadania w ramach otwartego konkursu ofert musi być podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

Dodatkowo oferent powinien spełniać następujące wymagania:

1. Kadry specjalistyczne

Dysponować wykwalifikowaną kadrą posiadającą odpowiednie kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych określonych w programie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa – w szczególności co najmniej jednym magistrem fizjoterapii. Fakt ten należy potwierdzić oświadczeniem oferenta.

2. Lokalizacja i warunki realizacji świadczeń

Świadczenia muszą być realizowane na terenie Gminy Łtowa, w lokalu spełniającym wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa.

3. Sprzęt i aparatura medyczna

Oferent powinien dysponować specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną umożliwiającą realizację świadczeń objętych programem. Sprzęt ten musi spełniać wymagania określone w przepisach prawa oraz posiadać aktualne przeglądy techniczne, co należy potwierdzić stosownym oświadczeniem wraz z dokumentacją paszportów technicznych.

W przypadku podmiotu, który nie posiada zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, gmina nie dopuszcza możliwości podwójnego finansowania świadczeń rehabilitacyjnych objętych programem. Zabiegi będą realizowane wyłącznie na podstawie oryginału skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz oświadczenia beneficjenta potwierdzającego skorzystanie ze świadczeń w ramach programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności będzie prowadzona na podstawie sprawozdań składanych przez realizatora w okresach półrocznych, rocznych oraz po zakończeniu programu (zgodnie z załącznikiem nr 5). Analizie podlegać będą:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
- liczba uczestników objętych kompleksową rehabilitacją leczniczą,
- liczba osób biorących udział w zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej,
- liczba osób rezygnujących z udziału w programie na poszczególnych jego etapach, wraz z analizą przyczyn rezygnacji.

2. Ocena jakości udzielanych świadczeń

Jakość realizowanych świadczeń oceniana będzie na podstawie:

- corocznej analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 2),
- bieżącej analizy pisemnych uwag i opinii zgłaszanych przez uczestników w trakcie trwania programu.

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności programu będzie prowadzona corocznie oraz po jego zakończeniu, na podstawie analizy następujących wskaźników:

- odsetek uczestników, u których stwierdzono poprawę w zakresie wcześniej zidentyfikowanych zaburzeń funkcjonalnych,
- odsetek uczestników, u których nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych udzielonych w ramach programu,
- odsetek uczestników, u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie treści objętych edukacją zdrowotną.

Ewaluacja efektywności będzie opierać się na porównaniu wyników uzyskanych przed przystąpieniem do programu i po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo – cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załączniku nr 1 do Zarządzenia 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.01.2022r. Dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie żagańskim (woj. lubuskie) cena punktu rozliczeniowego w zakresie **fizjoterapii ambulatoryjnej** finansowanej przez NFZ w 2025 roku wynosi:

1,63 zł za punkt – zgodnie z oczekiwaną stawką w konkursach ofert, obowiązującą od 7 lutego 2025 r.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wskazanych w Załączniku nr 1 do Zarządzenia 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.01.2022r. to 13,67 – w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 22,28 zł ($1,63 \times 13,67$). Ostatecznie przyjęto stawkę 23 zł. Koszt indywidualnego planu rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 920 zł (10-cio dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi przypadające na 1 pacjenta). Koszt wizyty fizjoterapeutycznej, obejmującej zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacji, oszacowano na 120 zł, natomiast koszt działań edukacyjnych na 60 zł (na podstawie badania rynku lokalnych podmiotów świadczących tego typu usługi).

1. Koszty jednostkowe

- 1 100,00 zł – koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt wizyty fizjoterapeutycznej (120 zł), indywidualnego planu rehabilitacyjnego (920 zł) oraz działań edukacyjnych (60 zł)
- 4000 zł – koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 1000 zł – koszt monitoringu i ewaluacji

VI.2 Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu w roku 2026 szacuje się na kwotę 170 000,00 zł brutto, przy przyjęciu kosztów wykonywania zabiegów na kwotę 156 000,00 zł brutto, kosztu działań edukacyjnych na kwotę 9000,00 zł brutto, kosztu akcji informacyjnej na kwotę 4000,00 brutto i kosztu monitoringu i ewaluacji na kwotę 1 000,00 zł brutto.

Ostateczny koszt miesięczny wykonywanych świadczeń będzie przedstawiany przez realizatora programu na podstawie rozliczeń miesięcznych z wykonywanych świadczeń (wg załącznika nr 3 do programu). Przewidywany koszt całkowity dla całego okresu realizacji programu wynosi 340 000,00 zł, tj. po 170 000,00 za każdy rok realizacji programu.

Tabela – Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w każdym roku realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	-	4000	4000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	150	1100	165 000,00
Monitoring i ewaluacja	-	1000	1000,00
Koszty programu (corocznie)	-	-	170 000,00

Tabela – Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2026	170 000,00
Akcja informacyjna	4000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	165 000,00
Monitoring i ewaluacja	1000,00
Rok 2027	170 000,00
Akcja informacyjna	4000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	165 000,00
Monitoring i ewaluacja	1000,00
RAZEM	340 000,00

VI.3 Źródło finansowania

Świadczenia rehabilitacyjne w ramach programu zostaną sfinansowane ze środków własnych Gminy, dotacji z budżetu państwa lub innych źródeł m.in. z Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024r. poz. 146).

VII. Bibliografia

1. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 Ludność. stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021, Warszawa 2023
2. Osoby z niepełnosprawnością, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, <https://www.unic.un.org.pl/unic-activities/osoby-z-niepelnosprawnoscia/3105> , dostęp z 18.03.2025 r.
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release> , dostęp z 18.03.2025 r.
4. art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 17 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44)
5. Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 75);
6. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652. oraz Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
7. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355- 369.
8. Janusz Nowotny, „*Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów*”, Warszawa 2006, (str. 99);
9. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.
10. Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne”, Poznań 2017, (str. 420);
11. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
12. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine& Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
13. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

14. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, A. Jura-
15. Póttorak, K. Olczyk, Vol 47/4, s. 431-438
16. Jura-Póttorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
17. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii postępowanie rehabilitacyjne - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, na dzień 02.07.2025
18. Halik R, Seroka w. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia
19. Falls Rev Clin Gerontol, Davidson J, Marian S. 2007;17 s. 93-107
20. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
21. Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Perzyńska-Mazan J Rozprawka doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
22. Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Łłowa na lata 2020 – 2030, str. 62
23. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf , na dzień 20.03.2025r., str. 50
24. https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ochrona_zdrowia/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-lubuskiego , na dzień 20.03.2025r., str. 112 - 116
25. file:///C:/Users/IZPVI/Downloads/20221128_NPZ_2021_2025-1.pdf , na dzień 20.03.2025r., str. 23-25
26. file:///C:/Users/IZPVI/Downloads/Zdrowa_Przysz%C5%82os%C5%81c%C5%81_tekst_uchwalony_27122021.pdf , na dzień 20.03.2025r., str. 183
27. Dane WHO [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>]
28. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2014
29. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 307
https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf , na dzień 24.03.2025r.
30. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021 Ludność. stan i struktura demograficzno-społeczna w świetle wyników NSP 2021, Warszawa 2023, s. 86-111, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/stan-i-struktura-demograficzno-spoeczna-i-ekonomiczna-ludnosci-polski-w-swietle-wynikow-nsp-2021,6,2.html?contrast=default> , na dzień 21.03.2025

31. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie rehabilitacji.
http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_20140807.pdf, dostęp w dniu 24.03.2025
32. Informator o Terminach Leczenia Narodowego Funduszu Zdrowia wg stanu na 21.03.2025r.
<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=FIZJOTERAPIA+AMBULATORYJNA&State=04&Locality=I%C5%81OWA&Provider=&Place=&Street=>
33. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2024r., Tabela 2.2.4 Personel pracujący w palcówkach ochrony zdrowia według regionów i województwa, stan w dniu 31.12.2023r.
34. Raport NIK Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku, s.13 i 25-26, na dzień 24.03.2025r.
file:///C:/Users/IZP.VI/Downloads/kzd~p_20_052_202006301028401593505720~01.pdf
35. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., na dzień 24.03.2025r.
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
37. Obwieszczenie wojewody Lubuskiego z dnia 22 grudnia 2021 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022-2026
38. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 sierpnia 2021r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. z 2021r. poz. 642)
39. Choroby zawodowe w Polsce w 2023r. Beata Świątkowska, Wojciech Hanke, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera –Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2024
40. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 z późn. zm.)
41. Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Uchwałą nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r. ze zm.)
42. <https://www.goonclinic.pl/skala-oceny-bolu-skala-vas/> na dzień 25.03.2025r.

43. Choroby zawodowe w Polsce w 2015r., N. Szeszenia-Dąbrowska u. Wilczyńska, Instytut Medycyny Pracy im. Prog J.Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2016, Choroby zawodowe w Polsce w 2014 roku, N. Szeszenia -Dąbrowska u. Wilczyńska, W. Sobala, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera – Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Łódź 2015
44. Raport końcowy: Ocena skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach OP WER, s. 47
file:///C:/Users/IZP.VI/Downloads/Ocena_realizacji_program%C3%B3w_profilaktycznych.pdf
na dzień 27.06.2025r.
45. Diagnoza społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, listopad 2015, s. 250 [Diagnoza raport 2015.pdf](#) na dzień 27.06.2025
46. Zembaty A., Podstawy fizjoterapii i rehabilitacji., Kraków: Wydawnictwo Kasper; 2002r.
47. A. Bauer, M. Wiecheć, Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych, Markmed Rehabilitacji s.c., Wrocław 2005r.
48. [Kąpiel wirowa - Portal Fizjoterapeuty](#) na dzień 30.06.2025
49. dr. n.med. Marek Krauski, Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, 06.12.2010r.
50. Zarządzenie nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacji leczniczej oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Załącznik nr 1 do Programu

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE REHABILITACJI

dla mieszkańców Gminy Łtowa

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Oświadczam, że WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY na udział w Programie rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa oraz na realizację świadczeń rehabilitacyjnych w jego ramach.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o zasadach udziału w programie, jego harmonogramie oraz możliwych działaniach niepożądanych związanych z realizacją świadczeń rehabilitacyjnych.

Deklaruję, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu nie korzystałem(-am) ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) w związku z tym samym rozpoznaniem medycznym oraz zobowiązuję się nie korzystać z takich świadczeń w trakcie trwania mojego udziału w programie.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa”, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

Zakres przetwarzanych danych obejmuje:

- imię i nazwisko
- PESEL
- adres zamieszkania
- rodzaj i kod zabiegu rehabilitacyjnego

Dane te będą wykorzystywane wyłącznie do celów realizacji i rozliczenia świadczeń rehabilitacyjnych przez: w ramach zawartej umowy dotyczącej realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa”.

Program finansowany jest zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146).

Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Łłowej z siedzibą przy ul. Żeromskiego 27, 68-120 Łłowa.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: inspektor@cbi24.pl

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o:

- 1) adresie siedziby administratora danych;
- 2) celu przetwarzania danych, dobrowolności ich podania lub obowiązku ich podania wraz z podstawą prawną;
- 3) okresie przechowywania danych osobowych;
- 4) prawie dostępu do danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania i przenoszenia;
- 5) prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- 6) prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na legalność przetwarzania przed jej cofnięciem;
- 7) prawie do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie uniemożliwia udział w programie.

Data i czytelny podpis:

Załącznik nr 2 do Programu

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa w wieku powyżej 35 lat”

Szanowni Państwo,

Celem niniejszej ankiety jest poznanie Państwa opinii, sugestii i uwag dotyczących „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa”, w którym brali Państwo udział.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi poprzez zaznaczenie znakiem X właściwego pola.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Wiek pacjenta:

Rodzaj schorzenia:

1. Czy uważa Pani/Pan, że program rehabilitacji odpowiada na potrzeby mieszkańców Gminy Łtowa?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji świadczeń fizjoterapeutycznych w ramach programu?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

3. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan ten program innym osobom?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

4. Jak ocenia Pani/Pan jakość świadczeń udzielonych w ramach programu?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

5. Czy rehabilitacja odbywała się zgodnie z ustalonym harmonogramem (data, godzina)?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

6. Czy, Pani/Pana zdaniem, regularna aktywność fizyczna dostosowana do stanu zdrowia jest istotna w profilaktyce schorzeń układu ruchu?

☐ Zdecydowanie tak ☐ Raczej tak ☐ Trudno powiedzieć ☐ Raczej nie ☐ Zdecydowanie nie

7. Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia przed rozpoczęciem udziału w Programie? (1 – bardzo zły, 6 – bardzo dobry)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

8. Czy po zakończeniu rehabilitacji zauważyła/-ł Pani/Pan zmiany w dolegliwościach bólowych?

☐ Zdecydowanie większe ☐ Raczej większe ☐ Bez zmian ☐ Raczej mniejsze ☐ Zdecydowanie
mniejsze

9. Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia po zakończeniu programu? (1 – bardzo zły, 6 – bardzo dobry)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

10. Po zakończeniu udziału w Programie, Pani/Pana sprawność fizyczna:

☐ Uległa pogorszeniu ☐ Nie zmieniła się ☐ Poprawiła się

Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji programu:

.....

.....

.....

.....

.....

Załącznik nr 3 do Programu

Rozliczenie wykonania świadczeń

w ramach „Programu rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Łtowa w wieku powyżej 35 lat”

za miesiąc: 20..... r.

1. Wykaz mieszkańców Gminy Łtowa korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych:

L.p.	Imię i nazwisko, PESEL, adres	Termin realizacji zabiegów (od – do)	Liczba dni	Rodzaj zabiegu – kod	Wartość punktowa 1 zabiegu	Kwota (kol. 4 × kol. 6)

2. W załączeniu: szt. upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

3. Proszę o przekazanie kwoty: zł

na rachunek bankowy:

Nazwa banku:

Numer konta:

Data:

Pieczęć i podpis Świadczeniodawcy:

.....

Załącznik nr 4 do Programu

Karta Oceny Skuteczności Programu

A. Dane Uczestnika

Nazwisko	Data urodzenia (dd/mm/rrrr)
Imię	/...../.....

Nr PESEL

Data rozpoczęcia udziału w Programie	Jednostki chorobowe kwalifikujące do udziału w Programie (ICD-10)

Data zakończenia udziału w Programie	Powód zakończenia udziału w Programie*

Informacja o ukończeniu pełnego cyklu rehabilitacyjnego lub przyczynie jego przerwania

B. Ocena Skuteczności Programu

B.1 – Zaburzenia funkcjonalne

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału	Ostatni dzień udziału	Pozytywna zmiana (tak/nie)
Ocena zaburzeń funkcjonalnych			

B.2 – Nasilenie dolegliwości bólowych (skala VAS)

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału	Ostatni dzień udziału	Pozytywna zmiana (tak/nie)
Ocena bólu w skali VAS			

.....

(pieczęć i podpis osoby prowadzącej rehabilitację)

B.3 – Efektywność edukacji zdrowotnej

Miernik efektywności	Pre-test	Post-test	Pozytywna zmiana (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych ($\geq$ 75% poprawnych odpowiedzi)			

.....

(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Załącznik nr 5 do Programu

Sprawozdanie z realizacji działań w ramach Programu Rehabilitacji

Nazwa i adres podmiotu realizującego program:

.....

Okres sprawozdawczy: od do

Adresat sprawozdania:

Gmina Łtowa
ul. Żeromskiego 27
68-120 Łtowa

Termin przekazania sprawozdania: do 14 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego

1. Liczba pacjentów uczestniczących w programie:

- Pacjenci, którzy ukończyli pełny cykl rehabilitacji:

..... osób

- Pacjenci, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacji:

..... osób

2. Efekty terapeutyczne na podstawie kart oceny skuteczności programu:

- Liczba pacjentów, u których odnotowano poprawę ogólnego stanu zdrowia:

..... osób

- Liczba pacjentów, u których zmniejszyło się nasilenie bólu (wg skali VAS):

..... osób

- Liczba pacjentów, u których nastąpiła poprawa wyników w teście końcowym (post-test) w porównaniu do wyników początkowych (pre-test):

..... osób

Miejscowość:

Data:

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do złożenia sprawozdania:

Załącznik nr 6 do Programu

TEST WIEDZY – DZIAŁANIA EDUKACYJNE (wzór)

Cel: Ocena wiedzy uczestników dotyczącej profilaktyki, rehabilitacji oraz zasad zdrowego stylu życia.

Forma: test jednokrotnego wyboru (zaznacz jedną poprawną odpowiedź).

Liczba punktów: 12

Wynik pozytywny: min. 8 poprawnych odpowiedzi (67%).

Pytania testowe

1. Które stawy najczęściej ulegają zwyrodnieniu u osób starszych?
 - a) stawy kolanowe i biodrowe
 - b) stawy łokciowe i nadgarstkowe
 - c) stawy barkowe
 - d) stawy skroniowo-żuchwowe
2. Co jest podstawową przyczyną powstawania zmian zwyrodnieniowych stawów?
 - a) praca fizyczna
 - b) przeciążenie i mikrourazy
 - c) niewłaściwa dieta
 - d) choroby zakaźne
3. W jakim celu wykonuje się zabieg krioterapii miejscowej?
 - a) dla rozgrzania tkanek miękkich
 - b) dla obniżenia temperatury tkanek i zmniejszenia bólu
 - c) w celu zwiększenia ukrwienia tkanek
 - d) dla zwiększenia napięcia mięśniowego
4. W jakiej fazie choroby zwyrodnieniowej stawów nie stosuje się zabiegów fizykalnych?
 - a) w fazie ostrego bólu i obrzęku
 - b) w fazie remisji
 - c) w fazie przewlekłej
 - d) w fazie rozgrzewkowej
5. Które z poniższych ćwiczeń zalecane są w przypadku zmian zwyrodnieniowych stawów kolanowych?
 - a) przysiady głębokie
 - b) jazda na rowerze stacjonarnym
 - c) bieganie po twardym podłożu
 - d) skoki i podskoki
6. Wskaż objaw niecharakterystyczny dla choroby zwyrodnieniowej stawów:
 - a) ograniczenie ruchomości
 - b) obrzęk i sztywność poranna
 - c) gorączka powyżej 39°C
 - d) ból mechaniczny przy obciążeniu

7. Która z metod fizykoterapii wykorzystuje działanie prądu elektrycznego?
- a) ultradźwięki
 - b) laseroterapia
 - c) elektrostymulacja
 - d) magnetoterapia
8. Jakie znaczenie ma masaż w rehabilitacji narządu ruchu?
- a) zwiększa napięcie mięśni
 - b) łagodzi ból, poprawia ukrwienie i elastyczność mięśni
 - c) powoduje skurcz mięśni i ograniczenie ruchomości
 - d) służy tylko do relaksu, bez efektu leczniczego
9. Co jest głównym celem rehabilitacji ruchowej?
- a) zmniejszenie bólu i poprawa funkcji narządu ruchu
 - b) zwiększenie masy mięśniowej
 - c) poprawa kondycji psychicznej
 - d) wyłącznie relaksacja organizmu
10. Jakie działania profilaktyczne pomagają w zapobieganiu chorobom narządu ruchu?
- a) unikanie ruchu
 - b) utrzymywanie prawidłowej masy ciała i regularna aktywność fizyczna
 - c) siedzący tryb życia
 - d) spożywanie wysokoprzetworzonej żywności
11. Które z poniższych zachowań sprzyja występowaniu bólów kręgosłupa?
- a) prawidłowa postawa
 - b) długotrwała pozycja siedząca bez przerw
 - c) rozciąganie mięśni
 - d) regularne spacerowanie
12. Co należy zrobić po zakończeniu cyklu rehabilitacji?
- a) zaprzestać ćwiczeń
 - b) kontynuować zalecane ćwiczenia w domu
 - c) unikać wysiłku przez kilka miesięcy
 - d) rozpocząć intensywny trening siłowy

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy między innymi opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. W oparciu o w/w wytyczne został opracowany projekt programu polityki zdrowotnej pn **„Program rehabilitacji dla mieszkańców Gminy Ilowa w wieku powyżej 35 r.ż.”**. W myśl art. 48a ust. 4 w/w ustawy projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej. Powyższy projekt został przekazany do Agencji i uzyskał w dniu 04.09.2025 r. warunkowo pozytywną opinię nr 85/2025. Zgodnie z zapisem art. 48a ust. 11 rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej lub warunkowo pozytywnej opinii. W myśl art. 48a ust. 12 w/w ustawy, podmiot który uzyskał warunkowo pozytywną opinię jest obowiązany do wprowadzenia w projekcie programu polityki zdrowotnej zmian zgodnych z tą opinią przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej. Program został przygotowany do wdrożenia uwzględniając uwagi wskazane w w/w opinii.