

**UCHWAŁA NR 593/XLVIII/2022
RADY GMINY LESZNOWOLA**

z dnia 24 marca 2022 r.

**w sprawie zmiany programu polityki zdrowotnej pod nazwą
„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola” na lata 2019-
2023 przyjętego uchwałą Rady Gminy Lesznowola Nr 107/X/2019 z dnia
6 czerwca 2019 r., zmienioną uchwałą Nr 532/XLV/2021 Rady Gminy
Lesznowola z dnia 21 grudnia 2021 r.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559 ze zm.) oraz art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.) Rada Gminy Lesznowola uchwala, co następuje:

§ 1. Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola” na lata 2019-2023 przyjęty uchwałą Nr 107/X/2019 Rady Gminy Lesznowola z dnia 6 czerwca 2019 r., zmienioną uchwałą Nr 532/XLV/2021 Rady Gminy Lesznowola z dnia 21 grudnia 2021 r., otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wymaga ogłoszenia poprzez zamieszczenie jej na tablicy ogłoszeń oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Lesznowola
Bożenna Maria Korlak

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr 593/XLVIII/2022
Rady Gminy Lesznówola
z dnia 24 marca 2022 r.

nazwa programu polityki zdrowotnej:

Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznówola



okres realizacji programu:

ROK 2019-2023

Spis treści

1. OPIS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	3
1.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
1.2 Dane epidemiologiczne	4
1.3 Opis obecnego postępowania.....	4
2. CELE PROGRAMU	5
2.1 Cel główny.....	5
2.2. Cele szczegółowe	5
2.3. Oczekiwane efekty.....	5
2.4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	5
3.CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	5
3.1. Populacja docelowa.....	5
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	6
3.2.1. Kryteria włączenia	6
3.2.2. Kryteria wyłączenia	6
3.3. Planowane interwencje	6
3.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	7
3.5. Dowody skuteczności planowanych interwencji	7
3.6. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	7
3.7. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	8
4. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	8
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	8
4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej - kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	8
5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	10
5.1. Monitorowanie	10
5.2. Ewaluacja	10
6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	10
6.1. Koszty jednostkowe	11
6.2. Koszty całkowite.....	11
6.3. Źródła finansowania	12
6.4. Okres realizacji Programu	12

1. OPIS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.1 Opis problemu zdrowotnego

Rehabilitacja medyczna to postępowanie medyczne skierowane do osób z ograniczeniami sprawności. Jako, że ograniczenia te stanowią także cechą dłuższego życia, potrzeba rehabilitacji medycznej dotyczy także podtrzymywania sprawności funkcjonalnej osób z problemami zdrowotnymi narządu ruchu jak również osób starszych. Postępowanie medyczne ma w takich przypadkach bardziej charakter profilaktyczny niż leczniczy. Obecnie, gdy mamy do czynienia ze wzrostem dynamiki starzenia się populacji, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej istotnie wzrasta.

Według definicji WHO rehabilitacja jest kompleksowym, zespołowym postępowaniem w stosunku do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do czynnego życia społecznego.

Pełna skuteczność rehabilitacji medycznej jest ściśle związana z towarzyszącymi rehabilitacyjnym usługom zdrowotnym działaniami w zakresie rehabilitacji społecznej oraz zawodowej. Działania rehabilitacyjne z zastosowaniem zróżnicowanych i dostosowanych do specyfiki wieku metod dają możliwość przynajmniej częściowej redukcji deficytów, zwalczania izolacji i bierności, a w konsekwencji utrzymywania poczucia samodzielności i przydatności społecznej.

Polska koncepcja rehabilitacji, której inicjatorami byli prof. Wiktor Dega oraz prof. Marian Weiss, zakłada następujące cele i cechy:

- wczesność zapoczątkowania – rehabilitacja rozpoczyna się możliwie już w okresie leczenia, od czasu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium,
- powszechność – rehabilitacja jest dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują, i obejmuje wszystkie specjalności w leczeniu szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym,
- ciągłość – z chwilą zapoczątkowania rehabilitacja jest prowadzona w sposób konsekwentny, systematyczny, aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nierokujących pełnego powrotu do zdrowia do czasu uzyskania optymalnych mechanizmów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji,
- kompleksowość – maksymalne wykorzystanie wszystkich dostępnych działów rehabilitacji.

Dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji jest bardzo zróżnicowany. Rozwiązania instytucjonalne są również bardzo rozmaite i brakuje standardów w tej dziedzinie. Świadczenia z zakresu medycyny rehabilitacyjnej i terapii mogą być udzielane na specjalnych oddziałach szpitalnych lub w szpitalach specjalistycznych czy klinikach, w odrębnych centrach rehabilitacyjnych, w ramach prywatnych lub grupowych praktyk. Dane dotyczące dostępności usług są często niekompletne, a dla krajów, dla których informacje te są pełne, porównanie danych jest utrudnione m.in. z powodu różnic w definiowaniu i klasyfikacji instytucji oraz personelu, a także rozbieżności w sposobie zbierania danych oraz źródeł informacji.

Kolejna kwestia to finansowanie świadczeń rehabilitacyjnych. Koszt rehabilitacji może być barierą dla wielu osób, zarówno w krajach o niskim dochodzie, jak również w krajach o wysokim dochodzie. Nawet, jeśli część kosztów rehabilitacji ponosi budżet państwa lub ubezpieczyciel, mogą one nie być pokrywane na takim poziomie, by była ona dostępna.

Rehabilitacja jest trudną do zastąpienia i najtańszą formę leczenia. Połączenie kinezyterapii i fizykoterapii prowadzi do właściwego, szybkiego i nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki

temu możliwe jest skrócenie czasu trwania niepełnosprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii, która w tym okresie życia rodzi coraz więcej trudności.

Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz na kompleksową terapię i rehabilitację osób zagrożonych niepełnosprawnością, jak też na aktywizację i integrację społeczną niepełnosprawnych, wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2010 nr 214 poz. 1407 z późn. zm.), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn.zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych. Prowadzenie przez samorzady programów zdrowotnych obejmujących kompleksową terapię i rehabilitację mieszkańców jest również uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

1.2 Dane epidemiologiczne

Na świecie żyje ponad miliard osób niepełnosprawnych, co stanowi 15% całej populacji. Około 110-190 milionów dorosłych osób ma poważne problemy w funkcjonowaniu. Według szacunków United Nations General Assembly w 2013 r. aż 80% osób niepełnosprawnych żyje w krajach rozwijających się.

Według metodologii Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. żyło blisko 7,7 mln osób niepełnosprawnych, czyli osób, które twierdziły, iż z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują (uwzględniono zarówno poważne, jak i mniej poważne ograniczenia).

Zgodnie z wynikami badania Diagnoza Społeczna 2015 odsetek osób niepełnosprawnych w województwie mazowieckim w 2015 r. wynosi 7,1%. Biorąc pod uwagę liczebność mieszkańców w gminie Lesznowola, szacunkowa liczba osób z niepełnosprawnością może wynosić ponad 1.800 mieszkańców.

Dostępność do świadczeń fizjoterapii dla mieszkańców Gminy Lesznowola w ramach NFZ jest bardzo ograniczona ze względu na limity i niskie kontrakty, skutkuje to coraz mniejszymi możliwościami usprawniania pacjentów i wydłużającą się kolejką oczekujących (6 miesięcy). Stąd też wobec potrzeby zapewnienia świadczeń dla pacjentów wymagających pomocy fizjoterapeutycznej w trybie przyspieszonym, przy stale rosnących problemach ze strony narządu ruchu, mają znacznie ograniczone możliwości korzystania z fachowej pomocy medycznej. Niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość.

1.3 Opis obecnego postępowania

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych dla ogółu populacji w ilości niewystarczającej dla potrzeb społeczeństwa. Program ma na celu uzupełnienie świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

Finansowanie rehabilitacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia tylko w części pokrywa zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne. Ze względu na starzenie się społeczeństwa populacja osób wymagających rehabilitacji będzie systematycznie rosła liczebnie, co przełoży się na zwiększone zapotrzebowanie na te usługi.

Gmina Lesznowola dotychczas nie finansowała ze środków własnych projektu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców.

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Celem głównym programu jest przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej co najmniej 500 mieszkańcom Gminy Lesznowola rocznie, dotkniętym problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2019-2023.

2.2. Cele szczegółowe

1. Wzrost o 500 osób rocznie, liczby mieszkańców Gminy Lesznowola, z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w programie w latach 2019-2023.
2. Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej u co najmniej 70% uczestników programu.
3. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 60% osób z populacji docelowej w latach 2019-2023.

2.3. Oczekiwane efekty

Oczekuje się, że dzięki realizacji programu zwiększy się dostępność do zabiegów rehabilitacyjnych, nastąpi wzrost komfortu życia uczestników tego programu, a zastosowana terapia wpłynie pozytywnie na poprawę ich sprawności i zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych, jak również na zmniejszenie ilości stosowanych leków przeciwbólowych oraz redukcję stresu. Planuje się, że edukacja osób biorących udział w programie przyczyni się do wzrostu ich aktywności fizycznej, co jest jednym z kluczowych czynników budowania zdrowego społeczeństwa.

2.4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób objętych działaniami w ramach programu (różnica pomiędzy liczbą osób, określoną w celu szczegółowym a liczbą osób, które zrealizowały ścieżkę programu, obliczona w oparciu o listy obecności i rejestry).
2. Odsetek osób, deklarujących poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie, obliczona w oparciu o wyniki ankiet przeprowadzonych przed rozpoczęciem i po zakończeniu udziału w programie; wartość docelowa - co najmniej 70%).
3. Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi, obliczona w oparciu o wyniki ankiet przeprowadzonych przed rozpoczęciem i po zakończeniu udziału w programie; wartość docelowa - wzrost o 60%).

3. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

3.1. Populacja docelowa

Na terenie Gminy Lesznowola mieszka 24.390 osób, z czego w 2018 r. 55 osób posiada orzeczenie o niepełnosprawności, co stanowi ok. 0,23% wszystkich mieszkańców. Prawnie osobami niepełnosprawnymi są osoby, które posiadają stopień niepełnosprawności orzeczoney przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, Komisję Lekarską przy ZUS, KRUS.

Program skierowany jest do osób w wieku 18 lat i więcej, posiadających skierowanie na rehabilitację od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

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

Za kwalifikację do programu będzie odpowiadał realizator programu.

3.2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Lesznowola (oświadczenie uczestnika),
- wiek ukończone 18 lat i więcej,
- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zawierające rozpoznanie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10):
 - choroby układu mięśniowo-szkieletowego zawarte w rozdziale XIII(M00-M99),
 - choroby układu nerwowego zawarte w rozdziale VI (G00-G99) a także wrodzone wady rozwojowe i zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego (Q65–Q79),
 - urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00–T98).

3.2.2. Kryteria wyłączenia:

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

W przypadku zgłoszenia się większej liczby chętnych o udziale w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń. Dana osoba może wziąć udział w programie nie więcej niż dwa razy w roku.

3.3 Planowane interwencje

1. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów w ramach udziału w programie:

- 1) w zależności od problemu zdrowotnego zostanie objęty 10-dniowym cyklem zabiegów składających się z do trzech zabiegów fizjoterapii (dwa fizykoterapii i jeden kinezyterapeutyczny - chyba, że wskazania medyczne będą sugerować inaczej); wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych będzie się odbywało według zaleceń i wskazań lekarskich i będzie dostosowane do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji,
- 2) będzie objęty edukacją zdrowotną:
 - a) indywidualną lub prowadzoną w grupach,
 - b) o tematyce na przykład: wpływ diety, suplementacji oraz aktywności fizycznej i ergonomii pracy w profilaktyce urazów i chorób układu ruchu;
 - c) prowadzoną przez realizatora, uwzględniającą badanie poziomu wiedzy uczestnika przed i po edukacji z zastosowaniem przygotowanego przez realizatora testu (co najmniej 10 pytań zamkniętych).

2. Rodzaje zabiegów proponowanych w programie zdrowotnym:

- 1) Kinezyterapia:
 - a) indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. – 34 pkt,
 - b) ćwiczenia wspomagane- czas trwania 15 min. – 10 pkt,
 - c) ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem- czas trwania 15 min – 8 pkt,
 - d) ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem- czas trwania 15 min – 8 pkt,
 - e) ćwiczenia izometryczne- czas trwania 15 min – 8 pkt,
 - f) nauka czynności lokomocji- czas trwania 15 min – 10 pkt,
 - g) wyciągi – 9 pkt;

2) Fizykoterapia:

- a) elektrostymulacja – 4 pkt,
- b) prądy diadynamiczne – 2 pkt,
- c) jonoforeza – 3 pkt,
- d) prądy TENS – 2 pkt,
- e) prądy interferencyjne – 2 pkt,
- f) prądy TRAEBERTA – 2 pkt,
- g) ultrafonoforeza – 4 pkt,
- h) ultradźwięki miejscowe czas 2-8 min – 4 pkt,
- i) naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym - miejscowe – 2 pkt,
- j) laseroterapia punktowa 3 pkt,
- k) laseroterapia - skaner – 2 pkt,
- l) impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – 2 pkt,
- m) Impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości – 3 pkt,
- n) krioterapia miejscowa (pary azotu) – 4 pkt
- o) prądy KOTZA – 3 pkt,
- p) diatermia krótkofalowa, mikrofalowa – 3 pkt;

3) Hydroterapia:

- a) kąpiel wirowa kończyn górnych – 4 pkt,
- b) kąpiel wirowa kończyn dolnych 4 pkt.

3.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 265). Świadczenia gwarantowane udzielane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Realizator programu powinien dysponować odpowiednim sprzętem i wyposażeniem rehabilitacyjnym, który posiada aktualne przeglądy (paszport techniczny).

3.5. Dowody skuteczności planowanych działań

Ze względu na ścisłe powiązanie treści programu ze świadczeniami standardowymi, gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 265) bezsprzecznie można stwierdzić, że świadczenia ujęte w Programie są skuteczne i efektywne w przywracaniu zdrowia osobom wymagającym rehabilitacji.

3.6. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w podmiocie, który zostanie wybrany na drodze konkursu. Uczestnictwo w programie i otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta na udział w programie. Terminy świadczenia usług w ramach programu zostaną przekazane uczestnikom w ramach akcji informacyjnej. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie 4.2. *Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.* Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie przez realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Formularz karty oceny skuteczności programu określono w załączniku nr 1.
2. Uczestnicy programu będą mogli korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych w godzinach co najmniej 8⁰⁰ - 18⁰⁰, według rozkładu zaplanowanego przez realizatora programu.

3.7. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

1. Jeżeli zostanie zakończony pełen cykl rehabilitacyjny w ramach programu, wówczas pacjent:
 - 1) otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
 - 2) zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik Nr 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
 - 3) kończy udział w programie.
2. Jeżeli nie został ukończony pełen cykl rehabilitacyjny w ramach programu, wówczas pacjent:
 - 1) zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
 - 2) zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.
3. Dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie projektu programu (I kwartał 2018).
2. Uzyskanie opinii programu od Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (IV kwartał 2018).
3. Wdrożenie programu poprzez podjęcie uchwały przez Radę Gminy Lesznowola (I kwartał 2019 r.)
4. Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III kwartał 2019; I kwartał 2020/2021/2022/2023).
5. Podpisanie umowy na realizację programu (III kwartał 2019; I kwartał 2020/2021/2022/2023).
6. Realizacja programu oraz prowadzenie bieżącego monitoringu (III kwartał 2019; I-IV kwartał 2020/2021/2022/2023)
 - 1) kampania informacyjna;
 - a) w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie pacjentów przez personel medyczny; zamieszczanie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz komunikatów na stronie internetowej),
 - b) w podmiocie realizującym program (informowanie pacjentów przez personel medyczny; umieszczanie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz komunikatów na stronie internetowej),
 - c) informacja w Urzędzie Gminy Lesznowola (plakaty na tablicy ogłoszeń, komunikaty na stronie internetowej oraz na portalach społecznościowych);
 - 2) indywidualne plany rehabilitacji;
 - 3) analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora.
7. Ewaluacja (I kwartał 2024):
 - 1) analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - 2) analiza jakości udzielanych świadczeń w oparciu o wyniki ankiet satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - 3) ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.
8. Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2024).

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej - kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

1. Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Lesznowola. Realizator programu zostanie wyłoniony na drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, który spełni następujące wymagania formalne:
 - 1) jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2018 poz. 160 z późn. zm.];

- 2) spełnia wymogi sprzętowe i kadrowe, dotyczące świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 265);
 - 3) zapewnieni udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów i pielęgniarki;
 - 4) posiada sprzęt komputerowy i oprogramowanie, które umożliwi gromadzenie i przetwarzanie danych, które zostaną uzyskane podczas realizacji programu.
2. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej i elektronicznej, a także do egzekwowania wśród uczestników programu wypełnienia ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Realizator jest ma obowiązek prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1318 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 1845 ze zm.), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).
3. Warunki lokalowe wymagane od realizatora:
- 1) wejście do obiektu dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo;
 - 2) poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych;
 - 3) w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych;
 - 4) pomieszczenia światłolecznictwa i elektrolecznictwa, powinny być oddzielone ściankami do wysokości co najmniej 2 m, umożliwiającymi stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej w pomieszczeniu;
 - 5) pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji powinny być zlokalizowane w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich,
4. Wymagania dotyczące personelu - magister fizjoterapii lub w trakcie studiów magisterskich.
5. Wymagania w zakresie wyposażenia:

Kinezyterapia

Rodzaj sprzętu wykorzystywany do wykonywania zabiegów w programie zdrowotnym w zakresie kinezyterapii:

- a) urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu,
- b) wyposażenie sali kinezyterapii (stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii materace),
- c) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,
- d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki,
- e) cykloergometr.

Fizykoterapia

Rodzaj sprzętu wykorzystywany do wykonywania zabiegów w programie zdrowotnym w zakresie fizykoterapii:

- a) zestaw do biostymulacji laserowej,
- b) skan – laser,
- c) zestaw do magnetoterapii,
- d) zestaw do elektroterapii z osprzętem,
- e) ultradźwięki,
- f) diatermia krótkofalowa,
- g) zestaw do kriostymulacji parami azotu.

Hydroterapia

Rodzaj sprzętu wykorzystywany do wykonywania zabiegów w programie zdrowotnym w zakresie hydroterapii: wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych.

5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

5.1. Monitorowanie

1. Ocena zgłaszalności do programu będzie dokonywana w oparciu o sprawozdania realizatora przekazywane koordynatorowi w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2), poprzez:
 - 1) analizę liczby osób zgłoszonych oraz zakwalifikowanych do udziału w programie;
 - 2) analizę liczby osób, które nie zostały objęte działaniami w programie z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów (ze wskazaniem tych powodów);
 - 3) analizę liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie;
 - 4) analizę liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej;
 - 5) analizę liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania oraz weryfikacja przyczyn tych rezygnacji.
2. Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:
 - 1) coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3);
 - 2) bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dotyczących realizacji programu.

5.2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu ,poprzez ustalenie czy program osiągnął zakładane cele, coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- liczbę mieszkańców Gminy Lesznówola, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych programie w latach 2019-2023,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

Ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wyżej zdefiniowanych mierników efektywności przed i po realizacji programu.

6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Na realizację programu przeznaczono środki w wysokości 201 100,00 złotych rocznie. Potencjalni realizatorzy zostaną zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej z uwzględnieniem punktów (jednostek rozliczeniowych) i oferowanej ceny jednostki. Maksymalną wartość punktu oszacowano w oparciu o taryfikację fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonych w załącznikach 1m i 1n do Zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (tabela I, s. 16 - 17). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń w programie wyceniono na 1,47 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie ostrowskim w województwie mazowieckim tj. 1,10zł (dwa podmioty lecznicze)¹. Uwzględniono

¹ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 04.04.2019r.]; Zintegrowany zip.nfz.gov.pl/

również wzrost minimalnego wynagrodzenia za pracę w latach 2014-2019, który wyniósł 34%².

6.1. Koszty jednostkowe

1. Szacunkowy koszt uczestnictwa w programie wraz z kosztem kwalifikacji pacjenta do zabiegów i indywidualnym planem rehabilitacyjnym wynosi ok. 400,00 zł na jednego uczestnika, w tym koszt kampanii edukacyjnych wyniesie 20,00 zł na jednego uczestnika programu.
2. Koszty kampanii informacyjnej, w tym projekt i druk ulotek i plakatów, wyniesie 600,00 zł.
3. Szacowany koszt monitoringu i ewaluacji to 500,00 zł.

6.2. Koszty całkowite

1. Koszty programu w podziale na etapy i interwencje realizowane w każdym roku realizacji:

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena [zł]	Wartość [zł]
Kampania informacyjna	-	600,00	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	500	400,00	200 000,00
Monitoring i ewaluacja	-	500,00	500,00
Coroczne koszty programu			201 100,00

2. Koszty programu z podziałem na poszczególne lata realizacji:

Rodzaj kosztu	Wartość [zł]
2019 r.	201 100,00
Kampania informacyjna	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	200 000,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
2020 r.	201 100,00
Kampania informacyjna	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	200 000,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
2021 r.	201 100,00
Kampania informacyjna	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	200 000,00

² Dane GUS [stat.gov.pl; dostęp: 04.04.2019r.].

Monitoring i ewaluacja	500,00
2022 r.	201 100,00
Kampania informacyjna	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	200 000,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
2023 r.	201 100,00
Kampania informacyjna	600,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	200 000,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Koszty realizacji programu we wszystkich latach łącznie	1 005 500,00

W powyższych kosztach uwzględniono:

- sprzęt (konserwacja i naprawa),
- medyczne środki czystości,
- wynagrodzenia pracowników,
- koszty eksploatacyjne (czynsz, media).

6.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany z budżetu Gminy Lesznówola. Gmina będzie podejmować kroki w celu pozyskania dofinansowania ze źródeł dostępnych w kolejnych latach trwania programu.

6.4. Okres realizacji Programu

Realizację programu przewiduje się na lata 2019-2023.

**Formularz oceny skuteczności Programu
„Rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lesznowola” na lata 2019-2023**

Część A.

Lp.	Dane uczestnika	
1.	Nazwisko	
2.	Imię	
3.	PESEL	
4.	Data urodzenia [dd.mm.rrr]	
5.	Data rozpoczęcia udziału w programie	
6.	Rozpoznanie wg. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)	
7.	Data ukończenia programu	
8.	Czy uczestnik ukończył pełen cykl rehabilitacji [TAK/NIE]	
9.	Jeśli w punkcie 8 wybrano NIE, należy wpisać przyczynę zakończenia udziału w programie	

Część B 1.

Lp.	Ocena skuteczności programu	
1.	Ocena dolegliwości bólowych w skali VAS*	
2.	Pierwszy dzień udziału w programie [dd.mm.rrr.]	
3.	Ostatni dzień udziału w programie [dd.mm.rrr.]	
4.	Zmiana pozytywna w skali VAS [TAK/NIE]	

*Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą **skali VAS (Visual Analog Scale)** umożliwiają **ocenę** skuteczności leczenia przeciwbólowego. **Skala** ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem lub suwakiem nasilenie bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobraźalny ból.

.....
(pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

strona 1.

Część B2.

Lp.	Ocena skuteczności programu	Przeprowadzona przed rozpoczęciem udziału w programie	Przeprowadzona w ostatnim dniu udziału w programie	Zmiana pozytywna [TAK/NIE]
1.	Ankieta edukacyjna Liczba prawidłowych odpowiedzi na poziomie 60%			

.....
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych interwencji w ramach Programu „Rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lesznowola” na lata 2019-2023

Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji, zgodnie z danymi zawartymi w formularzach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do, które należy przekazać do Urzędu Gminy w Lesznowoli w terminie 14 dni po upływie okresu sprawozdawczego.

Nazwa i adres realizatora	
Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego	
Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych [w skali VAS]	
Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w ankiecie przeprowadzonej przed rozpoczęciem udziału w programie w porównaniu do ankiety przeprowadzonej w ostatnim dniu udziału w programie	

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis przedstawiciela realizatora)

**Ankieta satysfakcji uczestnika Programu „Rehabilitacji lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”
na lata 2019-2023**

Szanowni Państwo,

poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola” na lata 2019-2023 (ankietę wypełniają uczestnicy programu, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X lub udzielając odpowiedź na pytanie).

Ankieta jest obowiązkowa i anonimowa.

1. Płeć uczestnika:

kobieta

mężczyzna

2. Skąd dowiedziała się Pani / dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?

od pracowników medycznych/ogłoszenie w przychodni

od rodziny/znajomych

z lokalnej prasy

strona internetowa Urzędu Gminy

media społecznościowe

ogłoszenie na tablicy sołectkiej

inne: (jakie?)

3. Jak ocenia Pani / Pan materiały edukacyjne pod kątem ich opracowania merytorycznego i graficznego?

DOBRCZE ŹLE TRUDNO POWIEDZIEĆ

4. Czy jest Pani zadowolona / Pan zadowolony z pogadanki / rozmowy edukacyjnej przeprowadzonej podczas trwania programu?

TAK NIE TRUDNO POWIEDZIEĆ

5. Czy skorzystałaby Pani / skorzystałby Pan ponownie z udziału w programie?

TAK NIE TRUDNO POWIEDZIEĆ

strona 1.

6. Czy jest Pani zadowolona / Pan zadowolony z udziału w programie?

TAK NIE TRUDNO POWIEDZIEĆ

7. Czy poleciłaby Pani / poleciłby Pani uczestnictwo w programie innym osobom?

TAK NIE TRUDNO POWIEDZIEĆ

8. Jak Pani / Pan ocenia poziom obsługi personelu medycznego w trakcie wizyty w przychodni (Zaangażowanie, życzliwość, kompetencja)?

DOBRZE ŹLE TRUDNO POWIEDZIEĆ

9. Jak Pani / Pan ocenia zapewnianie intymności uczestników podczas badań?

DOBRZE ŹLE TRUDNO POWIEDZIEĆ

10. Jak Pani / Pan ocenia warunki w lokalu, w którym uczestniczył Pan/ Pani w rehabilitacji?

DOBRZE ŹLE TRUDNO POWIEDZIEĆ

11. Jak Pani / Pan ocenia możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią?

DOBRZE ŹLE TRUDNO POWIEDZIEĆ

12. Uwagi, sugestie dotyczące programu:

Dziękujemy za udział w ankiecie

strona 2.

UZASADNIENIE

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

W celu realizacji potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia Gmina Lesznowola opracowała program polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”, który został pozytywnie warunkowo zaopiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz przyjęty uchwałą Rady Gminy Nr 107/X/2019 z dnia 6 czerwca 2019 r., a następnie zmieniony uchwałą Nr 532/XLV/2021 Rady Gminy Lesznowola z dnia 21 grudnia 2021 r.

Obecna zmiana związana jest z potrzebą dokonania modyfikacji w treści Załącznika Nr 1 do Uchwały Nr 532/XLV/2021 z dnia 21.12.2021 r., polegających na:

- przededagowaniu zapisu poprzez m. in. usunięcie w *3.3 Planowane interwencje*, sformułowania „masażu leczniczego”, który nie był uwzględniony w programie, który uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Nr 214/2018 z dnia 21 listopada 2018 r.; wprowadzanie nowych interwencji wymagałoby ponownego przedłożenia programu do zaopiniowania do AOTMiT,
- uaktualnieniu w *3.3 Planowane interwencje* brzmienia ustępu 2 w związku z rozpoczęciem obowiązywania, od dnia 1 lutego 2022 r. *zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką*, określonych w załączniku 1m i 1 n nowych wag punktowych produktu rozliczeniowego,
- przeformułowaniu zapisów w *6.3 Źródła finansowania* celem uwzględnienia informacji, że Gmina będzie podejmować kroki w celu pozyskania dofinansowania ze źródeł zewnętrznych dostępnych w kolejnych latach trwania programu. Zgodnie z art. 48 d *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r., poz. 1285 ze zm.)* Narodowy Fundusz Zdrowia może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych, w kwocie nieprzekraczającej 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu, którego liczba mieszkańców przekracza 5 tys. W dniu 27 stycznia 2022 r. Gmina Lesznowola złożyła wniosek, w którym aplikowała o dofinansowanie w wysokości 76 000,00 zł.

Wyszczególnienie	Wartość	
------------------	---------	--

Całkowity koszt przeznaczony na realizację programu w 2022 r.	201 100,00 zł	-
Koszt świadczeń gwarantowanych	190 000,00 zł	100%
Wnioskowane dofinansowanie z NFZ	76 000,00 zł	40%
Środki własne	125 100,00 zł	-
Środki uzyskane od innych podmiotów	nie dotyczy	-

Mając powyższe na uwadze podjęcie niniejszej uchwały uważa się za uzasadnione.