UCHWAŁA NR 474/XXXVI/2026
RADY GMINY LESZNOWOLA

z dnia 30 lipca 2026 r.

w sprawie zmiany programu polityki zdrowotnej pod nazwą "Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola" przyjętego uchwałą Nr 426/XXXIV/2026 z dnia 28 maja 2026 r. Rady Gminy Lesznowola

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 662) oraz art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i art. 48 a ust.5 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) Rada Gminy Lesznowola uchwala, co następuje:

§ 1. Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola”, przyjęty uchwałą Nr 426/XXXIV/2026 z dnia 28 maja 2026 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 Lesznowola.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Gminy Lesznowola

Łukasz Grochala

Załącznik
do Uchwały Nr 474/XXXVI/2026
Rady Gminy Lesznowola
z dnia 30 lipca 2026 r.

nazwa programu polityki zdrowotnej:

Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola

okres realizacji programu:

ROK 2026

Program jest kontynuacją programu polityki zdrowotnej Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola na lata 2019-2023.

Spis treści

1. OPIS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.....1

1.1 Opis problemu zdrowotnego.....1
1.2 Dane epidemiologiczne 2

1.3 Opis obecnego postępowania.....2

2. CELE PROGRAMU 2

2.1 Cel główny..... 2
2.2. Cele szczegółowe 2
2.3. Oczekiwane efekty..... 3
2.4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....3

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

3.1. Populacja docelowa.....3

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 3
3.2.1. Kryteria włączenia 3
3.2.2. Kryteria wyłączenia 3
3.3. Planowane interwencje 4
3.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji 5
3.5. Dowody skuteczności planowanych interwencji 5
3.6. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej 5
3.7. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 5

4. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ..... 5

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów..... 5
4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej - kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 6

5. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ..... 7

5.1. Monitorowanie 7
5.2. Ewaluacja 7

6. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ 8
6.1. Koszty jednostkowe 8
6.2. Koszty całkowite.....8

6.3. Źródła finansowania 9

6.4. Okres realizacji Programu 9

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 cechę 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 lecznictwie 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 formą 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 z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2025 poz. 913 z późn. zm.), w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917), ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych. Prowadzenie przez samorządy 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

W roku 2015 liczba osób cierpiących z powodu dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego na świecie przekroczyła 1,2 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie stanowiły konsekwencję zaburzeń kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego i zwyrodnień stawów. Według szacunków WHO urazy zewnętrzne są jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 9% przypadków śmierci każdego roku. Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 województwo mazowieckie zajmuje trzecie miejsce pod względem najwyższej wartości wskaźnika liczby wizyt fizjoterapeutycznych w rehabilitacji domowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta oraz na trzecim miejscu pod względem najwyższej wartości wskaźnika obrazującego rozkład czasu i liczby świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej.

1.3 Opis obecnego postępowania

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych 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. Niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. Dostępność do świadczeń fizjoterapii w ramach NFZ jest bardzo ograniczona. Czas oczekiwania na rehabilitację w ramach NFZ w Gminie Lesznowola wynosi aktualnie 13 miesięcy.

Gmina Lesznowola w latach 2023-2024 finansowała ze środków własnych program 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 150 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 roku 2026.

2.2. Cele szczegółowe

1. Wzrost o 150 osób, liczby mieszkańców Gminy Lesznowola, z rozpoznaniem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w programie w roku 2026.

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 roku 2026.

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 liczba 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

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Lesznowola w wieku 18 lat i więcej, posiadających skierowanie na rehabilitację od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Na terenie Gminy Lesznowola w roku 2024 mieszkało 39 404 osoby, z czego osoby w wieku powyżej lat 18 stanowią około 28,7 tys. Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz możliwości finansowe Gminy Lesznowola, zdecydowano o objęciu programem 150 mieszkańców.

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 lub okazanie Lesznowolskiej Karty Mieszkańca),
- 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. – 36,49 pkt,
      b) ćwiczenia wspomagane- czas trwania 15 min. – 8,55 pkt,
      c) ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem- czas trwania 15 min – 8,55 pkt,
      d) ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem- czas trwania 15 min – 8,55 pkt,
      e) ćwiczenia izometryczne- czas trwania 15 min – 8,55 pkt,
      f) nauka czynności lokomocji- czas trwania 15 min – 8,55 pkt,
      g) wyciągi – 8,55 pkt;
   2) Fizykoterapia:
      a) elektrostymulacja – 5,27 pkt,
      b) prądy diadynamiczne – 5,27 pkt,
      c) jonoforeza – 5,27 pkt,
      d) prądy TENS – 5,27 pkt,
      e) prądy interferencyjne – 5,27 pkt,
      f) prądy TRAEBERTA – 5,27 pkt,
      g) ultrafonoforeza – 5,27 pkt,
      h) ultradźwięki miejscowe czas 2-8 min – 5,27 pkt,
      i) naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym - miejscowe – 5,27 pkt,
      j) laseroterapia punktowa 5,27 pkt,
      k) laseroterapia - skaner – 5,27 pkt,
      l) impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości – 5,27 pkt,
      m) Impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości – 5,27 pkt,
      n) krioterapia miejscowa (pary azotu) – 5,27 pkt
      o) prądy KOTZA – 5,27 pkt,

p) diatermia krótkofalowa, mikrofalowa – 5,27 pkt;

3) Hydroterapia**:**
   a) kąpiel wirowa kończyn górnych – 5,27 pkt,
   b) kąpiel wirowa kończyn dolnych 5,27 pkt.

3.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rozporządzenia Ministra 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 (NFZ z 2020 r. poz. 195 z późn. zm.). 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 2023 poz. 916 z późn. zm.) 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 $8^{\underline{00}}$ - $18^{\underline{00}}$, 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. Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2026).
2. Podpisanie umowy na realizację programu (II kwartał 2026).
3. Realizacja programu oraz prowadzenie bieżącego monitoringu (III-IV kwartał 2026):
   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.
4. Ewaluacja (I kwartał 2027):
   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.
5. Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2027).

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. 2026 poz. 156);
   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 2023 poz. 916 z późn. zm.);
   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. 2024 poz. 581), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz.U. 2026 r. poz. 208 z późn. zm.), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781).
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 okresach sprawozdawczych (1 lipca – 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) roczna 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, końcowa prowadzona poprzez analizę:

- liczbę mieszkańców Gminy Lesznowola, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych programie w 2026,
- 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 398 100,00 złotych. Potencjalni realizatorzy zostaną zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej z uwzględnieniem punktów (jednostek rozliczeniowych) i oferowanej ceny jednostkowej. Maksymalną wartość punktu oszacowano w oparciu o taryfikację fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonych w załącznikach 1m i 1n do 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. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń w programie wyceniono na 2,00 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie piaseczyńskim w województwie mazowieckim tj. 1,75 zł (siedem podmiotów leczniczych)[1]. Uwzględniono również podwyżkę płacy minimalnej w ochronie zdrowia o 8,82% od 1 lipca br., która wyniesie 5 229 brutto[2] co oznacza wzrost o 423 zł.

6.1. Koszty jednostkowe

1. Szacunkowy koszt uczestnictwa w programie wraz z kosztem kwalifikacji pacjenta do zabiegów i indywidualnym planem rehabilitacyjnym wynosi ok. 1 092,40 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 1 000,00 zł.
3. Szacowany koszt monitoringu i ewaluacji to 1 000,00 zł.

6.2. Koszty całkowite

Koszty programu w podziale na etapy i interwencje realizowane w 2026 roku:

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena [zł]	Wartość [zł]
Kampania informacyjna	-	1 000,00	1 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny wraz z edukacją	150	1 092,40	163 860, 00
Monitoring i ewaluacja	-	1 000,00	1 000,00
Roczne koszty programu			165 860,00

W powyższych kosztach uwzględniono:

- sprzęt (konserwacja i naprawa),
- medyczne środki czystości,
- wynagrodzenia pracowników,

[1] Informator o umowach NFZ [https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Provider/Search; dostęp: 25.04.2026r.];

[2] https://businessinsider.com.pl/praca/placa-minimalna-2026-kto-moze-zarabiac-76-tys-zl/49w013f

- koszty eksploatacyjne (czynsz, media).

6.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany z budżetu Gminy Lesznowola.

6.4. Okres realizacji Programu

Realizację programu przewiduje się na rok 2026.

Załącznik Nr 1

Formularz oceny skuteczności Programu
„Rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lesznowola" na rok 2026

Część A. Dane dotyczące uczestnika programu

Lp.	Dane uczestnika		
1.	Nazwisko		
2.	Imię		
3.	Data urodzenia [dd.mm.rrrr]		
4.	Rozpoznanie wg. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10)		
5.	Data wstępnej wizyty fizjoterapeutycznej [dd.mm.rrrr]		
6.	Data rozpoczęcia cyklu zabiegów w programie [dd.mm.rrrr]		
7.	Data ukończenia cyklu zabiegów w programie [dd.mm.rrrr]		
8.	Czy uczestnik ukończył pełen cykl rehabilitacji (Jeśli zaznaczono NIE, to w polu obok trzeba wpisać liczbę dni, w których pacjent uczestniczył w zabiegach)	[TAK/NIE]*	Liczba dni:
9.	Jeśli w punkcie 8 wybrano NIE, należy wpisać przyczynę zakończenia udziału w programie		

***** zakreślić właściwe

Część B 1. Ocena skuteczności programu – ocena dolegliwości bólowych

Lp.	Ocena dolegliwości w skali VAS**	
1.	w pierwszym dniu udziału w programie [dd.mm.rrrr.]	
2.	w ostatnim dniu udziału w programie [dd.mm.rrrr.]	
3.	Zmiana pozytywna w skali VAS [TAK/NIE]	TAK / NIE / NIE DOTYCZY***

******Pacjent ocenia poziom odczuwania bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobrażalny ból. Fizjoterapeuta za pomocą skali VAS (Visual Analog Scale) określa nasilenie bólu wpisując w tabeli np.: w pierwszym dniu udziału w programie 8/10, w ostatnim dniu udziału w programie 4/10, a wtedy w polu zmiana pozytywna w skali VAS - TAK.

*******NIE DOTYCZY należy zaznaczyć tylko wtedy, gdy uczestnik nie wypełnił ankiety edukacyjnej w ostatnim dniu udziału w programie.

.....
(pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

strona 1.

Część B2. Ocena skuteczności programu – ankieta edukacyjna

Ocena skuteczności programu	Liczba prawidłowych odpowiedzi przed rozpoczęciem udziału w programie	Liczba prawidłowych odpowiedzi w ostatnim dniu udziału w programie	Zmiana pozytywna [TAK/NIE]
Ankieta edukacyjna			

……
(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

strona 2.

Załącznik Nr 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych interwencji w ramach Programu „Rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lesznowola" na rok 2026

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)

Załącznik Nr 3

Ankieta satysfakcji uczestnika Programu „Rehabilitacji lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola" na rok 2026

Szanowni Państwo,

poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola" na rok 2026 (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 sołeckiej

☐ inne: (jakie?) …….

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

DOBRZE ☐ 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

Konieczność zmiany uchwały wynika z potrzeby uwzględnienia w Programie polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznowola” przyjętym uchwałą Rady Gminy Lesznowola Nr 426/XXXIV/2026 z dnia 28 maja 2026 r., uwagi wniesionej przez Mazowiecki Urząd Wojewódzki. Modyfikacja polega na usunięciu numeru PESEL uczestnika Programu z Formularza oceny skuteczności Programu „Rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Lesznowola” na rok 2026, stanowiącego Załącznik Nr 1 do tego Programu.

Zmiana nie ma wpływu na kwotę środków zabezpieczonych w budżecie Gminy Lesznowola na realizację Programu w roku bieżącym.

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