

UCHWAŁA NR 498/XXXVII/2026
RADY GMINY LESZNOWOLA

z dnia 24 września 2026 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji Programu polityki zdrowotnej
w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola na
lata 2027-2031**

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 z późn. zm.) 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 z późn. zm.) 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 Lesznówola uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się do realizacji "Program polityki zdrowotnej w zakresie Rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola na lata 2027-2031", który stanowi załącznik do uchwały.

2. Program stanowi częściowo kontynuację programów realizowanych w poprzednich latach.

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

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Lesznówola.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Gminy Lesznówola

Łukasz Grochala

Załącznik
do Uchwały Nr
498/XXXVII/2026
Rady Gminy Lesznówola
z dnia 24 września 2026 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Lesznówola na lata 2027-2031

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

Lesznówola, 2026

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031

Okres realizacji programu: 2027-2031

Autorzy programu: dr hab. n. med. i n. o zdr. Karolina Klimek
dr hab. n. med. i n. o zdr. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Klimek
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi częściowo kontynuację programów realizowanych w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Lesznowola

Gminna 60

05-506 Lesznowola

tel. (22) 708 91 11

gmina@lesznowola.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	12
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	15
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	18
1. Cel główny	18
2. Cel szczegółowy	18
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	18
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	19
1. Populacja docelowa	19
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.	19
3. Planowane interwencje	20
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	23
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania..	23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	24
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	26
1. Monitorowanie.....	26
2. Ewaluacja.....	27
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	28
1. Koszty jednostkowe	28
2. Koszty całkowite.....	28
3. Źródło finansowania	29
Bibliografia.....	30
Załączniki.....	33

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. Wśród problemów takich najpowszechniejsze są choroby przewlekłe i zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazy oraz choroby obwodowego układu nerwowego¹.

W grupie przewlekłych chorób układu ruchu, biorąc pod uwagę skalę rozpowszechnienia poszczególnych problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, schorzenia kręgosłupa (w tym przede wszystkim zmiany o charakterze zwyrodnieniowym), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najczęściej występujący problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznaje się chorobę zwyrodnieniową stawów, określaną również jako osteoartroza. Wyniki badań radiologicznych wskazują, że w populacji osób po 65. roku życia cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób, spośród których około połowa doświadcza dolegliwości bólowych, natomiast u około 10% obserwuje się ograniczenie ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa występująca w przebiegu osteoartrozy stanowi następstwo postępującej degradacji chrząstki stawowej oraz zwężenia szpary stawowej. Do objawów klinicznych tej choroby należą ból, osłabienie oraz ograniczenie ruchomości stawów, ich sztywność, a także nasilający się proces zapalny. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego^{2,3}.

Kolejną przewlekłą chorobą układu ruchu, prowadzącą do ograniczenia sprawności pacjentów, jest choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, która według

¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026 [dostęp: 19.04.2026 r.].

² Steinmetz J, Culbreth G, Haile L et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *The Lancet Rheumatology*, 5, e508-e522.

³ World Health Organization, Osteoarthritis, Geneva 14 July 2023, www.who.int.

szacunków dotyczy nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej. Do głównych czynników ryzyka rozwoju zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa zalicza się wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość, a także uwarunkowania genetyczne. Towarzyszące tej chorobie dolegliwości bólowe stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności osób nią dotkniętych, zarówno w zakresie funkcjonowania w życiu codziennym, jak i aktywności zawodowej. Istotne niekorzystne konsekwencje zdrowotne wiążą się również z dyskopatią, czyli chorobą krążka międzykręgowego, definiowaną jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego, którym towarzyszy uszkodzenie struktur łącznotkankowych. Dolegliwości bólowe w przebiegu tego schorzenia pojawiają się w następstwie ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy, spowodowanego przemieszczeniem się jądra miażdżystego poza obręb pierścienia włóknistego. Ryzyko wystąpienia dyskopatii wzrasta wraz z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób narażonych na nadmierne przeciążenia kręgosłupa i/lub urazy tej części układu ruchu, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w obrębie układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia wskazanych jednostek chorobowych, obok farmakoterapii, istotne miejsce zajmuje rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta^{4,5,6}.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego jest reumatoidalne zapalenie stawów, czyli choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności oraz inwalidztwa. Schorzenie to jest obecnie zaliczane do chorób autoimmunologicznych, jednak nadal brak dostatecznych dowodów naukowych pozwalających na jednoznaczne wyjaśnienie jego etiopatogenezy. Wśród najczęściej wskazywanych przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wymienia się zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Do licznych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tej choroby zalicza się również uwarunkowania genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁷. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannej sztywności stawów,

⁴ Samanta A, Lufkin T, Kraus P. Intervertebral disc degeneration-Current therapeutic options and challenges. *Front Public Health*. 2023 Jul 6;11:1156749.

⁵ Mohd Isa IL, Teoh SL, Mohd Nor NH, Mokhtar SA. Discogenic Low Back Pain: Anatomy, Pathophysiology and Treatments of Intervertebral Disc Degeneration. *Int J Mol Sci*. 2022 Dec 22;24(1):208.

⁶ World Health Organization, Low back pain, Geneva 19 June 2023, www.who.int.

⁷ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów^{8,9}. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, umożliwiającą podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. W postępowaniu rehabilitacyjnym stosuje się przede wszystkim kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, w celu kompensowania ograniczeń sprawności pojawiających się w przebiegu choroby, wykorzystuje się również zaopatrzenie ortopedyczne¹⁰. Do grupy zapalnych chorób układu ruchu, prowadzących do ograniczenia sprawności funkcjonalnej, zalicza się także zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów oraz zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit. Do omawianej grupy problemów zdrowotnych zalicza się ponadto uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem¹¹.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego zostało uzupełnione o urazy, przede wszystkim ze względu na ich istotne miejsce w etiopatogenezie przewlekłych chorób układu kostno-stawowego, a także z uwagi na ich znaczenie w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania wiąże się z oddziaływaniem siły mechanicznej, która, w zależności od swojej charakterystyki, może prowadzić do różnorodnych uszkodzeń. Do najczęściej występujących należą złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi najczęściej w wyniku działania na organizm człowieka znacznej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenoszona jest również na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenie. Stłuczenia stawu są następstwem urazów bezpośrednich, wywołujących ból oraz wylew krwi, przy czym zakres uszkodzeń w ich przebiegu jest bardziej ograniczony. Za urazy o ograniczonym zakresie uszkodzeń uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednak bez przerwania ich ciągłości¹². Przegląd

⁸ Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Epidemiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis Development. *Mediterr J Rheumatol*. 2023 Dec 30;34(4):404-413.

⁹ Gao Y, Zhang Y, Liu X. Rheumatoid arthritis: pathogenesis and therapeutic advances. *MedComm* (2020). 2024 Mar 10;5(3):e509.

¹⁰ Rheumatoid arthritis in adults: management, NICE guideline, Reference number: NG100, Published: 11 July 2018, Last updated: 12 October 2020.

¹¹ Overview: Shoulder pain, Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Last Update: April 22, 2024.

¹² Gaździk T., Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 2001, ISBN 978-83-200-3317-5.

dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego: upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń, przede wszystkim, w obrębie narządów ruchu. Powszechnie sądzi się, że wypadki stanowią największe zagrożenie dla zdrowia i życia osób młodych, jednak dane z badań populacyjnych i rejestrów medycznych pokazują, że wypadki występują równie często u młodych, jak i u osób powyżej 65. roku życia. Urazy odniesione w wypadkach wśród osób starszych cechują się jednak znacznie wyższą ciężkością i śmiertelnością niż wśród młodszych¹³.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, istotnie wpływających na ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie oraz polineuropatie. Neuropatia obwodowa stanowi zespół objawów wynikających z uszkodzenia nerwu obwodowego, powstałego na skutek działania czynników pośrednich lub bezpośrednich, w tym również czynnika zakaźnego, prowadzącego do zapalenia nerwu. Mononeuropatia oznacza uszkodzenie pojedynczego nerwu, natomiast polineuropatia jest symetrycznym uszkodzeniem wielu nerwów. Z kolei radikulopatia wiąże się z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych, będącym następstwem patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cytostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji^{14,15}.

¹³ Halik R, Stokwiszewski J., Skutki zdrowotne wypadków w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej [w:] Wojtyniak B, Smaga A. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa, 2025 s. 339-358.

¹⁴ Hammi C, Yeung B. Neuropathy. 2022 Oct 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. PMID: 31194377.

¹⁵ Mirian A, Aljohani Z, Grushka D, Florendo-Cumbermack A. Diagnosis and management of patients with polyneuropathy. CMAJ. 2023 Feb 13;195(6):E227-E233. doi: 10.1503/cmaj.220936. Erratum in: CMAJ. 2023 Mar 20;195(11):E415.

Opisane jednostki chorobowe, obejmujące przewlekłe schorzenia układu kostno-stawowego, mięśniowego, obwodowego układu nerwowego oraz następstwa urazów narządu ruchu, stanowią istotną przyczynę bólu, ograniczeń funkcjonalnych, obniżenia samodzielności oraz pogorszenia jakości życia, zarówno w przypadku osób w wieku produkcyjnym, jak i poprodukcyjnym. Schorzenia te prowadzą do postępującego ograniczenia sprawności ruchowej oraz trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego, a w przypadku osób starszych – dodatkowo do zmniejszenia aktywności społecznej oraz zwiększenia zależności od opiekunów i systemu ochrony zdrowia.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby układu ruchu stanowią istotny problem zdrowia publicznego ze względu na ich dużą częstość występowania, przewlekły charakter oraz znaczący wpływ na sprawność funkcjonalną populacji. Według Światowej Organizacji Zdrowia schorzenia mięśniowo-szkieletowe dotyczą globalnie około 1,7 mld osób i należą do głównych przyczyn lat przeżytych z niepełnosprawnością, a ich rozpowszechnienie wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem. Do najważniejszych problemów epidemiologicznych w tej grupie należą m.in. choroba zwyrodnieniowa stawów oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa. Osteoartroza jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób układu ruchu; WHO wskazuje, że najczęściej obejmuje kolana, biodra, kręgosłup i ręce, a jej występowaniu sprzyjają starszy wiek, nadwaga, przeciążenia oraz przebyte urazy stawów. Analizy Global Burden of Disease pokazują ponadto, że liczba osób żyjących z osteoartrozą systematycznie rośnie, co jest związane przede wszystkim ze starzeniem się populacji i narastaniem ekspozycji na czynniki ryzyka^{16,17}.

Z punktu widzenia potrzeb rehabilitacyjnych szczególne znaczenie mają również schorzenia przebiegające z bólem przewlekłym, ograniczeniem ruchomości oraz stopniową utratą samodzielności, w tym choroby kręgosłupa i zapalne choroby układu ruchu. WHO wskazuje, że ból dolnego odcinka kręgosłupa jest najczęstszą pojedynczą przyczyną niepełnosprawności na świecie, ogranicza mobilność, aktywność życia codziennego, funkcjonowanie społeczne oraz zdolność do pracy. Problem ten dotyczy już ponad 600 mln ludzi na świecie, a do roku 2050 może

¹⁶ Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva, 14 July 2022.

¹⁷ World Health Organization, Osteoarthritis... op. cit.

dotyczyć nawet ponad 840 mln¹⁸. Istotne miejsce w obrazie epidemiologicznym zajmuje także reumatoidalne zapalenie stawów - ryzyko jego wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem i jest większe u kobiet¹⁹. W konsekwencji choroby układu ruchu, zwłaszcza u osób starszych, generują stałe i rosnące zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne ukierunkowane na ograniczanie bólu, poprawę funkcji, utrzymanie samodzielności oraz zapobieganie niepełnosprawności.

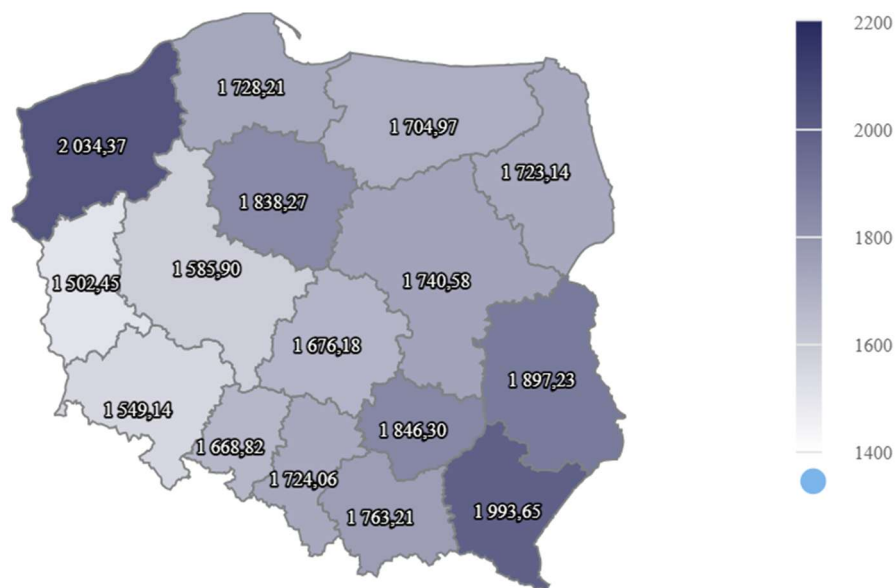
Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)²⁰.

Duże rozpowszechnienie problemów chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej odzwierciedlają dane dotyczące chorobowości szpitalnej, analizowane z uwzględnieniem miejsca zamieszkania pacjenta. W roku 2024 w Polsce wskaźnik ten wyniósł 1 740,2/100 tys. ludności, w województwie mazowieckim – 1 740,58 (rycina 1). W przypadku mieszkańców powiatu piaseczyńskiego, w analizowanym roku (2024), była to wartość na poziomie 1 833,86/100 tys. ludności, zatem powyżej średniej dla województwa i kraju (rycina 2).

¹⁸ World Health Organization, Low back pain... op. cit.

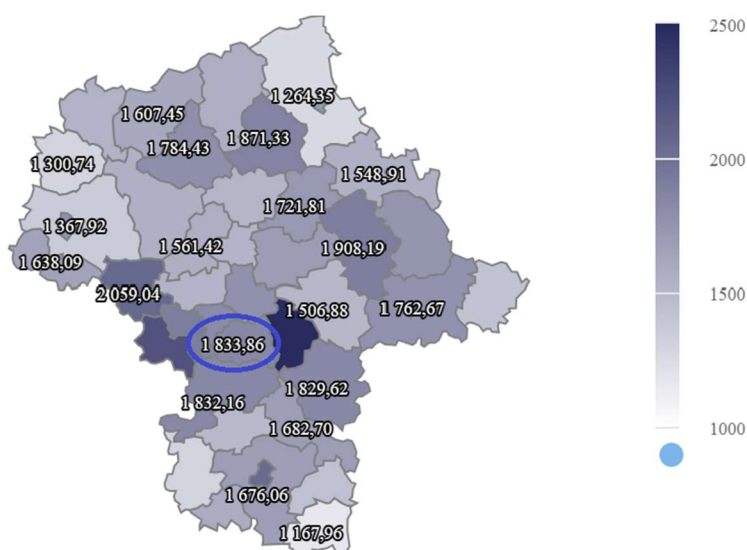
¹⁹ World Health Organization, Rheumatoid arthritis, World Health Organization, Geneva, 28 June 2023.

²⁰ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 19 June 2024.



Ryc. 1. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej na 100 tys. ludności w roku 2024 w Polsce w podziale na województwa.

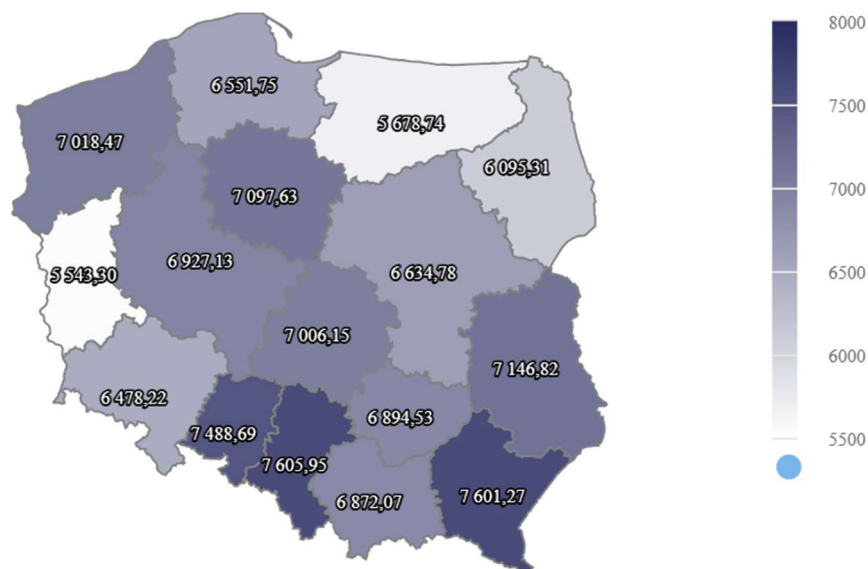
Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.



Ryc. 2. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej na 100 tys. ludności w roku 2024 w województwie mazowieckim w podziale na powiaty.

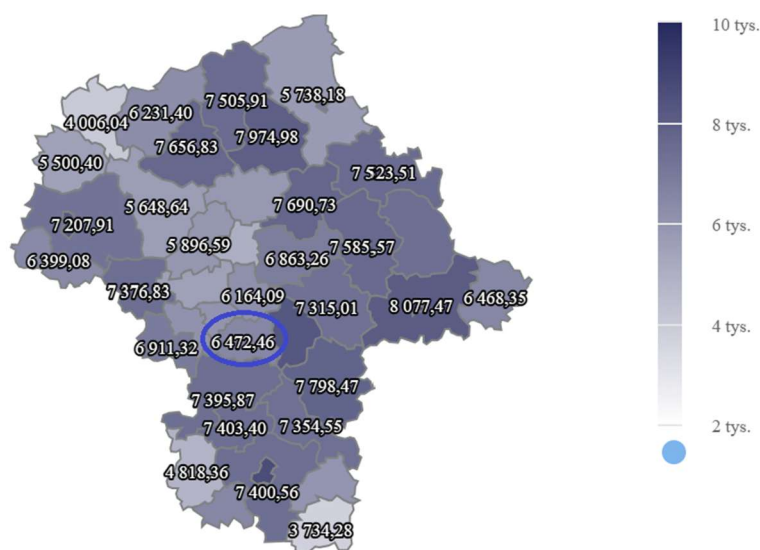
Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

Z kolei chorobowość szpitalna z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych wyniosła w roku 2024 w Polsce 6 870,2/100 tys. ludności, w województwie mazowieckim – 6 634,78 (rycina 3). W przypadku mieszkańców powiatu piaseczyńskiego, w analizowanym roku (2024), była to wartość na poziomie 6 472,46/100 tys. ludności, zatem poniżej średniej dla województwa i kraju (rycina 4).



Ryc. 3. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych na 100 tys. ludności w roku 2024 w Polsce w podziale na województwa.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.



Ryc. 4. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych na 100 tys. ludności w roku 2024 w województwie mazowieckim w podziale na powiaty.

Źródło: Mapa potrzeb na lata 2022-2026, Leczenie Szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2024²¹ ze świadczeń rehabilitacji skorzystało prawie 3,6 mln Polaków, w tym 72% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2024 w Polsce

²¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026... op. cit.

9 215/100 tys. mieszkańców. W województwie mazowieckim wskaźnik ten był o ok. 6% wyższy (9 765/100 tys.), natomiast na terenie powiatu piaseczyńskiego, gdzie leży Gmina Lesznówola, osiągnął wartość niższą od wojewódzkiej i ogólnokrajowej (9 726/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,66 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 419/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim było to ponad 346,2 tys. porad (6 286/100 tys.; 3 miejsce w kraju), a w powiecie piaseczyńskim – 13,4 tys. (6 179/100 tys.); jest to wartość znacznie wyższa od wartości dla Polski i zbliżona do wartości dla województwa). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,98 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców). W województwie mazowieckim było to ponad 886,7 tys. wizyt (16 097/100 tys.; 8 miejsce w kraju), a w powiecie piaseczyńskim – 20,1 tys. wizyt (9 222/100 tys.). W roku 2024 wykonano w Polsce ponad 279,8 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (746 368/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim ponad 40,2 mln (731 181/100 tys.; 9 miejsce w kraju), w powiecie piaseczyńskim – ponad 1,1 mln (539 918/100 tys. – jest to wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa mazowieckiego). Przedstawione powyżej dane mogą wyraźnie wskazywać na ograniczoną dostępność do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie powiatu piaseczyńskiego, w tym także Gminy Lesznówola.

3. Opis obecnego postępowania

Spośród stosowanych form leczenia w przypadku chorób układu kostno-stawowego zdecydowanie najczęściej stosuje się zabiegi rehabilitacyjne. Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia zagwarantowano możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej²². Świadczenia te są realizowane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, obejmujących lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna) oraz fizjoterapię ambulatoryjną (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),
- 2) domowych, obejmujących poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię domową (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 z późn. zm.].

- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, obejmujących m.in. rehabilitację ogólnoustrojową (w tym dla określonych grup pacjentów),
- 4) stacjonarnych, obejmujących m.in. rehabilitację ogólnoustrojową.

W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. 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. Również skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych może być wystawione przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenie to w odniesieniu do jednego pacjenta realizowane jest przez okres do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym i obejmuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ²³.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku lub oddziale dziennym może wystawić lekarz POZ w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych lub wybrani specjaliści wskazani w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Czas trwania ww. świadczenia wynosi dla jednego pacjenta od 15 do 30 dni zabiegowych, obejmujących średnio 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia²⁴.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych może wystawić lekarz specjalista wybranych oddziałów lub poradni wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja ta dla pojedynczego pacjenta trwa do 6 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ²⁵.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem

Wskazane wyżej świadczenia rozliczane są w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Finansowanie świadczeń w ramach JGP w tym przypadku odbywa się na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w oparciu o skale medyczne, wskazane w Zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącym zawierania oraz realizacji umów w ramach omawianego rodzaju świadczeń²⁶.

Wśród oferowanych dorosłym pacjentom z chorobami układu ruchu świadczeń gwarantowanych znajdują się także te z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące²⁷:

- 1) uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych (21 dni),
- 2) uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych (21 dni),
- 3) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym (28 dni),
- 4) uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym (28 dni),
- 5) uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych (6-18 dni).

Świadczenia uzdrowiskowego leczenia szpitalnego oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w szpitalu są całkowicie finansowane przez NFZ, a czas ich trwania na wniosek lekarza zakładu leczenia uzdrowiskowego może zostać jednokrotnie przedłużony, za zgodą oddziału wojewódzkiego NFZ kierującego na leczenie. Nie ma możliwości przedłużenia świadczeń uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium oraz uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego. Pacjenci ponoszą w tym przypadku częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie za każdy dzień pobytu. Poziom finansowania przez pacjenta zależny jest od warunków zakwaterowania oraz sezonu rozliczeniowego²⁸.

W ramach leczenia szpitalnego świadczenia gwarantowane obejmują szeroki zakres procedur, spośród których najliczniej wykonywane są zabiegi wszczepienia endoprotez stawów biodrowego i kolanowego²⁹.

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. O umieszczeniu

²⁶ Zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 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 (z późn. zm.).

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 r. poz. 529].

²⁸ Ibidem.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 870 z późn. zm.].

chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria: stan zdrowia, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objętą świadczeniem oraz zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności. Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej³⁰:

- 1) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na przebieg procesu chorobowego, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- 2) przypadek stabilny – w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Zgodnie z wnioskami płynącymi z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych obecny system ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowany do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Dostrzega się chociażby brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, a także istnieją istotne zastrzeżenia co do wykonywania zabiegów rehabilitacji, zwłaszcza ambulatoryjnej. W szczególności wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana. Efektem niewłaściwie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej są kolejki do podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych. Brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta i określeniu celu podjętej rehabilitacji sprawia, że popyt przewyższa podaż i przyczynia się do długiego oczekiwania na świadczenia, co ostatecznie sprawia, że rehabilitacja rozpoczyna się z opóźnieniem i w konsekwencji ma to negatywny wpływ na stan zdrowia pacjentów³¹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wszystkie wymienione w poprzednim punkcie problemy zdrowotne w sposób istotny wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Zarówno powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i postępujący proces starzenia się społeczeństwa sprawiają, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami przewlekłymi

³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.].

³¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

i zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami oraz chorobami obwodowego układu nerwowego jest duże, co z kolei zwiększa zapotrzebowanie na prewencję wtórną, w tym głównie w formie zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej celem zapobieżenia pogłębianiu się choroby i powikłaniom, w tym dalszemu pogarszaniu się jakości życia pacjentów.

Wprowadzenie programu uzasadniają także dane epidemiologiczne – w powiecie piaseczyńskim występuje wyższy, w porównaniu do kraju i województwa mazowieckiego, wskaźnik chorobowości szpitalnej z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, a także znacznie niższy wskaźnik liczby pacjentów korzystających z fizjoterapii ambulatoryjnej. W opisanych w programie uwarunkowaniach epidemiologicznych wdrożenie programu należy uznać za działanie celowe, pozwalające na ograniczenie skutków chorób przewlekłych oraz poprawę sprawności funkcjonalnej, a w przypadku osób starszych – dodatkowo wydłużenie okresu samodzielnego funkcjonowania oraz zmniejszenie obciążenia opiekunów i systemu ochrony zdrowia.

Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola zaplanowano także w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z danymi NFZ na rok 2026³², na terenie gminy podpisano tylko jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju (SALUS Centrum Rehabilitacji i Aktywności Fizycznej Pracownia Fizjoterapii w Mrokwie). Średni czas oczekiwania na usługi fizjoterapii ambulatoryjnej w powiecie piaseczyńskim wynosi ponad 10 miesięcy³³. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów³⁴.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁵: Obszar Pacjent Cel

³² Informator NFZ – Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl/GSL [dostęp: 14.05.2026 r.].

³³ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 14.05.2026 r, terminyleczenia.nfz.gov.pl.

³⁴ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019, www.pfron.org.pl.

³⁵ Ibidem.

- 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026³⁶: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³⁷: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego: Obszar rehabilitacja medyczna: Rekomendacja 8.1. Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa mazowieckiego³⁸: Obszar działania 3.6. Rehabilitacja medyczna.

³⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia... op. cit.

³⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

³⁸ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 30%* uczestników programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie Gminy Lesznowola w latach 2027-2031.

2. Cel szczegółowy

Podniesienie lub utrzymanie, w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70%** osób z populacji docelowej w latach 2027-2031.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
Szczegółowy	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test.

* Przyjęta wartość docelowa została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji rehabilitacyjnych. Przyjęcie poziomu 30% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. brak współpracy pacjenta, niestosowanie się do zaleceń, schorzenia współistniejące). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w zakresie zmniejszenia dolegliwości bólowych wśród uczestników.

** Przyjęta wartość docelowa została określona jako realistyczna i adekwatna do planowanych zakresów interwencji działań edukacyjnych, czasu ich trwania oraz zastosowanych metod dydaktycznych. Przyjęcie poziomu 70% stanowi zatem próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia czynników niezależnych od realizatora programu (np. absencja uczestników, różnice w poziomie wyjściowym wiedzy). Osiągnięcie zakładanego poziomu wskaźnika będzie potwierdzeniem skuteczności programu w obszarze zapewnienia odpowiednio wysokiego stanu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu wśród uczestników PPZ.

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców gminy Lesznówola w wieku 15 lat i więcej, cierpiących na choroby przewlekłe lub zapalne układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Liczba mieszkańców gminy w tej grupie wiekowej wynosi ok. 30,8 tys. osób³⁹. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w Gminie Lesznówola ok. 9 726/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową szacuje się na poziomie ok. 3 tys. osób rocznie. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi Gminy Lesznówola, obejmie corocznie ok. 200 pacjentów. Program będzie corocznie realizowany do wyczerpania budżetu.

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej weryfikowane będą przez realizatora. O włączeniu uczestnika do udziału w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń. Dana osoba będzie mogła wziąć udział w programie nie więcej niż dwa razy w roku, co uwzględniono w kryteriach wyłączenia.

1) Wizyta fizjoterapeutyczna

Kryteria włączenia:

- wiek 15 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie gminy Lesznówola (oświadczenie uczestnika) lub okazanie Lesznówolskiej Karty Mieszkańca
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie

³⁹ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl; dostęp: 19.04.2026 r.

- pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego na udział dziecka w programie (w przypadku uczestników niepełnoletnich)

Kryteria wyłączenia:

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

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny

Kryteria włączenia:

- kwalifikacja do rehabilitacji podczas wizyty fizjoterapeutycznej

Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne do rehabilitacji, stwierdzone podczas wizyty fizjoterapeutycznej (np. ostra infekcja, gorączka, zaburzenia świadomości, nasilony zespół psychoorganiczny)

3) Działania edukacyjne

Kryteria włączenia:

- kwalifikacja do działań edukacyjnych podczas wizyty fizjoterapeutycznej

Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne, stwierdzone podczas wizyty fizjoterapeutycznej (np. zaburzenia poznawcze, znaczne zaburzenia słuchu/wzroku)

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Lesznowola (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależy będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

1) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego - na podstawie przeprowadzonego badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza POZ/specjalisty (załącznik 6),
- uwzględniająca kwalifikację do rehabilitacji oraz zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego (w trybie ambulatoryjnym),
- uwzględniająca początkową ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS,
- uwzględniająca kwalifikację do działań edukacyjnych.

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu,
- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 500 (+/- 15 pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni (przykładowy plan rehabilitacji przedstawiono w tabeli III),
- uwzględniający końcową ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie.

Tab. II. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika programu

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabieg w kriokomorze	26,04
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

* taryfikacja na podstawie Załącznika nr 1 do zarządzenia nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.).

Tab. III. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny w trybie ambulatoryjnym

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba zabiegów	Liczba punktów	Suma punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	5	36,49	182,45
Zabiegi kinezyterapii	10	8,55	85,50
Zabiegi fizykalne	20	5,27	105,40
Zabieg masażu	7	18,25	127,75
Razem	42	--	501,10

3) Działania edukacyjne:

- obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach maksymalnie 25-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej,
- prowadzone przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, dietetyka, edukatora zdrowotnego, profilaktyka lub specjalistę zdrowia publicznego,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 3 oraz załącznik 4),
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, znaczenie prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 5).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z oceną technologii medycznej AOTMiT w obszarze rehabilitacji leczniczej oraz rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, takich jak: Światowa Organizacja Zdrowia (2020), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2022), Australian Commission on Safety and Quality in Health

(ACSQHC 2023), European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR 2018 B, EULAR 2016), Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2018)⁴⁰.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane w ramach programu nie będą powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało uwzględnione w kryteriach wyłączenia.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 5), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

⁴⁰ Opinie AOTMiT: nr 11/2026 z dnia 5 lutego 2026 r. oraz nr 1/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r. bip.aotm.gov.pl.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2026 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (II-III kwartał 2026 r.);
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (IV kwartał 2026 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie podmiotu realizującego program, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2027 r./I kwartał 2028 r./I kwartał 2029 r./I kwartał 2030 r./I kwartał 2031 r.);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2027 r./I kwartał 2028 r./I kwartał 2029 r./I kwartał 2030 r./I kwartał 2031 r.);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2027 r. - 2031 r.);
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - wizyty fizjoterapeutyczne,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2031 r.);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2031 r.);
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2032 r.).

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

Instytucją zarządzającą programem jest Urząd Gminy Lesznówola. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty,

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2026 r. poz. 156],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych (zabiegi fizjoterapeutyczne) zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 ze zm.] – w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie realizacji wizyt fizjoterapeutycznych oraz realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w ramach indywidualnych planów rehabilitacji przez następujący personel: fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej „specjalistą w dziedzinie fizjoterapii”, lub fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, lub fizjoterapeuta posiadający dyplom, świadectwo, lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, w wymiarze co najmniej $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego (równoważnik $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego),
- zapewnienie realizacji zabiegów masażu w ramach indywidualnych planów rehabilitacji przez następujący personel: fizjoterapeuta (zgodnie z punktem poprzednim) lub masażysta (osoba, która uzyskała dyplom technika masażyisty po ukończeniu technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej),
- zapewnienie realizacji działań edukacyjnych przez następujący personel: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, dietetyk, edukator zdrowotny, profilaktyk, specjalista zdrowia publicznego (jeden z ww. specjalistów),
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia

i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 5). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone wraz z końcem jego realizacji. Będzie uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.

Zaplanowano następujące wskaźniki monitorowania:

- 1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:
 - liczba osób zakwalifikowanych do programu,

- liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 5),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu i będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu. W ewaluacji wykorzystane zostaną wszystkie zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności odpowiadające celom PPZ. Wynik ewaluacji zostanie przedstawiony w raporcie końcowym z realizacji PPZ. W ramach ewaluacji w raporcie znajdzie się odniesienie do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel zostanie uznany za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania będzie równa lub przekroczy wskazaną w celu wartość docelową.

Zaplanowano następujące wskaźniki ewaluacji:

- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetek uczestników programu, u których w post-ćeście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 1 100 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 500 (+/- 15 pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie piaseczyńskim w województwie mazowieckim (7 podmiotów) tj. 1,76 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 15%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego dla jednej osoby oszacowano na 1 000 zł przy założeniu planu obejmującego ok. 500 punktów (500 pkt. x 2 zł = 1 000 zł), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II.

Tab. IV. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	80,0
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	1 000,0
3. Działania edukacyjne	20,0

2. Koszty całkowite

W tabeli V przedstawiono szacunkowe roczne koszty realizacji programu, w tabeli VI - szacunkowe koszty realizacji w poszczególnych latach.

Tab. V. Szacunkowe roczne koszty programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	200	80,00	16 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	200	1 000,00	200 000,00
3. Działania edukacyjne	200	20,00	4 000,00
4. Koszty pośrednie (koordynacja programu, działania informacyjne, monitorowanie i ewaluacja)	1	5 000,00	5 000,00
Suma			225 000,00

Tab. VI. Szacunkowe koszty realizacji programu w poszczególnych latach

Rok	Koszt realizacji programu (zł)
2027	225 000,00
2028	225 000,00
2029	225 000,00
2030	225 000,00
2031	225 000,00
Suma	1 125 000,00

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 1 125 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Lesznowola oraz ewentualnych zmian cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu będzie finansowany ze środków własnych Gminy Lesznowola. Gmina w latach 2027-2031 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 r. poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
2. Gao Y, Zhang Y, Liu X. Rheumatoid arthritis: pathogenesis and therapeutic advances. *MedComm* (2020). 2024 Mar 10;5(3):e509.
3. Gaździk T., Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 2001, ISBN 978-83-200-3317-5.
4. Halik R, Stokwiszewski J., Skutki zdrowotne wypadków w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji osób starszych w wieku 65 lat i więcej [w:] Wojtyniak B, Smaga A. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa, 2025 s. 339-358.
5. Hammi C, Yeung B. Neuropathy. 2022 Oct 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 31194377.
6. Informator NFZ – Gdzie się leczyć, gsl.nfz.gov.pl/GSL.
7. Informator NFZ o terminach leczenia, terminyleczenia.nfz.gov.pl.
8. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 19 June 2024.
9. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026.
10. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
11. Mirian A, Aljohani Z, Grushka D, Florendo-Cumbermack A. Diagnosis and management of patients with polyneuropathy. *CMAJ*. 2023 Feb 13;195(6):E227-E233. doi: 10.1503/cmaj.220936. Erratum in: *CMAJ*. 2023 Mar 20;195(11):E415.
12. Mohd Isa IL, Teoh SL, Mohd Nor NH, Mokhtar SA. Discogenic Low Back Pain: Anatomy, Pathophysiology and Treatments of Intervertebral Disc Degeneration. *Int J Mol Sci*. 2022 Dec 22;24(1):208.
13. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva, 14 July 2022.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

15. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego [DZ. URZ. WOJ. 2024.13424].
16. Opinie AOTMiT: nr 11/2026 z dnia 5 lutego 2026 r. oraz nr 1/2026 z dnia 13 stycznia 2026 r. bip.aotm.gov.pl.
17. Overview: Shoulder pain, Institute for Quality and Efficiency in Health Care, Last Update: April 22, 2024.
18. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019, www.pfron.org.pl.
19. Rheumatoid arthritis in adults: management, NICE guideline, Reference number: NG100, Published: 11 July 2018, Last updated: 12 October 2020.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 r. poz. 870 z późn. zm.].
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 r. poz. 529].
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 r. poz. 265 z późn. zm.].
23. Samanta A, Lufkin T, Kraus P. Intervertebral disc degeneration-Current therapeutic options and challenges. *Front Public Health*. 2023 Jul 6;11:1156749.
24. Steinmetz J, Culbreth G, Haile L et al. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *The Lancet Rheumatology*, 5, e508-e522.
25. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.].
26. Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Epidemiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis Development. *Mediterr J Rheumatol*. 2023 Dec 30;34(4):404-413.
27. World Health Organization, Low back pain, Geneva 19 June 2023, www.who.int.

28. World Health Organization, Osteoarthritis, Geneva 14 July 2023, www.who.int.
29. World Health Organization, Rheumatoid arthritis, World Health Organization, Geneva, 28 June 2023.
30. Zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 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 (z późn. zm.).

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031”

Część A. Dane dotyczące uczestnika programu

Lp.	Dane uczestnika		
1.	Nazwisko		
2.	Imię		
3.	PESEL		
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 9 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)

Część B2. Ocena skuteczności programu – ankieta edukacyjna

Ocena skuteczności programu	Liczba prawidłowych odpowiedzi w pre-teście	Liczba prawidłowych odpowiedzi w post-teście	Utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w post-teście (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi) [TAK/NIE]
Ankieta edukacyjna			

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

Część C. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika lub przedstawiciela realizatora

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
odsetek uczestników programu, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla pełnoletniego uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
 - A) Witamina C
 - B) Błonnik
 - C) Wapń
 - D) Magnez
2. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas pracy biurowej?
 - A) Co 2 godziny
 - B) Tylko po zakończeniu pracy
 - C) Co 30–60 minut
 - D) Raz dziennie
3. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
 - A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
 - B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
 - C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
 - D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy
4. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście ergonomii?
 - A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
 - B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
 - C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
 - D) Utrzymywanie lekkiego skrętu tułowia podczas siedzenia
5. Który z poniższych nawyków stylu życia ma udowodniony wpływ na rozwój przewlekłych zespołów bólowych układu ruchu?
 - A) Brak ekspozycji na światło słoneczne
 - B) Przewlekłe odwodnienie
 - C) Brak snu i przewlekły stres
 - D) Wszystkie powyższe

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla niepełnoletniego uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031” (wzór)

1. Które składniki diety są szczególnie ważne dla prawidłowego rozwoju i utrzymania zdrowych kości?
 - A) Wapń i witamina D
 - B) Witamina C i sól
 - C) Cukier i witamina B12
 - D) Błonnik i witamina E
2. Które stwierdzenie dotyczące suplementów diety jest prawidłowe?
 - A) Każdy nastolatek powinien regularnie przyjmować kilka suplementów
 - B) Suplementy mogą całkowicie zastąpić prawidłowo zbilansowaną dietę
 - C) Suplementację należy stosować zgodnie z rzeczywistą potrzebą i odpowiednimi zaleceniami
 - D) Im większa dawka witamin, tym lepszy wpływ na zdrowie
3. Jak najlepiej ustawić stanowisko do nauki przy komputerze?
 - A) Monitor bardzo nisko, a krzesło jak najwyżej
 - B) Monitor z boku, aby trzeba było obracać głowę
 - C) Tak, aby możliwe było wygodne siedzenie, podparcie pleców i patrzenie na ekran bez ciągłego pochylania głowy
 - D) Ustawienie stanowiska nie ma znaczenia dla układu ruchu
4. Co należy zrobić w przypadku urazu, któremu towarzyszy silny ból, duży obrzęk lub niemożność normalnego poruszania kończyną?
 - A) Kontynuować aktywność, aby „rozruszać” bolące miejsce
 - B) Zignorować uraz, ponieważ większość urazów ustępuje natychmiast
 - C) Przerwać aktywność i poinformować osobę dorosłą oraz w razie potrzeby skorzystać z pomocy medycznej
 - D) Samodzielnie nastawić bolącą kończynę
5. Który zestaw zachowań najlepiej wspiera zdrowie układu ruchu?
 - A) Regularna aktywność fizyczna, odpowiednia ilość snu, prawidłowe odżywianie i ograniczanie długotrwałego siedzenia
 - B) Intensywny trening codziennie bez odpoczynku
 - C) Unikanie aktywności fizycznej i przyjmowanie suplementów
 - D) Wielogodzinne siedzenie w celu odpoczynku oraz ćwiczenia tylko wtedy, gdy pojawi się ból

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031” przeprowadzana przez realizatora programu

Szanowni Państwo,

poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznowola na lata 2027-2031” (ankietę wypełniają uczestnicy programu, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X lub udzielając odpowiedzi 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 sołectwej
☐ inne: (jakie?)
-

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

DOBRE ☐ ŹLE ☐ TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

TAK ☐ NIE ☐ TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

DOBRE ☐ ŹLE ☐ TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

6. Jak Pani / Pan ocenia zapewnianie intymności uczestnikom podczas wizyty fizjoterapeutycznej?

DOBRZE ☐ ŹLE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

DOBRZE ☐ ŹLE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

DOBRZE ☐ ŹLE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

TAK ☐

NIE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

TAK ☐

NIE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

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

TAK ☐

NIE ☐

TRUDNO POWIEDZIEĆ ☐

12. Uwagi, sugestie dotyczące programu:

Dziękujemy za udział w ankiecie

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE¹

w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Lesznówola na lata 2027-2031” w roku (wzór)

do (nazwa i adres realizatora Programu)

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD-10² |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie:.....

.....

Cel zabiegów:.....

.....

Przeciwwskazania:.....

.....

Data r.

.....

Pieczęć i podpis lekarza

¹ Skierowanie w ramach Programu może wystawić wyłącznie lekarz ubezpieczenia zdrowotnego dla mieszkańca gminy Lesznówola w wieku 15 lat i więcej. Skierowanie obowiązuje w roku ... i jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

² Skierowanie w ramach Programu musi zawierać któreś z poniższych rozpoznań 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).

O zakwalifikowaniu do udziału w programie decyduje kolejność zgłoszeń.

Program będzie realizowany do dnia r. lub do wyczerpania środków finansowych

przeznaczonych na jego realizację – w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in. podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Rehabilitacja lecznicza jest ważnym elementem procesu terapeutycznego w przypadku problemów zdrowotnych powodujących ograniczenie sprawności i utrudniających codzienne funkcjonowanie. Najczęściej dotyczy chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego. Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2024 r. z rehabilitacji skorzystało prawie 3,6 mln Polaków. Najczęściej świadczenia były udzielane z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (72%) oraz chorób układu nerwowego (ok. 16%). Wskaźnik chorobowości w rehabilitacji ogólnej wyniósł w Polsce 9 215 na 100 tys. mieszkańców, natomiast w województwie mazowieckim był o ok. 6% wyższy i wyniósł 9 765 na 100 tys. mieszkańców. Ogólnodostępne dane wskazują również na ograniczony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń fizjoterapeutycznych na terenie powiatu piaseczyńskiego, w tym gminy Lesznowola.

W związku z powyższym, a także w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez mieszkańców Gminy Lesznowola, przygotowano niniejszy Program. Jest on skierowany do osób w wieku od 15. roku życia zamieszkałych na terenie Gminy Lesznowola. Corocznie udział w Programie będzie mogło wziąć około 200 osób. Dla każdego uczestnika przewidziano wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacji oraz działania edukacyjne.

Na realizację Programu przewiduje się alokację środków w wysokości 225 000 zł rocznie. Celem głównym Programu jest zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 30% uczestników dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie Gminy Lesznowola w latach 2027–2031.

Program posiada pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz pozytywną opinię Wojewody w zakresie jego zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia oraz Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa mazowieckiego.

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