Projekt

UCHWAŁA NR .....
RADY MIASTA KOŁOBRZEG

z dnia ..... 2019 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu polityki zdrowotnej "Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023"

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 2019 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.; **uchwala się, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji porgram polityki zdrowotnej "Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023", który wraz z aneksem stanowi załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Kołobrzeg.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik nr 1
do Uchwały Rady Miasta Kołobrzeg
z dnia 5 listopada 2019 r.

URZĄD MIASTA KOŁOBRZEG

„Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023”

Projekt programu polityki zdrowotnej opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z poźn.zm.)

Kołobrzeg, 2019 r.

Spis treści

I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ ..... - 2 -

I.1 Opis problemu zdrowotnego ..... - 2 -

I.2 Dane epidemiologiczne ..... - 5 -

I.3 Opis obecnego postępowania ..... - 7 -

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI ..... - 14 -

II.1 Cel główny ..... - 14 -

II.2 Cele szczegółowe ..... - 14 -

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej ..... - 15 -

III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ. ..... - 15 -

III.1 Populacja docelowa ..... - 15 -

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej ..... - 16 -

III.3 Planowane interwencje ..... - 18 -

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ..... - 19 -

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ..... - 20 -

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ ..... - 20 -

IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ..... - 20 -

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ..... - 21 -

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ ..... - 22 -

V.1 Monitorowanie ..... - 22 -

V.2 Ewaluacja ..... - 22 -

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ ..... - 23 -

VI.1 Koszty jednostkowe ..... - 23 -

VI.2 Koszty całkowite ..... - 24 -

VI.3 Źródła finansowania ..... - 25 -

VII. BIBLIOGRAFIA ..... - 26 -

I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Starzenie się jest złożonym, wieloetapowym procesem, na który składają się uwarunkowania fizyczne, psychiczne oraz społeczne. W aspekcie fizycznym, starzenie się jest procesem fizjologicznym, który dotyczy wszystkich narządów oraz układów, nawet w przypadku niestwierdzania zmian chorobowych. Skutki starzenia się organizmu dotyczą m.in. układu krążenia, układu oddechowego, a także układu ruchu. Dochodzi do zmniejszenia elastyczności ścian i sklerotyzacji tętnic, a w konsekwencji do wzrostu ciśnienia tętniczego, przerostu mięśnia sercowego oraz zmniejszenia rzutu serca. Wydłużeniu ulega czas reakcji odruchowych, zmniejsza się szybkość przewodzenia nerwowego. W obrębie układu oddechowego, redukcji ulega liczba pęcherzyków płucnych, ich ściany są mniej elastyczne. Proces starzenia dotyczący układu ruchu może być wyrażony tzw. postawą starczą o zwiększonej kyfozie piersiowej i zmniejszonej lordozie lędźwiowej. Wadliwa postawa skutkuje zmianą położenia środka ciężkości oraz ograniczeniami w ruchomości stawów. U osób starszych często występuje także choroba zwyrodnieniowa. Problem ten dotyczy znacznej części społeczeństwa, a po 60. roku życia cierpi z tego powodu ponad 50% osób [1]. U ludzi starszych obserwuje się dwa typy choroby zwyrodnieniowej – pierwotną (gdy zmiany zwyrodnieniowe powstają w prawidłowo zbudowanych stawach i nie jest znana przyczyna tej patologii) oraz wtórną (w przypadku, gdy przyczyny w postaci zniekształceń, przebytych procesów zapalnych, urazów i przeciążeń są możliwe do określenia). Wskutek działania czynników o szkodliwym wpływie na chrząstkę stawową, dochodzi do zaburzenia jej budowy i degradacji. W konsekwencji okołostawowe obszary kości są niszczone, co powoduje powstanie stanu zapalnego. Towarzyszy mu ból, który może być przyczyną ograniczenia aktywności ruchowej i wtórnej niepełnosprawności. Naturalnym mechanizmem obrony przed bólem jest wzrost napięcia mięśni. Już na tym etapie bardzo ważne jest włączenie odpowiedniej rehabilitacji, gdyż odpowiednią aktywnością ruchową można doprowadzić do redukcji masy ciała i w konsekwencji do zmniejszenia przeciążeń działających niekorzystnie, zwłaszcza na stawy kolanowe i biodrowe. Rehabilitacja pełni także inną istotną funkcję: szybkie angażowanie stawów po urazach jest w stanie zapobiegać utrwaleniu

niekorzystnych zmian [1]. Według badania przeprowadzonego w Klinice Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, w grupie pacjentów, u których występowały dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, zabiegi fizjoterapeutyczne spowodowały zmniejszenie stopnia ograniczeń ruchowych u 12,07% badanych [2]. Aktywność fizyczna sama w sobie jest istotnym determinantem poziomu zdrowia. Siedzący tryb życia powoduje zaburzenie bilansu energetycznego, co sprzyja rozwojowi otyłości, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, dyslipidemii i miażdżycy. Cukrzycy typu 2 mogą towarzyszyć zaburzenia pamięci i uwagi oraz obniżenie sprawności psychomotorycznej. Może ona prowadzić także do otępień o podłożu naczyniowym oraz choroby Alzheimera. Istnieje wiele badań potwierdzających pozytywny wpływ aktywności fizycznej na sprawność poznawczą osób starszych [3]. Rehabilitacja jest również ważnym elementem profilaktyki upadków wśród osób starszych. Według badań, przynajmniej raz w roku w grupie osób powyżej 65 roku życia upada: 50-67% pensjonariuszy domów opieki, 33% mieszkających samodzielnie oraz 20% chorych hospitalizowanych. Upadki w ponad 50% kończą się hospitalizacją, a co za tym idzie skutkują wydatkami na opiekę zdrowotną. Szwedzkie badania podają, że aż 10% upadków kończy się poważnymi urazami, w tym 1-2% złamaniem szyjki kości udowej. Całkowity koszt upadków w Szwecji w 2011 roku wyniósł 14 miliardów koron czyli ok. 9,5 mld złotych [4].

Osoby starsze borykają się z wieloma problemami związanymi ze zmianami stanu psychicznego. Dotyka ich obniżenie sprawności fizycznej, choroba, śmierć bliskich, konieczność dostosowania się do zmiennych warunków ekonomicznych. W przeglądzie systematycznym badań nad wpływem aktywności fizycznej na stan psychiczny oraz somatyczny osób wykazano, że zarówno ćwiczenia grupowe, jak i indywidualne wpływają korzystnie na funkcjonowanie fizjologiczne, poznawcze i samopoczucie starszych osób. Osoby starsze dotyka również problem depresji. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że większe ryzyko pojawienia się depresji występuje w grupie osób, które mają trudności w czynnościach życia codziennego, wynikające z problemów ze zdrowiem somatycznym. Regularna aktywność fizyczna jest w stanie przywrócić niezależność funkcjonowania w niektórych obszarach życia codziennego oraz podwyższyć jakość snu, którego zaburzenia wpływają na rozwój depresji [5]. Samotność, wielorakie problemy, obniżenie nastroju mogą skutkować podejmowaniem przez osoby starsze prób

samobójczych. Na 100 tys. mieszkańców Polski wśród osób powyżej 65. roku życia wskaźnik samobójstw wynosi 19,0 dla 75-latków 18,8, przy średnim wskaźniku dla całej polskiej populacji wynoszącym 15,6 (2004 r.). Wskaźnik ten ulega zwiększeniu [6]. Celem rehabilitacji jest również utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawnienia poszczególnych narządów i układów z dysfunkcjami. Ma to znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku. Grupę pacjentów powyżej 60. roku życia przebadano bezpośrednio po urazie lub po zabiegu operacyjnym i kolejno po okresie rehabilitacji. Wyniki wskazały, że poziom jakości życia jest istotnie wyższy po rehabilitacji; wzrasta bowiem wówczas poczucie własnej wartości, poprawia się nastrój oraz motywacja do działania i osiągania celów życiowych [7]. Przeprowadzono badanie poziomu motywacji w relacji do efektów rehabilitacji wśród osób starszych w grupie osób w wieku 60-82 lat z wykorzystaniem Skali Motywacji Osób Starszych (EMS-72), Skali Cantrila oraz oceny wybranych parametrów przyjętych za wyznaczniki pomyślnego rezultatu rehabilitacji: stan zdrowia, jakość życia, zadowolenie z przebiegu rehabilitacji oraz zamiar kontynuacji ćwiczeń. Wykazano w nim istnienie istotnych zależności między poziomem motywacji a wyznacznikami skuteczności rehabilitacji. Pacjenci o wyższej motywacji wewnętrznej lepiej ocenili stan swojego zdrowia i jakość życia, byli bardziej zadowoleni z przebytej rehabilitacji oraz deklarowali większą chęć kontynuacji ćwiczeń we własnym zakresie[8].

Ze społecznego punktu widzenia, odpowiednio dobrany sposób rehabilitacji umożliwia tzw. pozytywne starzenie się (ang. Successful aging). Skutkuje to poprawą stanu zdrowia, a przez to zwiększeniem zakresu samodzielnego funkcjonowania osoby starszej we własnym środowisku [9]. Rehabilitacja powinna być dobrana indywidualnie z uwzględnieniem potrzeb i możliwości pacjenta. Należałoby nadać jej charakter długofalowy i kompleksowy. Ważne jest, by zawierała elementy profilaktyki. Zgodnie z rekomendacjami NSF National Stroke Foundation z 2010 roku, pacjenci powinni otrzymywać taką optymalną ilość pożądanych zabiegów, która pozwoli im utrzymać lub przywrócić zdrowie [18]. Podobne wnioski wynikają z zaleceń VHA-DoD 2010 (Veterans Health Administration-Department of Defense) [19]. Plan rehabilitacji powinien być odzwierciedleniem zdiagnozowanego stanu chorego, zakresu niezbędnej pomocy, co zostało ujęte w dokumencie przygotowanym przez Royal College

of Physicians, opatrzonym akredytacją NICE [20]. Utrzymanie samoobsługi i samodzielności wpływa na pewność siebie, wzmacnia integrację społeczną i kulturalną, umożliwia powrót do pracy zawodowej [1]. W badaniu osób, podzielonych na 2 grupy wiekowe: 50-60 lat oraz 61-70 lat, ustalono zdolności psychofizyczne w odniesieniu do pracy zawodowej. Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w funkcjonowaniu poznawczym między badanymi grupami. Zaznaczono jednak, że większość badanych, niezależnie od płci, zadeklarowała chęć kontynuowania pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego [9]. Jest to istotne nie tylko ze względu na koszty społeczne, lecz także na postrzeganie osób starszych w społeczeństwie. Rola seniorów jest coraz szersza, do czego prowadzą działania instytucji publicznych, prywatnych oraz organizacji pozarządowych. Osoby starsze są coraz aktywniejsze w różnorakich aspektach życia, wzrasta także ich potencjał jako odbiorców specyficznych towarów oraz usług [10]. **Dobrze funkcjonujący program rehabilitacji, który proponuje swoim seniorom Gmina Miasto Kołobrzeg, może nie tylko poprawić stan ich zdrowia, ale także znacząco zwiększyć aktywność, zaangażowanie i zadowolenie z życia starszych mieszkańców miasta.**

I.2 Dane epidemiologiczne

W Polsce, w 2018 roku mieszkało 10 055 365 osób powyżej 60 roku życia, co stanowiło 26,18 % ludności. Liczba ta wraz z biegiem lat ulega zwiększeniu [11]. W latach 1991-2014 przeciętne trwanie życia mężczyzn wzrosło o 7,9 lat (do 73,8 lat), a kobiet o 6,5 lat (do 81,6). Dzieje się tak m.in. z powodu postępu, jaki dokonał się w obszarach nauk medycznych oraz farmakologii. Fundamentalnie ważne dla procesu wydłużania wieku są lepsze warunki życia. Wyniki badań wskazują, że wraz ze wzrostem długości życia, poszerza się lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości. Na 1 osobę z grupy 60-69 lat przypadało tylko 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatków już 4,1, a wśród osób najstarszych – 4,5 [12]. Najczęstsza dolegliwość zdrowotna starszych Polaków to nadciśnienie tętnicze, które występuje u ponad połowy tej grupy. Osoby starsze skarżą się również na bóle dolnej partii pleców, które występują u ponad 40% populacji. Trzecim najczęściej zgłaszanym problemem zdrowotnym w badaniu była choroba zwyrodnieniowa stawów – cierpiało na nią blisko 40% osób starszych, następnie

zgłaszane były bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%). Występowanie choroby wieńcowej zanotowano u co czwartej starszej osoby. Kolejne pozycje zajęły cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%) [12]. W zakresie problemów związanych z układem ruchu, częściej niż co trzecia starsza osoba zgłosiła w wywiadzie, że ma trudności w przejściu 500 m samodzielnie (bez korzystania z pomocy innej osoby czy urządzenia takiego jak laska, kula, balkonik). W grupie wieku 70-79 lat mniejsze lub większe problemy z przemieszczaniem się ma prawie co druga osoba, a w grupie najstarszej – prawie 75% tej populacji. Kłopoty z samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro i bez żadnej pomocy) deklarowało blisko 30% osób w grupie wieku 60-69 lat, ponad połowa z grupy 70-79 lat i prawie 80% osób 80-letnich lub starszych. Z informacji pozyskanych w badaniu wynika również, że co trzecia osoba w wieku 60 lat i więcej ma trudności z wykonaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. Dla tej grupy osób największą trudność stanowi kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, w następnej kolejności kąpanie się lub mycie pod prysznicem oraz ubieranie się i rozbieranie. Problemy z wykonaniem co najmniej jednej z tych czynności deklarowała co czwarta osoba w wieku 60 lat i więcej. Poziom codziennej samoobsługi maleje wraz z wiekiem, wśród najstarszych problemy z samoobsługą deklarowały już 3 osoby z 5.

W 2017 r. z leczenia w trybie ambulatoryjnym w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego skorzystało łącznie 73,7 tys. pacjentów (mniej o 1,4% w porównaniu z rokiem poprzednim). Na terenie województwa zachodniopomorskiego z zabiegów leczniczych prowadzonych w trybie ambulatoryjnym korzystało 13,3 tys. osób [13].

Według map potrzeb zdrowotnych z 2018 r. stworzonych dla województwa zachodniopomorskiego, wskaźnik zapadalności na choroby zapalne powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne) wynosił 0,62 tys. (w tym 38,2 % stanowiły osoby w wieku 60+). Dla chorób układowych tkanki łącznej wskaźnik zapadalności wynosił 0,47 tys. (w tym 43,25% stanowiły osoby w wieku 60+). W innych chorobach kości i tkanki chrzęstnej, wskaźnik dla województwa zachodniopomorskiego wynosił 1,4 tys. (w tym 19,14% stanowiły osoby w wieku 60+). W 2016 roku, w województwie zachodniopomorskim odnotowano 6, 94 tys. hospitalizacji osób dorosłych z powodu rozpoznań kwalifikujących się jako choroby stawów. Stanowiło to 39,21% wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego. Empiryczny współczynnik

chorobowości szpitalnej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosił ponad 1500, czyniąc województwo zachodniopomorskie ostatnim w zestawieniu województw [14].

I.3 Opis obecnego postępowania

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, priorytetowymi zadaniami są między innymi: rehabilitacja oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi [16]. Również w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 zwrócono uwagę na sytuację osób starszych. Traktuje o tym cel operacyjny 5, którym jest promocja zdrowego oraz aktywnego starzenia się. Realizacji powyższego celu służyć ma rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych [17].

Wraz z pojawieniem się mody na kąpiele morskie, Kołobrzeg stał się popularną destynacją wakacyjną, już od XIX w. Typowo kuracyjne zastosowanie kąpieli solankowych datuje się na 1830 r. W 1899 r. zbudowano Dom Zdrojowy, który stał się wzorem dla innych kurortów. W czasie II wojny światowej obiekty uzdrowiska zostały zupełnie zniszczone. Działalność uzdrowiskowa została wznowiona w 1952 r., gdy uruchomiono sanatorium dla dzieci. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX w. rozbudowano bazę szpitalno-sanatoryjną i wczasowo-rekreacyjną. Na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 lipca 1967 r. w sprawie wykazu miejscowości uznanych za uzdrowiska (M.P. Nr 45, poz. 228) Kołobrzegowi nadano status uzdrowiska. Klimat w Kołobrzegu jest typowy dla obszarów nadmorskich, charakteryzuje się dość silnymi wiatrami, które przynoszą powietrze z dużą zawartością ozonu oraz rozpylonymi cząsteczkami jodu. Naturalnie występujące na tym terenie surowce lecznicze to wody mineralne (chlorkowo-sodowe, jodkowe, żelaziste), a także borowiny (złoża torfu niskiego) [15].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego głosi, że uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dzieci i dorosłych jest świadczeniem gwarantowanym i powinno trwać od 6 do 18 dni. Według obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie

ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z 30 stycznia 2018 r., fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, gdzie jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Na dzień 25.06.2019 roku, kolejki w Kołobrzegu do 4 pracowni fizjoterapii wedle Informatora o Terminach Leczenia NFZ prezentują się w sposób następujący:
- w Dolnośląskich Zakładach Usługowo-Produkcyjnych "DOZAMEL" Sp z o.o. ośrodku rehabilitacyjno- wypoczynkowym "DOZAMEL" w Kołobrzegu pierwszy wolny termin: 17.04.2020 r.,
- w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SPZOZ w Kołobrzegu – pierwszy wolny termin: 04.05.2020 r.,
- w „Milenium” Przychodni Lekarskiej z Bazą Zabiegową – pierwszy wolny termin: 01.06.2020 r.
- Przychodnia Rodzinna Vio-Zal Zaleska Violetta pierwszy wolny termin: 01.12.2020r.

Podobnie sytuacja przedstawia się w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu.

Pierwsze dostępne terminy do pracowni fizjoterapii w innych miastach na terenie województwa zachodniopomorskiego takich jak Koszalin, Białogard oraz Stargard, kształtują się następująco: w Koszalinie, działa 6 świadczeniodawców (pierwszy wolny termin zabiegu ujęto w nawiasie):
- Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (25.06.2019r.),
- Usługi Rehabilitacji i Fizjoterapii "Reha-Bit" Elżbieta Kuklińska (01.07.2019r.),
-Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji W Koszalinie (29.11.2019r.),
- Przychodnia specjalistyczna PulsMed (02.12.2019r.),
- Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICAL BETA (14.04.2020r.),
- Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie (23.03.2021r.).

W Białogardzie 3 placówki udzielają świadczeń z zakresu fizjoterapii:
- Centrum Dializa Sp. z o.o. (25.06.2019r.),
- “Folk-Med” (01.07.2019r.),
- Dormar Zakład Rehabilitacyjny Dorota Szymańska (22.07.2019r.).

W Stargardzie, również 3 placówki udzielają świadczeń z zakresu fizjoterapii. Należą do nich:

- Zakład Rehabilitacji Krzysztof Flanc (16.09.2019r.),
- NZOZ "KMW Centrum Zdrowia" (24.02.2020r.),
- Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie z pierwszym terminem w dniu 25.05.2020r.

W powyższych miastach najkrótszy czas oczekiwania do pracowni fizjoterapii znacznie różni się od najkrótszego czasu oczekiwania w Kołobrzegu. W Kołobrzegu czas oczekiwania jest o około pół roku dłuższy, mimo porównywalnej liczby świadczeniodawców.

Obecnie, w katalogu zakresu świadczeń NFZ, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna podzielona została na poradę rehabilitacyjną (26 pkt rozliczeniowych) oraz na kompleksową poradę rehabilitacyjną (57 pkt rozliczeniowych). Fizjoterapia ambulatoryjna sprowadzona do wizyty ambulatoryjnej została wyceniona na 13 pkt rozliczeniowych.

W zależności od umowy zawartej przez świadczeniodawcę różna jest średnia cena produktu.

Tabela. 1. Zakres świadczeń NFZ, z uwzględnieniem średniej ceny produktu w placówce

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Waga punktowa produktu	Placówka	Średnia cena produktu w placówce	Zakres cen produktu w zależności od ceny punktu zakontraktowanej przez NFZ u świadczenio-dawcy [zł]
Lekarska ambula-toryjna opieka rehabilita-cyjna	porada lekarska rehabilitacyjna	26	"MILENIUM" PRZYCHODNIA LEKARSKA Z BAZĄ ZABIEGOWĄ	1,11	28,86

			REGIONALNY SZPITAL W KOŁOBRZEGU	1,11	28,86
			DOLNOŚLĄSKIE ZAKŁADY USŁUGOWO-PRODUKCYJNE "DOZAMEL" SP. Z O.O. OŚRODEK REHABILITACYJNO-WYPOCZYNKOWY "DOZAMEL" W KOŁOBRZEGU	brak	
			WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁOBRZEGU		
			PRZYCHODNIA RODZINNA VIO-ZAL ZALESKA VIOLETTA		
Fizjoterapia ambula-toryjna	wizyta fizjoterapeutyczna	13	"MILENIUM" PRZYCHODNIA LEKARSKA Z BAZĄ ZABIEGOWĄ	1,02	13,26
			DOLNOŚLĄSKIE ZAKŁADY USŁUGOWO-PRODUKCYJNE "DOZAMEL" SP. Z O.O. OŚRODEK REHABILITACYJNO-WYPOCZYNKOWY "DOZAMEL" W KOŁOBRZEGU	1,03	13,39
			REGIONALNY SZPITAL W KOŁOBRZEGU	1,10	14,3
			WOJSKOWA SPECJ. PRZYCHODNIA	1,09	14,17

			LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁOBRZEGU		
			PRZYCHODNIA RODZINNA VIO-ZAL ZALESKA VIOLETTA	1,05	13,65

Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych (średnia cena produktu w placówce jest taka sama jak w tabeli powyżej) zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela 2. Zabiegi fizjoterapeutyczne, z uwzględnieniem wagi punktowej produktu w warunkach ambulatoryjnych

Nazwa produktu rozliczeniowego	Waga punktowa produktu w warunkach ambulatoryjnych	Zakres cen produktu w zależności od ceny punktu zakontraktowanej przez NFZ u świadczenio-dawcy [zł]
kinezyterapia		
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. *(możliwość rozliczenia nie więcej niż 2 razy dziennie w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie lub zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii))*	25	25,5-27,5
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	8	8,16-8,8
pionizacja	8	8,16-8,8
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	6	6,12-6,6
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	6	6,12-6,6
ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	6	6,12-6,6

nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	8	8,16-8,8
wyciągi	7	7,14-7,7
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	5	5,1 - 5,5
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1	1,2 - 1,1
masaż		
masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	10	10,2-11
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	12	12,24-13,2
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6	6,12-6,6
masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi)	10	10,2-11
masaż podwodny miejscowy	10	10,2-11
masaż podwodny całkowity	15	15,3-16,5
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	4	4,08-4,4
elektrolecznictwo		
galwanizacja	4	4,08-4,4
jonoforeza	5	5,1-5,5
kąpiel czterokomorowa	10	10,2-11
kąpiel elektryczna – wodna całkowita	14	14,28-15,4
elektrostymulacja	7	7,14-7,7
tonoliza	6	6,12-6,6
prądy diadynamiczne	4	4,08-4,4
prądy interferencyjne	4	4,08-4,4
prądy TENS	4	4,08-4,4
prądy TRAEBERTA	4	4,08-4,4
prądy KOTZA	4	4,08-4,4

ultradźwięki miejscowe	6	6,12-6,6
ultrafonoforeza	7	7,14-7,7
leczenie polem elektromagnetycznym		
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	6	6,12-6,6
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	6	6,12-6,6
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	3	3,06-3,3
światłolecznictwo i termoterapia		
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3	3,06-3,3
laseroterapia - skaner	3	3,06-3,3
laseroterapia punktowa	6	6,12-6,6
okłady parafinowe	4	4,08-4,4
hydroterapia		
kąpiel wirowa kończyn	7	7,14-7,7
inne kąpiele - wirowa w tanku	15	15,3-16,5
natrysk biczowy, szkocki, stały płaszczowy, inne natryski	10	10,2-11
krioterapia		
krioterapia - zabieg w kriokomorze	25	25,5-27,5
krioterapia - miejscowa (pary azotu)	8	8,16-8,8
balneoterapia		
okłady z borowiny - ogólne	8	8,16-8,8
okłady z borowiny - miejscowe	6	6,12-6,6
kąpiel borowinowa, solankowa, kwasowęglowa, siarczkowo - siarkowodorowa, w suchym CO2	12	12,24-13,2
fango	7	7,14-7,7

Z informacji uzyskanych od potencjalnych wykonawców programu (zakładów rehabilitacyjnych znajdujących na terenie miasta Kołobrzeg), cena jednostkowa brutto 10-dniowego cyklu terapeutycznego, obejmującego każdego dnia 3 zabiegi rehabilitacyjne, oraz wizytę lekarską początkową i końcową, w ramach lecznictwa uzdrowiskowego wynosi 300 zł. W związku z ograniczoną dostępnością zabiegów rehabilitacyjnych dla mieszkańców Kołobrzegu, spowodowanych ograniczonymi środkami z NFZ, Gmina Miasto Kołobrzeg zdecydowała o finansowaniu dodatkowych terapii ze środków budżetowych gminy, przyjmując za optymalne ekonomicznie rozwiązanie zwiększenie dostępu do 10-dniowego cyklu terapii, 3 zabiegi w ciągu jednego dnia zabiegowego oraz wizyta lekarska początkowa i końcowa, połączona z edukacją, w cenie 300 zł za cały cykl.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

II.1 Cel główny

Poprawa sprawności i jakości życia osób z populacji mieszkańców Kołobrzegu poprzez objęcie w okresie 2019-2023 usługami rehabilitacyjnymi łącznie 4 300 osób, tj. 36,33% populacji 60+.

II.2 Cele szczegółowe

1. Zwiększenie dostępności do usług rehabilitacyjnych, dostępnych na terenie miasta Kołobrzeg poprzez finansowanie dodatkowych świadczeń przez Gminę Miasto Kołobrzeg dla 1 000 osób każdego roku trwania programu (w roku 2019 - 300 osób).
2. Skrócenie kolejek osób oczekujących do usług rehabilitacyjnych w Mieście Kołobrzeg o minimum 1 miesiąc w ciągu roku, poprzez wykorzystanie potencjału w zakresie usług rehabilitacyjnych.
3. Zwiększenie kompetencji dotyczących samodzielnego podejmowania aktywności fizycznej poprzez edukację wszystkich osób, które wzięły udział w programie.
4. Zwiększenie poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie oraz zwiększenie motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia poprzez edukację zdrowotną w ciągu trwania programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Ilościowe:
   - Liczba osób, które zostały objęte programem zdrowotnym w danym roku kalendarzowym (mierzona na podstawie danych z systemu informatycznego Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca oraz danych od realizatorów).
   - Liczba miesięcy oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne finansowane ze środków NFZ (mierzona na podstawie danych ze strony Informator o Terminach Leczenia NFZ).
2. Jakościowe:
   - Liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia lub ograniczenie postępu choroby (mierzona na podstawie testów aktywności ruchowej).
   - Liczba osób, które po udziale w programie zwiększyły częstość i systematyczność podejmowanej aktywności fizycznej (mierzona na podstawie ankiety).
   - Liczba osób, które zmieniły codzienne nawyki na prozdrowotne po udziale w programie (mierzona na podstawie ankiety).
   - Poziom wiedzy uczestników programu na temat właściwych postaw prozdrowotnych przed i po udziale w programie (mierzony na podstawie ankiety).

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

III.1 Populacja docelowa

Populację docelową stanowią osoby po 60 roku życia. Według danych na dzień 31 grudnia 2018 roku podanych przez Główny Urząd Statystyczny [11] w Gminie Miasto Kołobrzeg mieszka 13 083 osób w wieku 60 i więcej lat (1959 rok urodzenia i wcześniej). Stanowi to 28,22 % populacji miasta Kołobrzeg liczącej 46 367 mieszkańców. Z populacji docelowej zostaną wykluczone osoby z bezwzględnymi przeciwskazaniami ogólnymi do zabiegów fizjoterapeutycznych (choroby nowotworowe, choroby wegetatywne, ograniczenia w samodzielnym poruszaniu się)

oraz osoby posiadające orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne lub inne uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poza kolejnością. W tej grupie wiekowej jest znaczna, ale trudna do wyliczenia liczba osób. Według danych Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych populacja osób posiadających orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności to 4,5% społeczeństwa, w tym 60% orzeczeń dotyczy osób po 60. roku życia. A zatem przyjmując, że w populacji Kołobrzegu, wynoszącej 46 367 mieszkańców, orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności posiada 2 086 osoby, z czego 1 251 orzeczeń dotyczy osób po 60. roku życia. A zatem szacowana liczna osób, do której są adresowane interwencje wynosi 11 836 mieszkańców miasta.

Populacja, która zostanie włączona do programu polityki zdrowotnej przy zachowaniu równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu polityki zdrowotnej to 1 000 osób każdego roku w latach 2020-2023, czyli około 8,45% populacji osób 60. i więcej w każdym roku trwania programu. W roku 2019 planuje się rozpoczęcie programu we wrześniu, akcją promocyjną wśród lekarzy POZ i mieszkańców Kołobrzegu. Przyjęcia pacjentów zaczną się w październiku, a zatem planuje się przystąpienie do programu ok. 300 osób, co stanowi 2,53% populacji.

Przy założeniu, że pacjenci skorzystają z programu jeden raz w okresie jego trwania, populacja objęta interwencjami w latach 2019-2023 będzie wynosiła 4 300 osób, czyli 36,33% populacji mieszkańców 60 i więcej lat.

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

Celem dotarcia do jak największej liczby osób z populacji docelowej, planuje się akcje informacyjno-promocyjne z użyciem portalu miasta, portali internetowych działających w Kołobrzegu, mediów społecznościowych, prasy lokalnej, tablic reklamowych, lokalnego radia i innych. Informacje o realizowanym projekcie pojawią się także w szpitalach, przychodniach, aptekach, parafiach. Również podmioty realizujące program zostaną poproszone o przekazanie informacji za pomocą swoich kanałów komunikacyjnych takich, jak np. strona internetowa, tablice ogłoszeniowe.

W programie polityki zdrowotnej będą mogli wziąć udział mieszkańcy Kołobrzegu, którzy ukończyli 60 rok życia. Warunkiem uczestnictwa w programie jest skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W celu właściwej realizacji programu, zapewnienia właściwego włączania i ewentualnego wykluczania uczestników planuje się spotkania z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Spotkania odbędą się na początku trwania programu, w celu przedstawienia założeń i celów oraz w trakcie trwania programu, w celu przedstawienia poziomu realizacji, efektów, oraz dokonania ewentualnych poprawek organizacyjnych wynikających z wniosków z monitoringu i ewaluacji. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzi wstępny wywiad, na podstawie którego stwierdzi między innymi, czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent był objęty rehabilitacją lub w ciągu kolejnych dwóch miesięcy są planowane takie interwencje finansowane przez NFZ lub ze środków własnych. Ma to na celu wykluczenie nadmiernego obciążenia organizmu zabiegami terapeutycznymi, oraz uniknięcie potencjalnego niebezpieczeństwa podwójnego finansowania ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych. Skierowanie na rehabilitację leczniczą w trybie ambulatoryjnym, tj. na zabiegi fizjoterapeutyczne, ważne będzie 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane w miejscu, w którym udzielane będą świadczenia, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.

Kryteriami wyłączenia z programu będą: wiek poniżej 60 lat, brak odpowiedniego skierowania wystawionego przez lekarza POZ, korzystanie z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ w ciągu ostatnich 6 miesięcy lub planowane zabiegi w ciągu kolejnych 6 miesięcy.

Z programu będzie można skorzystać raz w okresie następujących po sobie 12 miesięcy. Dodatkowym warunkiem rejestracji w programie będzie posiadanie Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca, wprowadzonej przez samorząd Gminy Miasto Kołobrzeg. Rozpoczęcie udziału w programie każdego uczestnika będzie rejestrowane przez realizatora w systemie Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca. W ciągu kolejnych 12 miesięcy możliwość rejestracji w programie tej samej osoby nie będzie możliwa. Ma to służyć zapobieganiu nadużycia zabiegów terapeutycznych przez tego samego uczestnika programu, zarówno ze względów zdrowotnych jak i ze względu na zapewnienie równego dostępu do świadczeń wszystkim osobom z populacji docelowej.

III.3 Planowane interwencje

Pacjenci, którzy otrzymają skierowanie do udziału w programie zgłoszą się do wybranego realizatora, w celu odbycia pierwszej wizyty, i przeprowadzenia kwalifikacji przez lekarza oraz przeprowadzenia wstępnych testów ruchowych i ankiety. Lekarz zatrudniony przez realizatora (pożądane posiadanie specjalizacji z balneologii i medycyny fizykalnej, lub rehabilitacji medycznej) będzie kwalifikował pacjenta do odpowiednich zabiegów terapeutycznych, w cyklu 10 dni, po 3 zabiegi w ciągu dnia. Kwalifikacja będzie się odbywała z uwzględnieniem rekomendacji National Stroke Foundation 2010 oraz VHA-DoD 2010, które zalecają, że pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile jest im potrzebne i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Również podczas pierwszej wizyty będzie przeprowadzany test aktywności ruchowej, powtarzany podczas ostatniej wizyty, w celu oceny stanu zdrowia oraz postępu choroby przed i po udziale w programie. Dodatkowo przeprowadzona zostanie ankieta, na podstawie której zostaną ocenione nawyki żywieniowe pacjenta, codzienna aktywność fizyczną, status nikotynowy, inne czynniki ryzyka, oraz wiedza o prozdrowotnym stylu życia. Uczestnik programu otrzyma materiały edukacyjne na temat zasad zdrowego stylu życia. W celu porównania zmian, jakie uczestnik programu wprowadził w swoje życie, taka sama ankieta zostanie przeprowadzona podczas ostatniej wizyty, oraz po 6 miesiącach od zakończenia cyklu zabiegów. Wzór formularza badania oraz ankiety ewaluacyjnej zostanie opracowany we współpracy z realizatorami.

Zakwalifikowani pacjenci, w zależności od problemu zdrowotnego, skorzystają z 10-dniowego programu zabiegów, po 3 zabiegi w trakcie dnia zabiegowego obejmujących kinezyterapię i/lub zabiegi fizykoterapii. Podejmowane interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Zabiegi będą dopasowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, a czas ich trwania dostosowany do możliwości rehabilitowanych. Decyzja o czasie trwania rehabilitacji powinna należeć do lekarza lub fizjoterapeuty po uprzednim przebadaniu pacjenta. Dla zapewnienia ciągłości efektów zdrowotnych uzyskanych w programie, przeprowadzona zostanie edukacja uczestników w zakresie podejmowanej indywidualnie aktywności fizycznej.

Udział w programie zakończony jest wizytą, w czasie której lekarz oceni postępy zdrowotne oraz zostanie wykonany test aktywności ruchowej i ankieta, oceniająca nawyki żywieniowe pacjenta, codzienna aktywność fizyczną, status nikotynowy, inne czynniki ryzyka, oraz wiedza o prozdrowotnym stylu życia. Dodatkowo pacjenci otrzymają zestawy ćwiczeń do samodzielnego wykonywania po zakończeniu cyklu terapeutycznego, oraz ogólnodostępny link do Akademii NFZ “Aktywność fizyczna dla dorosłych – ćwiczenia o średnim stopniu trudności” https://akademia.nfz.gov.pl/aktywnosc-fizyczna-dla-doroslych-o-srednim-stopniu-trudnosci/?lang=en.

Zabiegi finansowane w programie zdrowotnym są uzupełnieniem gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Liczba refundowanych zabiegów jest niewystarczająca dla starzejącego społeczeństwa, borykającego się z wieloma problemami zdrowotnymi. Im lepszy dostęp do kompleksowej rehabilitacji, tym większa szansa na utrzymanie zdrowia i samodzielności osób starszych.

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

Każda z zakwalifikowanych osób otrzyma dostosowane indywidualnie do rodzaju schorzenia 30 zabiegów fizjoterapeutycznych. Dostępność do świadczeń powinna być zapewniona przez wyłonionych na drodze konkursu ofert realizatorów przez 5 dni w tygodniu w godzinach 8:00-18:00. Realizatorzy będą świadczyć usługi z wykorzystaniem sprzętu rehabilitacyjnego oraz z zaangażowaniem pracowników medycznych zgodnie z normami opisanymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – załącznik nr 1, punkt 1 (minimum jeden realizator) oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego jak dla ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego dorosłych i dzieci– załącznik nr 1 kolumna 11 z wyłączeniem wymagań III 6, IV 1, IV 4, V 3 (minimum jeden realizator) w czasie, który nie będzie kolidował ze świadczeniami udzielanymi w ramach umowy z NFZ. Dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ nie zostanie ograniczony na rzecz interwencji zaplanowanych w programie zdrowotnym.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie następuje z chwilą zakończenia cyklu zabiegów rehabilitacyjnych oraz odbycia wizyty końcowej. Uczestnikom zostaną przekazane zalecenia, co do dalszego postępowania. Przewiduje się możliwość kontynuacji zabiegów rehabilitacji w ramach umowy z NFZ. Możliwość ponownego udziału w programie będzie możliwa po upływie 12 miesięcy od zakończenia zabiegów terapeutycznych, przewidzianych programem, co będzie zweryfikowane na podstawie Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca. W przypadku przerwania cyklu terapeutycznego w wyniku nieprzewidzianych zdarzeń (choroba, rezygnacja, inne), w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz opinii lekarza będzie możliwy ponowny udział w programie w czasie krótszym niż 12 miesięcy. W systemie informatycznym do obsługi Kołobrzeskiej Karty Mieszkańca zostanie przywrócona możliwość ponownej rejestracji w programie. Przywrócenia dokona (na podstawie zaświadczenia lekarskiego) Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Kołobrzeg.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Realizacja prezentowanego programu składa się z następujących etapów:

I. Etap przygotowania programu (etap zrealizowany):
   1. Przegląd piśmiennictwa, danych epidemiologicznych w celu określenia znaczącego problemu w danej populacji.
   2. Stworzenie programu zdrowotnego odpowiadającego zidentyfikowanym potrzebom.

II. Etap przygotowania do realizacji programu:
   1. Ogłoszenie konkursu wyłaniającego realizatora programu.
   2. Rozstrzygnięcie konkursu na realizatora programu.
   3. Przygotowanie materiałów promocyjnych, informacyjnych i edukacyjnych.
   4. Przeprowadzenie akcji promocyjno-informacyjnej wśród mieszkańców Kołobrzegu oraz lekarzy POZ.

III. Etap realizacji programu :

1. Kierowanie pacjentów przez lekarzy POZ do programu.
2. Rejestracja u realizatora programu.
3. Wizyta początkowa, w tym konsultacja lekarska, przeprowadzenie testu aktywności ruchowej, ankiety oraz przekazanie materiałów edukacyjnych.
4. Realizacja planu terapeutycznego w cyklu 10 dni po 3 zabiegi.
5. Wizyta końcowa, w tym konsultacja lekarska, przeprowadzenie testu aktywności ruchowej, ankiety oraz przekazanie dodatkowych materiałów edukacyjnych.

IV. Etap monitorowania oraz ewaluacji.

1. Analiza zgłaszalności do programu.
2. Analiza testów aktywności ruchowej.
3. Analiza ankiet zebranych wśród uczestników programu w trakcie wizyty końcowej.
4. Analiza ankiet zebranych wśród uczestników programu po 6 miesiącach.
5. Całościowa analiza efektów działań zdrowotnych i edukacyjnych oraz opracowanie wniosków na dalsze okresy trwania programu.

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

Realizatorzy programu powinni dysponować odpowiednim sprzętem rehabilitacyjnym oraz zatrudniać wykwalifikowany personel o niezbędnych kwalifikacjach. Zasady udzielania świadczeń zostały określone w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w tabeli o nazwie “Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”. Wytyczne znajdują się także w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego w tabeli “Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych - uzdrowiskowe leczenie szpitalne, sanatoryjne i ambulatoryjne dzieci i dorosłych.”

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

V.1 Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie się odbywać na bieżąco, poprzez comiesięczny monitoring osób zarejestrowanych, jako uczestnicy programu. Realizator wyznaczy osobę/zespół odpowiedzialny za stały monitoring jakości. Dodatkowo, każdy z uczestników na każdym z etapów realizacji będzie miał możliwość pisemnego zgłaszania uwag dotyczących jakości działań podejmowanych w ramach programu.

Elementy składowe monitorowania programu to:

1. Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej:
   - liczba zakwalifikowanych uczestników programu polityki zdrowotnej.
   - liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z podaniem przyczyn.
   - liczba osób, które przerwały udział w programie, z podaniem przyczyn,
   - liczba osób obecnych na poszczególnych zabiegach - z wykorzystaniem list obecności.
   - liczba osób, które zakończyły udział w programie.
   - liczba rozprowadzonych materiałów edukacyjnych.
2. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych w programie polityki zdrowotnej:
   - przeprowadzenie ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie przeprowadzana okresowo, co 6 miesięcy, na zakończenie każdego półrocza w danym roku kalendarzowym. Wykorzystane zostaną mierniki odpowiadające celom programu. Zostanie oceniony ogólny stan pacjenta przed podjęciem rehabilitacji oraz po zastosowaniu zabiegów rehabilitacji poprzez zastosowanie testu aktywności ruchowej. Na podstawie ankiet przeprowadzonych na początku i na końcu udziału w programie zostanie oceniona efektywność edukacji pacjentów, z uwzględnieniem zmiany zachowań

na prozdrowotne. Na podstawie Informatora o Terminach Leczenia NFZ zostanie oceniona długość kolejek do poszczególnych świadczeniodawców na rehabilitację w mieście Kołobrzeg. Ewaluacja będzie zawierać również ocenę podjętych działań promocyjnych oraz organizacyjnych. Wnioski z ewaluacji będą służyły w kolejnych półrocznych okresach trwania programu do stałego polepszania jakości.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1 Koszty jednostkowe

Cena jednostkowa brutto w odniesieniu do 10-dniowego cyklu zabiegów składających się z kinezyterapii i zabiegów fizjoterapeutycznych wynosi 300,00 zł na jednego pacjenta. Cena zawiera również wizytę przed i po rozpoczęciu cyklu składającą się z konsultacji lekarskiej, testu aktywności ruchowej, przeprowadzenia ankiety, przekazania materiałów edukacyjnych. Jest to wartość szacunkowa, rzeczywisty koszt jednostkowy zostanie określony po rozstrzygnięciu konkursu ofert na wybór realizatora programu. Przy zakładanym koszcie jednostkowym, z programu będzie mogło skorzystać 1 000 osób każdego roku (w roku 2019 - 300 osób).

Koszt przygotowania i przeprowadzenia akcji promocyjnej oraz przygotowania i wydrukowania materiałów edukacyjnych w roku 2019 wyniesie 12 000 zł, koszt koordynacji i zarządzania programem – 7 210 zł. Koszt cyklu terapii 90 000 zł.

W latach 2020-2023 nie przewiduje się kosztów przygotowania materiałów promocyjnych i edukacyjnych a jedynie wydruk i dystrybucję. Szacowane koszty w kolejnych latach wyniosą: materiały promocyjne i edukacyjne – 8 800 zł/rok, koszty koordynacji i zarządzania programem 11 200 zł/rok, koszty cyklu terapii – 300 000 zł na rok.

W roku 2019 przeważają koszty pośrednie, ponieważ koszty przygotowania programu polityki zdrowotnej oraz znacząca część kosztów akcji promocyjnej z przyczyn organizacyjnych są ponoszone na początku realizacji zadania. Wysoki udział kosztów pośrednich w kosztach całkowitych w roku 2019 wiąże się ponadto z krótkim okresem interwencji w roku 2019, w miesiącach wrzesień-grudzień 2019 (istotnie niższa liczba pacjentów niż w kolejnych latach realizacji programu).

VI.2 Koszty całkowite

ROK 2019 (WRZESIEŃ-GRUDZIEŃ)

Działanie	Koszt całkowity	Koszt jednostkowy na 1uczestnika
Populacja 2019 - 300 osób		
Zabiegi terapeutyczne (cykl 30 zabiegów)	**90 000,00 zł**	**300,00 zł**
Akcja promocyjna (według cen rynkowych - informacje z M. Kołobrzeg)		
przygotowanie treści na ulotki, banery, plakaty promocyjne	600,00 zł	2,00 zł
przygotowanie spotu radiowego	600,00 zł	2,00 zł
koszty emisji w radio	1 650,00 zł	5,50 zł
banery reklamowe na lokalnych stronach internetowych	1 200,00 zł	4,00 zł
wydruk plakatów	100,00 zł	0,33 zł
spotkanie organizacyjne z lekarzami POZ i realizatorami	1 200,00 zł	4,00 zł
reklama wielkoformatowa lub gazetka senioralna, oraz wydruk ulotek	6 650,00 zł	22,17 zł
suma kosztów akcji promocyjnej	**12 000,00 zł**	**40,00 zł**
Przygotowanie, koordynacja i zarządzanie programem		
Przygotowanie merytoryczne i wydruk materiałów edukacyjnych dotyczących zdrowego żywienia, aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia	600,00 zł 2 090,00 zł	2,00 zł 6,96 zł
opracowanie merytoryczne i wydruk ankiet na początkową i końcową wizytę	600,00 zł 2 150,00 zł	2,00 zł 7,17 zł
koordynacja i ewaluacja programu	1 770,00 zł	5,90 zł
suma kosztów przygotowania, koordynacji i zarządzania programem	**7 210,00 zł**	**24,03 zł**
SUMA ZA ROK 2019	**109 210,00 zł**	**364,03 zł**

LATA 2020-2023

Działanie	Koszt całkowity w każdym roku trwania programu	Koszt jednostkowy na 1 uczestnika,
Populacja 2020-2023 – 1 000 osób każdego roku		
Zabiegi terapeutyczne (cykl 30 zabiegów)	**300 000,00 zł**	**300,00 zł**
Akcja promocyjna (według cen rynkowych - informacje z M. Kołobrzeg)		
koszty emisji w radio	6 600,00 zł	6,60 zł
wydruk plakatów (15 szt.)	100,00 zł	0,10 zł
wydruk ulotek i/lub gazetki senioralnej	2 100,00 zł	2,10 zł
suma kosztów akcji promocyjnej	**8 800,00 zł**	**8,80 zł**
Przygotowanie, koordynacja i zarządzanie programem		
wydruk materiałów edukacyjnych dotyczących zdrowego żywienia, aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia; wydruk ankiet	5 300,00 zł	5,30 zł
koordynacja i ewaluacja programu	5 900,00 zł	5,90 zł
suma kosztów przygotowania, koordynacji i zarządzania programem	**11 200,00 zł**	**11,20 zł**
SUMA ZA KAŻDY ROK PROGRAMU	**320 000,00 zł**	**320,00 zł**

VI.3 Źródła finansowania

Program zostanie w całości sfinansowany z budżetu Gminy Miasto Kołobrzeg.

VII. BIBLIOGRAFIA

[1] O. Wolska and K. Zaborowska-Sapeta, “REHABILITACJA SENIORÓW – ASPEKTY KLINICZNE I PLANOWANIE TERAPII,” *Polish Ann. Med.*, vol. 16, no. 1, pp. 148–159, 2009.

[2] M. Markowska and T. Wójcik, “Wpływ zabiegów fizjoterapeutycznych na poziom odczuwalnego bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową w odcinku lędźwiowo - krzyżowym kręgosłupa,” *Uniw. Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydz. Lek.*

[3] J. Pietsch and M. Piskunowicz, “Wpływ aktywności fizycznej na sprawność poznawczą osób starszych,” *Rozpr. Nauk. AWF we Wrocławiu*, vol. 62, no. 1, pp. 51–61, 2018.

[4] A. Edbom-Kolarz and J. T. Marcinkowski, “Upadki osób starszych-przyczyny. następstwa, profilaktyka”, *Hygeia Public Health*, 46 (3), pp. 313-318, 2011.

[5] P. Morga, J. Traczyk, K. Wittenbeck, and A. Zygmont, “Przegląd badań nad wpływem aktywności fizycznej na stan psychiczny oraz somatyczny osób starszych,” *Fizjoterapia*, vol. 23, no. 2, pp. 42–51, 2015.

[6] K. Baumann, “Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku,” *Gerontol. Pol.*, vol. 16, no. 2, pp. 80–88, 2008.

[7] G. Łój, “Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku,” *Gerontol. Pol.*, vol. 15, no. 4, pp. 153–157, 2007.

[8] A. Pilch, “Poziom motywacji osób starszych a efekty rehabilitacji,” *Fizjoterapia*, vol. 19, no. 4, pp. 17–25, 2011.

[9] A. Wiśniowska-Szurlej, A. Wilmowska-Pietruszyńska, and B. Sozański, “ASSESSMENT OF PSYCHOPHYSICAL CAPACITIES,” *Med. Pr.*, vol. 69, no. 4, pp. 375–381, 2018.

[10] M. Mękarski, “Walka o „nowego” klienta. Oferta dla seniorów w obliczu starzenia się społeczeństwa,” *Prakseologia*, vol. 2, no. 157, pp. 75–84, 2015.

[11] GUS, “Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2018 r . Stan w dniu 31 XII 2018”.

[12] GUS, “Notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”,” 2016.

[13] GUS, “Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2017r.,” 2018.

[14] MZ, “Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego,” 2018.

[15] GUS, “Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2000-2010,” 2011.

[16] “Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych,” 2018.

[17] “Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.”

[18] National Stroke Foundation, “Clinical Guidelines for Stroke Management”, Melbourne, 2010.

[19] Department of Veterans Affair , Department of Defense, The American Heart Association/American Stroke Association “VA/ DoD Clinical Practice Guideline For The Management of Stroke Rehabilitation”, Version 2.0, 2010.

[20] Royal College of Physicians, “National clinical guideline for stroke”, Fifth Edition, 2016.

Załącznik nr 2 do Uchwały .....

Rady Miasta Kołobrzeg z dnia 5 listopada 2019 r.

Aneks nr 1 do programu polityki zdrowotnej "Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023".

W dniu 10 października 2019 roku do Gminy Miasto Kołobrzeg wpłynęła opinia nr 144/2019 z dnia 4 października 2019 roku wydana przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. "Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023".

Opinia oceniająca technologię medyczną została sporządzona na podstawie art. 48 ust. 4 w związku z art. 31a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1873) i dotyczy technologii medycznej w opracowanym przez Gminę Miasto Kołobrzeg programie zdrowotnym "Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023".

Opinię wskazanym powyżej programie wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.120.2019 „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023" realizowany przez: Miasto Kołobrzeg, Warszawa, wrzesień 2019, aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży" z sierpnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 310/2019 z dnia 30 września 2019 roku o projekcie programu „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023".

Przekazana opinia jest pozytywna, pod warunkiem uwzględniania poniższych uwag:

1. Cel główny oraz cele szczegółowe warto przekonstruować w taki sposób, aby były mierzalne i osiągalne. Mierniki efektywności wymagają doprecyzowania tak, aby odnosiły się do wszystkich celów programu i umożliwiły pomiar efektywności programu.

2. Zaplanowane interwencje korespondują z wytycznymi, przy czym nie wskazano katalogu jednostkowych zabiegów, co wymaga uzupełnienia. Należy także mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały świadczeń finansowanych w ramach NFZ u danego pacjenta.

3. Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, w szczególności w odniesieniu do oceny efektywności programu. Należy podkreślić, że wyniki monitorowania i ewaluacji będą stanowić istotną część raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, zatem zasadnym jest prawidłowe opracowanie tych elementów programu.
4. W budżecie programu należy wskazać koszty jednostkowe planowanych zabiegów oraz oszacować kwotę przeznaczoną na monitorowanie i ewaluację programu.

Uwzględniając konieczność wprowadzenia poprawek do ocenianego programu zdrowotnego:

a) do działu VI.2 Koszty całkowite dopisuje się wskazane poniżej zdanie,
b) następujące zapisy programu otrzymują brzmienie:

II.1 Cel główny

Uzyskanie maksymalnie możliwej poprawy sprawności i jakości życia osób z populacji mieszkańców Kołobrzegu poprzez objęcie w okresie 2019-2023 usługami rehabilitacyjnymi łącznie 4 300 osób, tj. 36,33% populacji 60+.

II.2 Cele szczegółowe

1. Wzrost dostępności do usług rehabilitacyjnych świadczonych na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg o 1 000 osób każdego roku trwania programu (w roku 2019 - 300 osób).
2. Ograniczenie progresji chorób narządu ruchu poprzez niwelowanie czynników ryzyka związanych wiekiem u populacji objętej interwencją.
3. Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki urazów i chorób związanych z procesami starzenia się w ciągu trwania programu u co najmniej 75 % uczestników programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Ilościowe:
   - liczba osób, które zgłosiły sie do realizatora w celu realizacji interwencji w danym roku kalendarzowym i liczba osób, które faktycznie odbyły rehabilitację.
   - liczba osób u których uzyskano obiektywną poprawę stanu funkcjonalnego na podstawie badania końcowego.
2. Jakościowe:

- odsetek osób u których uzyskano poprawę stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i ograniczeń w ruchomości.
- odsetek osób u których stwierdzono poprawę wiedzy w zakresie profilaktyki urazów i chorób związanych w procesami starzenia się w ramach porównania testów wiedzy przed i po przeprowadzeniu programu edukacji zdrowotnej.

III.3 Planowane interwencje

Pacjenci, którzy otrzymają skierowanie do udziału w programie zgłoszą się do wybranego realizatora w celu zaplanowania i odbycia pierwszej wizyty. Kwalifikacja wraz z badaniem będzie mogła być przeprowadzona przez zatrudnionego u realizatora:

1) lekarza specjalistę z balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub rehabilitacji, lub posiadającego I stopień specjalizacji i ukończony kurs z podstaw balneologii i medycyny fizykalnej (wizyta lekarska),
2) fizjoterapeutę posiadającego kwalifikacje poziomu rozszerzonego lub poziomu specjalistycznego, o których mowa w § 2 pkt 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 roku w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r, poz. 1319) (wizyta fizjoterapeutyczna),

który będzie kwalifikował pacjenta do odpowiednich zabiegów terapeutycznych, w cyklu 10 dni, po 3 zabiegi w ciągu dnia. Kwalifikacja będzie się odbywała z uwzględnieniem rekomendacji National Stroke Foundation 2010 oraz VHA-DoD 2010, które zalecają, że pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile jest im potrzebne i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Również podczas pierwszej wizyty będzie przeprowadzany test aktywności ruchowej, powtarzany podczas ostatniej wizyty, w celu oceny stanu zdrowia oraz postępu choroby przed i po udziale w programie. Dodatkowo przeprowadzona zostanie ankieta, na podstawie której zostaną ocenione nawyki żywieniowe pacjenta, codzienna aktywność fizyczną, status nikotynowy, inne czynniki ryzyka, oraz wiedza o prozdrowotnym stylu życia. Uczestnik programu otrzyma materiały edukacyjne na temat zasad zdrowego stylu życia. W celu porównania zmian, jakie uczestnik programu wprowadził w swoje życie, taka sama ankieta zostanie przeprowadzona podczas ostatniej wizyty. Wzór formularza badania oraz ankiety ewaluacyjnej zostanie opracowany we współpracy z realizatorami.

Zakwalifikowani pacjenci, w zależności od problemu zdrowotnego, skorzystają z 10-dniowego programu zabiegów, po 3 zabiegi w trakcie dnia zabiegowego obejmujących kinezyterapię i/lub zabiegi fizykoterapii. Podejmowane interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Zabiegi będą dopasowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, a czas ich trwania dostosowany do możliwości rehabilitowanych. Decyzja o czasie trwania rehabilitacji powinna należeć do lekarza lub fizjoterapeuty po uprzednim przebadaniu pacjenta. Dla zapewnienia ciągłości efektów zdrowotnych uzyskanych w programie, przeprowadzona zostanie edukacja uczestników w zakresie podejmowanej indywidualnie aktywności fizycznej.

Udział w programie zakończony jest wizytą lekarską lub fizjoterapeutyczną, w czasie której będą podlegać ocenie postępy zdrowotne oraz zostanie wykonany test aktywności ruchowej i ankieta, oceniająca nawyki żywieniowe pacjenta, codzienna aktywność fizyczną, status nikotynowy, inne czynniki ryzyka, oraz wiedza o prozdrowotnym stylu życia. Dodatkowo pacjenci otrzymają zestawy ćwiczeń do samodzielnego wykonywania po zakończeniu cyklu terapeutycznego, oraz ogólnodostępny link do Akademii NFZ "Aktywność fizyczna dla dorosłych – ćwiczenia o średnim stopniu trudności" https://akademia.nfz.gov.pl/aktywnosc-fizyczna-dla-doroslych-o-srednim-stopniu-trudnosci/?lang=en.

Zabiegi, jakie powinny być zlecane w ramach interwencji zostaną określone przez osobę zlecającą zabiegi, z zastrzeżeniem, że muszą być one zabiegami o udowodnionej skuteczności medycznej i bezpieczeństwie. W przypadku realizatora będącego podmiotem leczniczym i posiadającego peloidy charakterystyczne dla uzdrowiska Gmina Miasto Kołobrzeg katalog zabiegów obok przedstawionego w poniższej tabeli musi uwzględniać wykorzystanie tychże peloidów. Realizator będący podmiotem leczniczym nie posiadający dostępu do peloidów charakterystycznych dla uzdrowiska Gmina Miasto Kołobrzeg wykonuje zabiegi znajdujące się w poniższej tabeli:

lp	ICD-9	Nazwa
1	93.0101	Ocena lokomocji
2	93.0102	Ocena samoobsługi
3	93.0103	Ocena sprawności manualnej
4	93.0104	Ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy
5	93.0105	Ocena równowagi i stabilności ciała
6	93.02	Ocena potrzeb zaopatrzenia ortopedycznego
7	93.03	Ocena potrzeb zaopatrzenia protetycznego
8	93.0401	Manualna ocena siły mięśniowej – Test Lovetta

9	93.0402	Dynamometryczna ocena siły mięśni
10	93.0403	Tensometryczna ocena siły mięśniowej
11	93.0503	Badanie zakresów ruchów kręgosłupa
12	93.0504	Badanie zakresów ruchów stawów obwodowych
13	93.0701	Pomiar obwodów części ciała
14	93.0702	Pomiar obwodu głowy
15	93.0901	Ocena stanu neuromotorycznego
16	93.0905	Elektrodiagnostyka
17	93.1121	Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie
18	93.1122	Ćwiczenia bierne redresyjne
19	93.1131	Ćwiczenia czynno-bierne
20	93.1132	Ćwiczenia wspomagane
21	93.1133	Ćwiczenia prowadzone
22	93.1202	Ćwiczenia czynne wolne
23	93.1204	Ćwiczenia samowspomagane
24	93.1205	Ćwiczenia czynne w odciążeniu
25	93.1301	Ćwiczenia izometryczne
26	93.1303	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem
27	93.1304	Ćwiczenia izotoniczne
28	93.1305	Ćwiczenia izokinetyczne
29	93.14	Odtwarzanie gry stawowej
30	93.1501	Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa
31	93.1502	Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa
32	93.1503	Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa
33	93.1601	Mobilizacja małych stawów
34	93.1602	Mobilizacja dużych stawów
35	93.1701	Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie
36	93.1804	Ćwiczenia i kinezyterapia oddechowa – oklepywanie
37	93.1811	Drenaż ułożeniowy
38	93.1812	Czynne ćwiczenia oddechowe
39	93.1813	Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
40	93.1814	Nauka kaszlu i odksztuszania
41	93.1901	Ćwiczenia równoważne
42	93.1902	Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące
43	93.1903	Ćwiczenia sprawności manualnej
44	93.1904	Ćwiczenia samoobsługi
45	93.1907	Ćwiczenia zespołowe
46	93.1909	Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
47	93.1910	Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe
48	93.1911	Ćwiczenia koordynacji ruchowej
49	93.1912	Poizometryczna relaksacja mięśni
50	93.1913	Ćwiczenia koordynacyjno-równoważne wg Frenkla
51	93.1914	Ćwiczenia ułożeniowe Bürgera

52	93.1915	Ćwiczenia synergistyczne
53	93.2201	Pionizacja bierna
54	93.2202	Pionizacja czynna
55	93.2203	Przygotowanie do chodzenia
56	93.2204	Nauka czynności lokomocyjnych
57	93.23	Dopasowanie aparatów ortopedycznych
58	93.2401	Ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych
59	93.2402	Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym
60	93.27	Stretching mięśni lub ścięgien
61	93.28	Stretching powięzi
62	93.3101	Indywidualne ćwiczenia w wodzie
63	93.3103	Zbiorowe ćwiczenia w basenie
64	93.3301	Kąpiel wirowa kończyn górnych
65	93.3302	Kąpiel wirowa kończyn dolnych
66	93.3401	Diatermia krótkofalowa
67	93.3402	Diatermia mikrofalowa
68	93.3501	Ciepłe suche okłady
69	93.3502	Parafinoterapia
70	93.3601	Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym
71	93.3602	Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym
72	93.3603	Trening stacyjny
73	93.3604	Trening marszowy
74	93.3605	Trening marszowy z przyborami
75	93.3807	Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath
76	93.3808	Metody neurofizjologiczne – Metoda PNF
77	93.3810	Metody neurofizjologiczne – ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeetback)
78	93.3812	Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping/
79	93.3814	Metoda Bad Ragaz – Ring
80	93.3912	Masaż klasyczny – częściowy
81	93.3919	Galwanizacja
82	93.3920	Jonoforeza
83	93.3922	Kąpiel elektryczno-wodna dwukomorowa – kończyn dolnych
84	93.3923	Kąpiel elektryczno-wodna czterokomorowa
85	93.3927	Tonoliza
86	93.3928	Prądy diadynamiczne
87	93.3929	Prądy interferencyjne
88	93.3930	Prądy TENS
89	93.3931	Prądy KOTZA
90	93.3932	Prądy TRABERTA
91	93.3937	Naświetlanie promieniami IR – miejscowe
92	93.3939	Laseroterapia
93	93.3940	Laseroterapia punktowa

94	93.3943	Ultradźwięki
95	93.3944	Fonoforeza
96	93.3948	Fango
97	93.3951	Krioterapia miejscowa ciekłym azotem
98	93.3953	Zawijania lub okłady borowinowe częściowe
99	93.3982	Pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
100	93.3983	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości
101	93.3988	Elektrostymulacja mięśni
102	93.3989	Elektrostymulacja funkcjonalna (FES)
103	93.3998	Krioterapia elektrycznie schłodzonym powietrzem

W ramach interwencji, o ile lekarz lub fizjoterapeuta zlecając zabiegi uzna za stosowne osoba biorąca udział w programie uzyska niezbędną pomoc dietetyka i psychologa.

V.1 Monitorowanie

Ocena maksymalnie możliwej do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia będzie przeprowadza na podstawie sprawozdań realizatorów w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu i oparta na wyniku badania końcowego.

Wzrost dostępności do usług rehabilitacyjnych świadczonych na terenie Gminy Miasto Kołobrzeg o 1 000 osób każdego roku trwania programu (w roku 2019 - 300 osób) będzie oceniany na podstawie rocznego sprawozdania realizatorów programu zawierających:

- liczbę osób zgłaszających się do programu,
- liczbę osób zakwalifikowanych do programu,
- liczbę osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji w programie,
- liczbę osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji,
- liczbę osób, które ukończyły pełen cykl interwencji,
- liczbę rozprowadzonych materiałów edukacyjnych.

Ograniczenie progresji chorób narządu ruchu poprzez niwelowanie czynników ryzyka związanych wiekiem u populacji objętej interwencją będzie monitorowane poprzez kwartalną ocenę wyników rehabilitacji na podstawie badania końcowego, w skład którego będą wchodziły takie same jak przy badaniu początkowym testy ruchomości i odczuwania bólu (wg. skali VAS).

Odsetek osób u których stwierdzono poprawę wiedzy w zakresie profilaktyki urazów i chorób związanych w procesami starzenia się w ramach porównania testów wiedzy przed i po przeprowadzeniu programu edukacji zdrowotnej będzie przeprowadzany na podstawie tego samego testu wypełnianego przez uczestnika programu przed i po interwencji. Test zostanie ułożony przez realizatorów programu i będzie uwzględniał założenia interwencji. Test będzie taki sam u wszystkich realizatorów, i będzie zawierał 20 pytań. Do uznania, że program edukacyjny został zrealizowany poprawnie przyjmuje się, że 75 % odpowiedzi w teście końcowym powinno być poprawnych, albo powinna nastąpić poprawa w udzielanych odpowiedziach o co najmniej 30% w stosunku do testu początkowego. Parametr ten będzie badany na podstawie sprawozdań kwartalnych.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie przeprowadzana okresowo, co 6 miesięcy na zakończenie każdego półrocza w danym roku kalendarzowym oraz po zakończeniu interwencji. Będą wykorzystywane wskaźniki jakościowe i ilościowe wskazane w dziale V - monitorowanie. W celu sporządzenia analizy skuteczności realizacji programu raz w roku na podstawie raportów kwartalnych liczonych narastająco i uwag uczestników programu będzie przeprowadzana analiza osiągalności następujących współczynników:

1. Liczba osób zgłaszających się do programu - nie mniej niż 1 000 osób,
2. Liczba osób zakwalifikowanych do programu - nie mniej niż 1 000 osób,
3. Liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji w programie - nie mniej niż 800 osób,
4. Liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej - nie mniej niż 800 osób,
5. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji - nie więcej niż 10% osób zakwalifikowanych,
6. Liczba rozprowadzonych materiałów edukacyjnych - nie mniej niż 90%,
7. Liczba osób, u których stwierdzono obiektywną poprawę stanu zdrowia stwierdzoną na podstawie testu ruchomości przed i po zakończeniu interwencji - nie mniej niż 75 osób.
8. Liczba osób ze zmniejszonymi odczuciami bólowymi - nie mniej niż 75% osób.
9. Liczba i charakter uwag - zgodnie z wniesionymi uwagami uczestników.

Po dokonaniu analizy Gmina Miasto Kołobrzeg, po uzgodnieniu z realizatorami może wprowadzić korekty do realizacji programu.

VI.2 Koszty całkowite

Szacowany koszt jednostkowy zabiegu będzie wahał się od 6 zł do 30 złotych za zabieg z zastrzeżeniem, że całkowita interwencji na jedną osobę biorącą udział w programie nie może być większa niż 300 złotych za wszystkie czynności wykonywane przez realizatora. Szczegółowe koszty ogólne i jednostkowe przedstawia poniższa tabela.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 i 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych gminy należy opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. W rozumieniu ww. ustawy program polityki zdrowotnej stanowi zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającychh osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany i realizowany przez jednostkę samorządu terytorialnego.

Przedmiotem projektu Uchwały jest przyjęcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023".

Program uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 144/2019 z dnia 4 października 2019 r.

Aneks do programu zawiera poprawki zgodne z uwagami wyrażonymi w opinii Prezesa AOTMiT.

Program polityki zdrowotnej ma na celu poprawę sprawności i jakości życia mieszkańców Miasta Kołobrzeg od 60 r.ż.

W okresie trwania programu przewiduje się objęcie usługami rehabilitacyjnymi łącznie 4.300 osób. Ogólna liczba mieszkańców Kołobrzegu w wieku 60 lat i więcej wynosi 13.083 osoby. Mieszkańcy w wieku 60+ stanowią 28,22% populacji miasta Kołobrzeg. Jest to znaczący odsetek ogółu mieszkańców miasta.

Realizacja programu jest zamierzeniem wieloletnim i przewidziana została na okres 5 lat. Całkowity koszt programu w okresie realizacji wyniesie 1.389.210 zł.