

**UCHWAŁA NR XVIII/139/2025
RADY MIEJSKIEJ W DARŁOWIE**

z dnia 25 czerwca 2025 r.

w sprawie przyjęcia Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo” na lata 2026-2027.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465, 1572, 1907, 1940), 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 (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593, 1615, 1915, z 2025 r. poz. 129, 304), po zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rada Miejska w Darłowie uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Program Polityki Zdrowotnej na lata 2026-2027, będący kontynuacją Programu z roku 2018, pn. „*Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo*”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Darłowo.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Darłowie

Czesław Woźniak

Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo na lata 2026-2027.

Okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2026-2027

Podmiot opracowujący podmiot polityki zdrowotnej: Miasto Darłowo, Pl. T. Kościuszki 9, 76-150 Darłowo.

Podstawa prawna: „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+- mieszkańców Miasta Darłowo” wprowadzony zostanie na podstawie:

- ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024, poz.1465, z późn. zm.),
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024, poz. 146, z późn.zm.).

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego.

Niepełnosprawność wśród osób starszych jest jednym z narastających zjawisk i ogólnoswiatowych problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym.

Wprowadzenie przez samorząd darłowski programu zdrowotnego obejmującego kompleksową terapię i rehabilitację seniorów jest uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w naszym mieście- bowiem istnieje tylko jeden gabinet fizjoterapii, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, który prowadzi działalność od stycznia 2020 roku.

Proces starzenia się przyczynia się do obniżenia zdolności motorycznych, co pociąga za sobą niepewność w wykonywaniu ruchów. Pogorszeniu ulegają wszystkie zdolności motoryczne, jak i gibkość. Niezwykle istotne w przypadku rehabilitacji jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie, długofalowość oraz systematyczność. Podstawę powinna stanowić kinezyterapia, czyli ćwiczenia fizyczne. Przed rozpoczęciem procesu rehabilitacji ruchowej osób starszych powinno nastąpić dokładne określenie stanu układu krążenia, układu oddechowego, zmian w obrębie narządu ruchu, ocena możliwości komunikowania się z otoczeniem oraz stan psychiczny danej osoby. Ogólny stan pacjenta można ocenić za pomocą różnych testów oceniających. Testy te mogą służyć ocenie równowagi ciała, ryzyka upadków, chodu czy zdolności do wykonywania prostych czynności. Na tej podstawie określa się cel terapii ruchowej oraz indywidualny plan rehabilitacyjny. Podczas procesu usprawniania należy cały czas monitorować stan osoby starszej, a w razie jakichkolwiek niekorzystnych zmian modyfikować. Należy pamiętać, że udział w określonych zajęciach ruchowych powinien być uzależniony od aktualnego stanu zdrowia, sprawności ruchowej, wydolności wysiłkowej, doświadczenia oraz motywacji, przy odsunięciu wieku na dalszy plan. Z kolei wielkość i rodzaj obciążeń wysiłkiem fizycznym powinien być uzależniony od wieku, chorób współistniejących oraz stanu organizmu, a także powinien zostać dobrany na podstawie wcześniej prowadzonych prób wydolności i testów czynnościowych.

Prowadząc rehabilitację ruchową z osobami starszymi należy pamiętać o odpowiednim dawkowaniu wysiłku. Przykładowo osoby, które prowadzą siedzący tryb życia powinny rozpoczynać rehabilitację od krótkich serii ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków.

Rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo. Oznacza to, że przede wszystkim powinna skupiać się na rehabilitacji głównego problemu osoby starszej, np. na złamaniu szyjki kości udowej. W pierwszej fazie priorytetem powinno być jak najszybsze przywrócenie sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych, a następnie przywracanie sprawności w zakresie bardziej złożonych czynności. Obecnie coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów, które zawierają elementy jogi, gimnastyki czy tańca.

Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo, zwany dalej Programem, dotyczy osób starszych, w wieku 60 + zarówno z przewlekłymi jak i pourazowymi schorzeniami narządów ruchu, układu kostnego i mięśniowego, centralnego układu nerwowego, obwodowego układu nerwowego. Do najczęściej diagnozowanych przypadków należą: choroba zwyrodnieniowa stawów, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, osteoporoza, rwa kulszowa i barkowa, dna moczanowa, stany po leczeniu operacyjnym (stawy biodrowe, barkowe, kolanowe), stany po leczeniu operacyjnym kręgosłupa, przewlekłe zapalenie kręgosłupa szyjnego, zespół bolesnego barku, zespół bolesnego łokcia, zapalenie okołostawowe ścięgien, torebki stawowej i mięśni, zespół fibromialgii, zwichnięcie i skręcenie urazowe stawów, uszkodzenie łokotki, naderwanie i uszkodzenie więzadeł, ścięgien i mięśni, ostrogi piętowe, stany poudarowe mózgu, stany pourazowe kończyn, przewlekłe podostre stany zapalne nerwów obwodowych, mięśniobóle, nerwobóle, neuralgie, przykurczę, zwalczanie przewlekłego i patologicznego bólu (zachowawczo), zwalczanie odruchowej i ośrodkowej spastyczności mięśni w procesie rehabilitacji neurologicznej. Rehabilitacja obejmować będzie również osoby z pourazowymi schorzeniami ruchu spowodowanymi wypadkami komunikacyjnymi oraz nabytymi schorzeniami pourazowymi nabytymi wskutek zdarzeń losowych.

I.2. Dane epidemiologiczne

Dane epidemiologiczne dotyczące najbardziej powszechnych jednostek chorobowych występujących u osób w wieku 60 +.

Choroba / schorzenie	Epidemiologia (dane ogólne)	Epidemiologia (dane lokalne)
reumatoidalne zapalenie stawów	Częstość występowania waha się od 0,5% do 1,5%. Częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn - w proporcji 3:1. Choroba pojawia się w 30 - 55 roku życia. Skutkuje postępującą niesprawnością. Prawie u połowy chorych obserwuje się znacznie pogorszoną funkcjonalność w ciągu 10 lat trwania choroby. ¹	około 7% pacjentów

¹ International Association for the Study of Pain, 2010.

dna moczanowa	Występuje częściej u mężczyzn (90%) między 40-60 rokiem życia. Często współistnieje z otyłością, cukrzycą, chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym. ²	około 2% pacjentów
choroby reumatyczne tkanek miękkich (zespół bolesnego barku, zespół bolesnego łokcia, ostrogi piętowe, zespół fibromialgii)	Czynnikami predysponującymi są: zaawansowany wiek, wady budowy, wady postawy, częste przeciążenia, mikrourazy, a także czynniki psychologiczne. Fibromialgia występuje około 9-krotnie częściej u kobiet. ³	około 15% pacjentów

² Balneologia Polska; Włodzimierz Samborski, Miejsce fizjoterapii w reumatologii str. 68-78.

³ Ibidem.

choroba zwyrodnieniowa stawów	Na wystąpienie choroby mają wpływ czynniki ryzyka ogólne (zaawansowany wiek, predyspozycje genetyczne, otyłość) oraz miejscowe, takie jak np.: niestabilność stawu, wrodzony lub nabyty nieprawidłowy kształt stawu, uraz, szczególnie rodzaj aktywności fizycznej.⁴ Choroba najczęściej obejmuje stawy kręgosłupa, stawy biodrowe oraz kolana. Choroba obniża sprawność ruchową oraz utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym. Głównym objawem chore zwyrodnieniowej stawów jest ból pojawiający się na początku ruchu, a ustępujący w czasie spoczynku.⁵	około 10% pacjentów
choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa	Na wystąpienie choroby mają wpływ czynniki ryzyka ogólne (zaawansowany wiek, predyspozycje genetyczne, otyłość), oraz miejscowe, takie jak np.: uraz, szczególnie rodzaj aktywności fizycznej.⁶	około 10% pacjentów

⁴ Ibidem.

⁵ *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych*, Nowiny Lekarskie, 2013, nr 82, s. 89-96.

⁶ *Balneologia Polska; Włodzimierz Samborski, Miejsce fizjoterapii w reumatologii* str. 68-78.

osteoporoza	W Polsce osteoporozę stwierdza się u około 7% kobiet w wieku 45-64 lat oraz u niemal 25% w wieku 65-74 lat i 50% po 75 roku życia.⁷ Osteoporoza, powoduje zmniejszenie gęstości tkanki kostnej, prowadząc wtórnie do złamań, a w najgorszym wypadku do inwalidztwa.⁸	około 30% pacjentów w wieku podeszłym
Urazy, wypadki komunikacyjne i powikłania powypadkowe kończyn oraz kręgosłupa	Urazy u pacjentów w wieku podeszłym obciążone są zwiększoną liczbą powikłań i wyższą śmiertelnością. Obniżenie rezerw czynnościowych oraz choroby towarzyszące mogą mieć niekorzystny wpływ na rozpoznanie i przebieg leczenia u osób starszych. Nawet nieznaczne zmiany fizjologiczne mogą oznaczać u nich poważny uraz. Wczesne rozpoznanie uszkodzeń i odpowiednie leczenie mogą zwiększać szanse przeżycia u tych chorych.⁹	około 1% pacjentów

⁷ abc Zdrowie.pl, „Epidemiologia osteoporozy”, lekarz Anna Zielińska, 2009.

⁸ Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych, Nowiny Lekarskie, 2013, nr 82, s. 89-96.

⁹ „Urazy u osób w wieku starszym”, Lech Baczuk, Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, 2008.

udar mózgu	Udar mózgu jest najpoważniejszą chorobą naczyniową mózgu oraz jednym z największych problemów w medycynie. Na całym świecie stanowi trzecią w kolejności przyczynę zgonów i główny powód niepełności u osób powyżej 40. roku życia. W Polsce według raportu zespołu ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (NPPiLUM) z 1999 roku rejestruje się 60 000 nowych udarów rocznie. Zapadalność w Polsce jest przy tym podobna jak w innych krajach europejskich, tzn. wynosi około 177 przypadków na 100 000 mężczyzn i 125 na 100 000 kobiet. Znacznie gorzej przedstawia się umieralność z powodu udaru, wynosząca 106 na 100 000 dla mężczyzn i 79 na 100 000 dla kobiet, co należy do najwyższych wskaźników w Europie. Równie niekorzystny jest współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu. Podczas gdy w krajach wysoko rozwiniętych około 50% chorych pozostaje niepełnosprawnymi, w Polsce współczynnik ten wynosi 70%.	około 3% pacjentów
------------	---	--------------------

nadciśnienie tętnicze	Powszechnym problemem osób w podeszłym wieku jest nadciśnienie tętnicze. Proponuje się zatem odpowiednio dobrane ćwiczenia fizyczne. Szczególnie zalecane są ćwiczenia izotoniczne, dostosowane intensywnością do możliwości pacjenta. Wartość ciśnienia tętniczego krwi silnie związana jest ze śmiertelnością i ryzykiem występowania chorób układu krążenia, wśród których dominują: zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca oraz choroby tętnic obwodowych.¹⁰	około 10%
-----------------------	---	-----------

Wraz ze wzrostem długości życia pojawiają się jednak również nowe wyzwania zdrowotne. Badania wskazują, że wraz z wiekiem rośnie liczba chorób i przewlekłych dolegliwości. W grupie osób w wieku 60-69 lat przypada średnio 3,1 choroby przewlekłej lub przewlekłych dolegliwości, podczas gdy u osób siedemdziesięcioletnich jest to już 4,1, a u najstarszych osób - 4,5.¹¹

Większość odnalezionych publikacji wskazuje że najczęściej występujące u seniorów problemy zdrowotne są związane z chorobami układu ruchu, kardiologicznego, oddechowego, metabolicznego, wzroku, słuchu, centralnego układu nerwowego oraz choroby psychiczne, otępienne. Nadciśnienie tętnicze jest bardzo często zgłaszaną dolegliwością zdrowotną wśród starszych Polaków i dotyczy ponad połowy tej grupy. Osoby starsze często skarżą się również na bóle dolnej części pleców (ponad 40% populacji), chorobę zwyrodnieniową stawów (blisko 40%), bóle szyi lub środkowej części pleców (29%), chorobę wieńcową (u co czwartej osoby starszej), cukrzycę (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy i migrenę (około 12% dla każdej z tych dolegliwości).¹² Problemy związane z narządem ruchu sygnalizuje więcej niż co trzeci senior. Osoba starsza zgłasza trudności w pokonaniu 500 metrów samodzielnie (bez pomocy innych osób lub urządzeń wspomagających). W grupie wiekowej 70-79 lat problemy z poruszaniem się ma prawie połowa osób, a w grupie najstarszej (80 lat i więcej) prawie 75% populacji. Blisko 30% osób w wieku 60-69 lat, ponad połowa osób w grupie wiekowej 70-79 lat i prawie 80% osób w wieku 80 lat i starszych deklaruje trudności z samodzielnym wchodzeniem i schodzeniem po schodach na piętro bez żadnej pomocy.

¹⁰ *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych*, Nowiny Lekarskie, 2013, nr 82, s. 89-96.

¹¹ *Geriatric drug evaluation*: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21606098/>, dostęp: 08.04.2025.

¹² https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60._struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf, dostęp: 08.04.2025.

Badanie wykazało również, że co trzecia osoba w wieku 60 lat i więcej ma trudności z wykonywaniem codziennych czynności związanych z samoobsługą. Największe trudności występują w kładzeniu się i wstawaniu z łóżka, siadaniu i wstawaniu z krzesła, kąpaniu się lub myciu pod prysznicem, ubieraniu się i rozbieraniu. Co czwarta osoba w wieku 60 lat i więcej zgłasza problemy z co najmniej jedną z tych czynności. Poziom samoobsługi maleje wraz z wiekiem, a u najstarszych osób problemy z samoobsługą deklaruje już 3 na 5 osób.¹³

Dostępność do świadczeń rehabilitacji dla starszych mieszkańców Miasta Darłowo w ramach NFZ jest ograniczona, bowiem istnieje tylko jeden gabinet fizjoterapii, który posiada podpisaną umowę z NFZ, który prowadzi działalność od stycznia 2020 roku. Inne a najbliższe placówki rehabilitacyjne znajdują się w Dąbkach i Jarosławcu. Na terenie Miasta Darłowo znajduje się siedem prywatnych gabinetów rehabilitacji, które nie świadczą usług w ramach NFZ. Środowisko seniorów naznaczone jest ubóstwem. Skutkuje to coraz mniejszymi możliwościami leczenia osób powyżej 60 r.ż. i wydłużającą się kolejką oczekujących pacjentów. Niezależnie od jednostki chorobowej, o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i intensywność zajęć terapeutycznych, a także ciągłość. Dlatego należy doprowadzić do zwiększenia dostępności do zabiegów z zakresu rehabilitacji leczniczej poprzez finansowanie ich z budżetu Miasta Darłowo.

I.3 Opis obecnego postępowania.

Program oparto na priorytetach zdrowotnych z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, zmienionego Rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2021 r. (Dz.U.2021, Poz. 2144), mając szczególnie na uwadze poprawę jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym (§1 ust.10 rozporządzenia- zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi). Epidemiologia niektórych schorzeń objętych programem zdrowotnym została opracowana na podstawie danych ogólnych oraz danych uzyskanych z gabinetów rehabilitacyjnych na terenie naszego miasta tj. Gabinet Fizjoterapii Agnieszka Piłat, ul. Św. Gertrudy oraz Dar - Active Usługi Fizjoterapeutyczne Agata Kapczyńska –Gontarz, ul. M.C. Skłodowskiej 32.

Autorzy kierowali się także wytycznymi znajdującymi się w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U.2015, poz. 1705, z późn.zm).

Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo został także oparty o dane przedstawione w pozycji *„Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce”* pod redakcją prof. Andrzeja M. Fala, Warszawa, 2016, rozdz. 1.¹⁴

¹³ <https://pulsmedycyny.pl/system-ochrony-zdrowia/system-ochrony-zdrowia/srednia-dlugosc-zycia-w-polsce-ile-lat-zyja-mezczyzni-a-ile-kobiety/>, dostęp: 08.04.2025.

¹⁴ *Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce, pod redakcją prof. Andrzeja M. Fala, Warszawa, 2016, rozdz.1.*

Polska nie należy do państw o najwyższym zaawansowaniu starości demograficznej, ale jest krajem „starzejącym się” - jest to konsekwencją wydłużania się trwania życia, przy jednocześnie malejącym współczynniku płodności. 15,4% społeczeństwa polskiego to osoby w wieku poprodukcyjnym, czyli prawie 6 milionów osób. W ciągu ostatnich 15 lat liczba osób starych w społeczeństwie wzrosła o prawie 3%. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego, w 2002 roku odsetek osób w wieku 60 lat i więcej sięgał 17%, w roku 2030 osiągnąć on ma – według najnowszych prognoz – niemal 30%.

W Polsce nie ma wyodrębnionego systemu działań na rzecz osób starszych. Korzystają one z rozwiązań prawnych na ogólnych zasadach, mają uprawnienia do korzystania ze świadczeń takie jak inne grupy społeczne. W polityce społecznej przyjęte jest założenie, że osoba starsza jest pełnoprawnym i pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, wraz z całym bagażem doświadczeń i potrzeb oraz z całą sferą emocjonalną, duchową i fizyczną. Stąd dążenie, by na problemy osób starszych patrzeć przez pryzmat ich możliwości i sprawstwa. Ustawodawstwo polskie nie traktuje starości jako dysfunkcji.

Dotychczas realizowana polityka państwa nastawiona była na zapewnienie osobom starszym dochodów (emerytury i renty, w pewnym stopniu pomoc społeczna) i opieki zdrowotnej oraz wspieranie lub zastępowanie, choć w ograniczonym zakresie, rodziny w jej funkcjach opiekuńczych. Zmiany liczebności i struktury grupy osób starszych (wykształcenie, aspiracje społeczne, ekonomiczne, kulturalne, stan zdrowia), różnicowanie aktywności życiowej i zawodowej oraz, z drugiej strony, malejące możliwości rodziny w kwestii zapewnienia pomocy i oparcia, rodzą potrzebę nowego podejścia do problemów osób starszych.

Najważniejsze działania podejmowane w naszym kraju na rzecz seniorów w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej (*Informacje na temat podejmowanych w Polsce działań na rzecz osób starszych –realizacja madryckiego planu działania na rzecz osób starszych*, [link https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Spoeczne%20prawa%20czlowieka/3.%20raport%202011.doc](https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Spoeczne%20prawa%20czlowieka/3.%20raport%202011.doc)).

- Działania na rzecz osób starszych, realizowane przez podmioty należące do sektora pozarządowego, są dofinansowywane w ramach Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO), (konkurs ofert). Fundusz zakłada również realizację zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej.

Wsparcie w środowisku naturalnym-domu rodzinnym. System pomocy społecznej oferuje szeroki wachlarz różnych form pomocy, uwzględniających potrzeby osób starszych. Samorząd świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, tworzy dzienne domy pobytu, w których organizowane są zajęcia dla tych osób, w zależności od potrzeby oraz zainteresowań uczestników. Placówki prowadzone są również przez organizacje pozarządowe, często otrzymujące wsparcie finansowe ze środków publicznych. Ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. 2024, poz. 1283, z późn. zm.) przewiduje udzielanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, jak też specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną,

zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zakres usług, ich forma i okres świadczenia ustalane są indywidualnie, przy uwzględnieniu potrzeb i możliwości osoby wymagającej wsparcia. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych zmienionego Rozporządzeniem z dnia 16 lutego 2023 r. (Dz.U.2023, Poz. 395), wskazuje rodzaje specjalistycznych usług dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności. Usługi te są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi.

- Opieka zdrowotna osób starszych. Aby rozwinąć opiekę geriatryczną w Polsce:
 - tworzone są ośrodki geriatryczne,
 - zwiększana jest liczba lekarzy ze specjalizacją z geriatрії,
 - nawiązywana jest przez wytypowane przez rektorów uczelni medycznych osoby współpraca z ośrodkami o referencyjnym poziomie nauczania i rozwiniętej infrastrukturze medycznej, w celu utworzenia akademickich ośrodków nauczania geriatрії, prowadzących szkolenie przed i podyplomowe z geriatрії
 - realizowane są programy zdrowotne ukierunkowane na wczesne rozpoznawanie chorób przyspieszających starzenie, przez lekarzy geriatrów we współpracy z lekarzami rodzinnymi.

W 2007 roku Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw gerontologii, w skład którego wchodzi najlepsi krajowi specjaliści z tej dziedziny w celu przygotowania (w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia) zmian w obszarze opieki zdrowotnej nad osobami starszymi oraz standardów kompleksowej opieki geriatrycznej. Opracowana przez zespół „Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia” przewiduje:

- wdrażanie edukacji gerontologicznej i podnoszenie jakości kształcenia,
- stworzenie sieci klinik, oddziałów, poradni geriatrycznych oraz stanowisk konsultantów do spraw geriatрії w szpitalach i ośrodkach opieki długoterminowej,
- nadanie szczególnej rangi geriatрії w przejściowym okresie 10 lat, poprzez aktywną politykę resortu zdrowia na rzecz rozwoju geriatрії oraz preferencyjne kontrakty Narodowego Funduszu Zdrowia z placówkami geriatrycznymi, akredytowanymi w oparciu o standardy geriatryczne.
- Realizowane wybrane programy zdrowotne w ramach polityki zdrowotnej:
 - Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD (do 2009), celem było zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. W efekcie działań następuje poprawa dostępu do wysokospecjalistycznych świadczeń w następujących dziedzinach: kardiologia, kardiochirurgia, kardiologia dziecięca, neurologia.

- W roku 2009 zrealizowano, między innymi, zadanie „Prewencja pierwotna i wtórna chorób układu krążenia u osób starszych (POLKARD-Senior)”. Dzięki niemu zwiększyła się świadomość możliwości poprawy kontroli nad własnym zdrowiem, także rodzin seniorów i personelu medycznego. Wyposażono jedną zabiegową salę hybrydową, umożliwiającą implantację przezskórną zastawek serca, stentgraftu aorty piersiowej w przypadku jej rozwarstwienia i innych zabiegów kardiologii interwencyjnej. Zakupiono 12 aparatów do echokardiografii (w związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na średniej klasy aparaty do echokardiografii przewiduje się zakup 20 sztuk rocznie dla ośrodków wojewódzkich i powiatowych).
- W ramach zadania „Zakup aparatury dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną: aparatów EKG, systemów do testów wysiłkowych z bieżnią lub rowerem, zestawów do treningu na cycloergometrach z minimum czterema stanowiskami monitorowanymi; zestawów reanimacyjnych: defibrylator, worek z maską ambu, sprzęt do udrażniania dróg oddechowych” w roku 2009 wyposażono 11 ośrodków.
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD celem było wsparcie działań na rzecz ograniczenia umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji w dostępie do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, kardiologii dziecięcej, kardiochirurgii i neurologii. Priorytetem jest doposażenie i wymiana wyeksploatowanego sprzętu w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa w kwestii zdrowego trybu życia (w tym dieta, używki, aktywność fizyczna).
- Od roku 2010 prowadzona jest ogólnopolska kampania społeczna pod hasłem „I love♥Kochaj swoje serce. Dla zdrowia!”, w ramach której propagowane są odpowiednie postawy i nawyki prozdrowotne.
- Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Celem jest obniżenie wskaźników umieralności i zachorowalności na nowotwory. W jego ramach realizowane są programy:
 - Prewencja pierwotna nowotworów - radykalna poprawę stanu edukacji społeczeństwa polskiego, w tym także środowisk medycznych, w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia oraz programów wczesnego rozpoznawania nowotworów (w tym prowadzenie infolinii dla potrzeb poradnictwa antynikotynowego, organizacja kampanii medialnych, edukacyjnych, upowszechnianie wiedzy na temat profilaktyki nowotworów).
 - Programy skryningowe - wykrywanie nowotworów w fazie najmniejszego zaawansowania choroby u osób potencjalnie zdrowych, bez objawów choroby, w grupach najwyższego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe.
 - Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, realizowany od 2006 roku, ukierunkowany na kobiety z grupy wiekowej 25- 59 lat, u których wskazane jest wykonywanie cytologii raz na 3 lata. Dzięki realizacji programu odnotowuje się stały wzrost liczby kobiet zgłaszających się na badania – od 12% w 2006 roku do 27% w 2010 roku.

- Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, realizowany od 2006 roku, skierowany do kobiet z grup wiekowych najwyższego ryzyka zachorowania na raka piersi (w wieku 50-69 lat), u których wykonywane są badania raz na 2 lata. Odnotowuje się stały wzrost liczby kobiet zgłaszających się na badania - z 23% w 2006 roku do 40% w 2010 roku.
- Program badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego, adresowany do osób bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, do osób w wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego oraz do osób w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego nie związanego z polipowatością). Polska jest jednym z czterech krajów w Europie (Polska, Niemcy, Włochy i Luksemburg), w których program prowadzony jest za pomocą kolonoskopii. Odnotowywana jest bardzo wysoka zgłaszalność pacjentów na badania przesiewowe na (40%). *(Informacje na temat podejmowanych w Polsce działań na rzecz osób starszych – realizacja madryckiego planu działania na rzecz osób starszych).*

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 jako cel strategiczny wskazuje zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznej nierówności w zdrowiu. Celem operacyjnym nr 5 są wyzwania demograficzne do realizacji, których wskazano zadania- Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 z dnia 30 marca 2021 r.¹⁵

Starość jest fazą życia, charakteryzującą się narastaniem niekorzystnych zmian obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną. Ogólnie biorąc proces starzenia się jest równoznaczny z pogarszaniem się sytuacji życiowej jednostki. Staręga-Piasek określa to jako „zmniejszanie się w miarę starzenia szansy zaspokojenia potrzeby przystosowanej egzystencji”.¹⁶ Stopniowo wraz z wiekiem postępujące obniżanie się sprawności psychofizycznej prowadzi w końcu do niepełnosprawności.¹⁷ Według ustawy o pomocy społecznej (art. 2), przez niepełnosprawność rozumie się „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji”. Starzenie się postępuje etapami, które znacznie się różnią w opinii geriatrów. Po przekroczeniu wieku 75 lat na skutek pogarszania się stanu zdrowia rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Natomiast osoby w wieku powyżej 85 lat wymagają najczęściej stałej opieki.¹⁸ Proces starzenia się organizmu ulega przyspieszeniu, gdy towarzyszą mu różnego typu schorzenia. W związku z tym można mówić o fizjologicznym i patologicznym starzeniu się. Starzeniu się często towarzyszy ograniczenie sprawności. Od roku 2020 tylko jeden gabinet na terenie Darłowa wykonuje zabiegi rehabilitacyjne w ramach kontraktu z NFZ. Miasto Darłowo realizuje PPZ w zakresie dostępności do świadczeń gwarantowanych – rehabilitacja lecznicza seniorów 60+ mieszkańców Miasta Darłowo systematycznie od roku 2018. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem, a zamierzone efekty zdrowotne są zauważalne w grupie docelowej.

¹⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 z dnia 30 marca 2021 r.

¹⁶ Ludzie starzy a praca zawodowa, J. Staręga, 1976, Warszawa: KiW.

¹⁷ Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, B. Szatur-Jaworska, 2000, ASPRA –JR, Warszawa.

¹⁸ Zarys medycyny geriatrycznej, Bogna Żakowska-Wachelko Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .

II.1. Cel główny.

Celem głównym realizowanego programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców miasta w wieku powyżej 60-tego roku życia, poprzez podtrzymywanie ogólnej sprawności osób starszych z przewlekłymi lub pourazowymi schorzeniami narządu ruchu, układu kostnego i mięśniowego lub ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego. Zmniejszenie bólu, przywrócenie sprawności i funkcji narządów organizmu w tym kręgosłupa, narządów ruchu, poprawa sprawności mięśni i stawów, poprawa koordynacji ruchowej i mięśniowej, poprawa operatywności ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego – na poziomie nie mniejszym niż 70% przypadków populacji. Istotne jest aby zapewnić profesjonalną rehabilitację nastawioną na osiągnięcie konkretnych wymiernych dla chorych rezultatów, w tym ograniczenia przyjmowania środków przeciwbólowych, usamodzielnienia się w czynnościach i funkcjach życiowych, przywrócenia możliwości sprawnego funkcjonowania osób starszych. Ważne jest aby przeciwdziałać pogłębianiu się schorzeń i dysfunkcji w tym ograniczania bólu przewlekłego osób w wieku starszym.

Planowana liczba osób, która zostanie włączona do programu to nie więcej niż 450 osób, spośród osób w wieku 60 +, stale bądź czasowo zamieszkująca na terenie Miasta Darłowo.

Ponadto istotne jest wyrównywanie szans osób wymagających rehabilitacji w wieku 60+, przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu oraz szeroko rozumiana aktywność w przestrzeni publicznej. Podniesienie jakości życia osób starszych poprzez ich aktywizację w życiu społecznym i rodzinnym.

II.2. Cele szczegółowe.

Dostęp do usług rehabilitacyjnych na obszarze miasta Darłowo poprzez podejmowanie działań przy współpracy z gabinetami rehabilitacyjnymi w zakresie:

- zapobiegania nawrotom choroby,
- usuwanie dolegliwości,
- zwalczanie bólu,
- zwalczanie stanów zapalnych, obrzęków,
- usprawnianie czynności poszczególnych narządów,
- zwiększanie siły mięśniowej,
- wzmacnianie prawidłowej sprawności ruchowej,
- stwarzanie optymalnych możliwości gojenia się struktur,
- przy istniejących, niemożliwych do usunięcia zmianach chorobowych, osiągnięcie możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego,
- wzrost dostępności do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zabiegów fizjoterapeutycznych dla co najwyżej 450 osób każdego roku trwania programu.

Tworzenie warunków do pełnego, indywidualnego rozwoju i zaspokojenia potrzeb osób w wieku senioralnym 60+ w zakresie rehabilitacji leczniczej, tym samym podniesie ich jakości życia.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

- 1) liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach;
- 2) liczba pacjentów zakwalifikowanych do udziału w programie w poszczególnych latach;
- 3) liczba wykonanych zabiegów;
- 4) liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia, w zakresie: sprawności fizycznej, zmniejszenia odczuwanego bólu po rehabilitacji, zaburzenia czucia, zmian skórnych, obrzęków;
- 5) liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia.

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

III.1 Populacja docelowa.

DANE KRAJOWE - wg danych Głównego Urzędu Statystycznego stan na dzień 31.12.2023)¹⁹ :

W roku 1990 procent liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej) wyniósł 19,20 % w 2023 wzrost do 23,3 %. Przeciętna liczba lat trwania życia dla mężczyzn: w roku 1990 wyniosła 66,2 natomiast w roku 2023 -74,7- wzrost długości życia, kobiety w 1990 r. żyły przeciętnie 75,2 a w 2023 wzrost do 82 lat.

DANE LOKALNE

Liczba ludności w wieku 60 i więcej w mieście Darłowo o zameldowaniu stałym bądź czasowym na przestrzeni lat 2020-2024.

Rok	Mężczyźni wiek 60+	Kobiety wiek 60+
2020	1606	2232
2021	1605	2233
2022	1597	2232
2023	1595	2232
2024	1597	2239

¹⁹ Dane pozyskane z Głównego Urzędu Statystycznego według stanu na dzień 31.12.2023 r.

Liczba mieszkańców miasta Darłowo w wieku 60 i więcej (rocznikowo) na dzień 10.04.2025 r. wynosi 3836 osób.

Widoczny utrzymujący się wysoki odsetek osób w wieku 60 + w naszym mieście na przestrzeni ostatnich 5 lat.

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

Kryteria kwalifikacji.

Zakwalifikowanie do programu może nastąpić po przedstawieniu przez pacjenta odpowiedniego skierowania, dokumentu potwierdzającego fakt zamieszkania na terenie Miasta Darłowa oraz ukończony 60 r. ż. Skierowanie wystawia lekarz rodzinny lub inny uprawniony lekarz specjalista. Pacjent posiadający wymagane skierowanie, jest zobowiązany do uzyskania decyzji o zakwalifikowaniu do zabiegów przez podmiot realizujący zadanie w ramach zagwarantowanych środków finansowych. Pacjent powinien zgłosić się do gabinetu nie później niż 30 dni od daty wystawienia skierowania. Skierowanie na zabiegi powinno zawierać:

- pieczęć nagłówkową podmiotu leczniczego;
- imię, nazwisko, adres zamieszkania świadczeniobiorcy;
- rozpoznanie;
- zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu;
- pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania;
- uwagi.

Pacjent w ciągu roku może skorzystać z maksymalnie 20 zabiegów.

Do udziału w programie jest uprawniony mieszkaniec miasta Darłowa powyżej 60 r.ż., który uzyska skierowanie od lekarza rodzinnego, lub innego lekarza specjalisty i zakwalifikuje się w ramach zagwarantowanych na określony rodzaj zabiegów środków finansowych.

Kryteria wyłączenia z programu.

- wiek poniżej 60 r.ż.,
- niezamieszkiwanie na terenie miasta Darłowo,
- brak stosownego skierowania.

W ramach realizacji programu samorząd przeprowadzi akcję informacyjną skierowaną do mieszkańców miasta. Informacja dla mieszkańców o realizacji programu zamieszczona zostanie na stronie ww. Urzędu Miasta Darłowo oraz na terenie jednostek pomocniczych, ponadto zostanie rozplakatowana na terenie miasta.

III.3. Planowane interwencje.

A. Fizjoterapia

a) Elektroterapia:

- Jonoforeza - zabieg polegający na wprowadzeniu do tkanek siłami pola elektrycznego jonów działających leczniczo. Zastosowanie: w leczeniu zwyrodnieniowych i zapalnych schorzeń narządów ruchu, w uszkodzeniach nerwów, w miejscowych zaburzeniach ukrwienia tkanek.
- Galwanizacja, Diadynamik - zabieg stymulujący mięśnie, łagodzący ból. Pomaga w chorobach nerwów obwodowych, a także przy dolegliwościach reumatycznych, zmniejsza napięcie mięśniowe. Zastosowanie: leczenie zespołów bólowych kręgosłupa, nerwobólach, chorobie zwyrodnieniowej stawów, stanach pourazowych, zanikach mięśni z nieczynności, porażeniu obwodowego nerwu twarzowego, pólpaśca, odmrożeń, obrzęków.
- Interdyn - prądy interferencyjne średniej częstotliwości, w wyniku zastosowania następuje poprawa ukrwienia, działa przeciwbólowe, wpływa na autonomiczny układ nerwowy. Zastosowanie: choroby zwyrodnieniowe stawów, stany pourazowe, choroby reumatologiczne, neuralgie i zapalenia nerwów, choroba Sudecka.
- TENS (przezskórna elektrostymulacja nerwów) - metoda leczenia przewlekłych dolegliwości bólowych.
- Elektrostymulacja - zabieg z wykorzystaniem prądu o małej częstotliwości w celu pobudzenia mięśni. Zastosowanie: niedowłady, zaniki i osłabienie mięśni, stany po podrażnieniu mięśni lub po zdjęciu opatrunku, choroby układu nerwowo-mięśniowego, choroby układu krążenia.

b) Magnetoterapia:

- Magnetronic/ pole magnetyczne - terapia pulsującym polem magnetycznym niskiej częstotliwości.

Zastosowanie: stany pourazowe, choroby reumatyczne, stany pooperacyjne, problemy geriatryczne, choroby centralnego i obwodowego systemu nerwowego.

c) Laseroterapia:

- Laser biostymulujący –wykorzystywany w fizykoterapii, należy do grupy laserów nisko i średnioenergetycznych. Biostymulacja jest metodą leczniczą polegającą na

inicjowaniu lub pobudzaniu odpowiedzi fizjologicznej organizmu przy wykorzystaniu niewielkich dawek energii podnoszącej temperaturę miejscową tkanek nie więcej niż o 1°C. Po przekroczeniu dawki biostymulacyjnej następuje bioaktywacja termiczna, przy której temperatura miejscowa nie przekracza 42°C.

Zastosowanie: w leczeniu bólu kręgosłupa, po urazach narządów ruchu, po operacjach, w stanach wymagających gojenia ubytków tkankowych, w leczeniu zespołu Sudecka, w chorobie zwyrodnieniowej stawów, w gościecu tkanek miękkich.

d) Światłolecznictwo:

- Sollux - leczenie światłem, promieniowaniem widzialnym i podczerwonym.

Zastosowanie: łagodzenie bólu, łagodzenie stanów zapalnych, przyspieszenie gojenia ran.

e) Ultrasonoterapia:

- Ultradźwięki, ultrafonforeza - zabiegi wykorzystujące fale ultradźwiękowe mające na celu poprawienie ukrwienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego, przyspieszenie gojenia tkanek po przebytych urazach, uśmierzanie bólu. Fonoforeza to jedna z form leczenia przy pomocy ultradźwięków. Istotą terapii jest podawanie leków w różnych postaciach za pomocą ultradźwięków. Metoda ta pozwala na wykorzystanie drobnych drgań i mikromasażu, co pozwala na lepsze wnikanie substancji leczniczej w chore miejsce. Fonoforezę wykorzystuje się do leczenia stanów zapalnych stawów, po urazach, w chorobie zwyrodnieniowej stawów.

f) Termoterapia:

- Krioterapia - forma zimnolecznictwa z zastosowaniem temperatur poniżej 0°C. W pierwszej fazie działania bardzo niskich temperatur występuje skurcz obwodowych naczyń krwionośnych i mięśni oraz spowolnienie przepływu krwi i przemiany materii. Natomiast w fazie drugiej występuje reakcja obronna polegająca na gwałtownym rozszerzeniu naczyń krwionośnych i zwiększeniu przepływu krwi. Skutkiem takiej reakcji jest zwiększony dopływ do komórek składników odżywczych i tlenu, a także mediatorów przeciwzapalnych. W rezultacie zmniejszeniu ulega ból i stan zapalny, szybciej regenerują się uszkodzone tkanki. Mięśnie ulegają rozluźnieniu, przyspiesza się przemiana materii oraz następuje pobudzenie układu nerwowego i odpornościowego.

B. Kinezyterapia

- a) Ćwiczenia w odciążeniu i/lub z obciążeniem stawów kończyn i kręgosłupa.
- b) Ćwiczenia czynne stawów kończyn i kręgosłupa.
- c) Ćwiczenia czynno — bierno i bierno.
- d) Ćwiczenia ogólnie kondycyjne, ogólnie usprawniające, izometryczne.

Program polityki zdrowotnej jest spójny z merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi przez NFZ. Zabiegi muszą być interwencjami o udowodnionej skuteczności medycznej i bezpieczeństwie oraz znajdować się w katalogu procedur leczniczych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej.

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

Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- pacjenci mogą korzystać ze świadczeń w dni powszednie od poniedziałku do piątku pomiędzy godzinami 8:00 a 18:00 według rozkładu zaproponowanego przez realizatora zadania;
- o liczbie cykli terapeutycznych dla jednego pacjenta decyduje podmiot medyczny realizujący zadanie, biorąc pod uwagę określone w umowie limity finansowe oraz dostosowując liczbę, częstotliwość oraz czas trwania zabiegów w zależności od stanu zdrowotnego pacjenta, z ograniczeniem do możliwości skorzystania z maksymalnie 20 zabiegów rocznie przez jednego pacjenta;
- realizator świadczeń poinformuje każdego uczestnika programu o obowiązujących zasadach oraz wyjaśni poszczególne etapy programu polityki zdrowotnej;
- zabiegi fizjoterapeutyczne muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii;
- o zakończeniu udziału w zabiegach decyduje podmiot leczniczy realizujący zadanie, po rozważeniu wskazań i ewentualnych przeciwwskazań do udziału pacjenta w zabiegach. Na zakończenie cyklu terapeutycznego podmiot leczniczy informuje pacjenta o dalszych zaleceniach;
- realizator świadczeń na pierwszej wizycie wypełni formularz wywiadu z pacjentem, który stanowi załącznik nr 1 do programu, celem zebrania wstępnych informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- plan rehabilitacji będzie dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Zakres wykonywanych usług, ich częstość oraz czas trwania.

Zabiegi powinny być wykonywane w seriach po 10, najlepiej codziennie. Cykl terapeutyczny zazwyczaj wynosi 10 wizyt na dany zabieg.

Rodzaje zabiegów i czas trwania:

- ćwiczenia-czas dobierany do schorzenia; min. 30 minut
- magnetronic- 20 minut
- krioterapia- 3 minuty
- ultradźwięki- 7 minut
- laser- 10 minut
- sollux- 15 minut
- elektroterapia: jonoforeza -15 minut
- Elektrostymulacja- 15 minut
- diadynamic- 15 minut
- galwanizacja-15 minut
- TENS – 20 minut
- Interdyn-20 minut.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

O zakończeniu udziału w zabiegach decyduje podmiot leczniczy realizujący zadanie, po rozważeniu wskazań i ewentualnych przeciwwskazań do udziału pacjenta w zabiegach. Na zakończenie cyklu terapeutycznego podmiot leczniczy informuje pacjenta o dalszych zaleceniach. Zakończenie udziału w programie następuje z chwilą zakończenia cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych oraz odbyciem końcowej wizyty fizjoterapeutycznej.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

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

1. Uchwalenie Programu Polityki Zdrowotnej przez Radę Miejską w Darłowie.
2. Ogłoszenie otwartego konkursu ofert na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w 2025 r. w wieku powyżej 60 lat, celem wyłonienia realizatora.
3. Akcja informacyjno- promocyjna o realizacji programu:
 - a) rozpowszechnienie informacji dla mieszkańców miasta, akcje edukacyjne.
4. Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu programu:
 - a) zarejestrowanie pacjenta na podstawie stosownego skierowania po weryfikacji uprawnienia do udziału w zabiegach (miejsce zamieszkania, wiek i dostępność rodzaju zabiegu oraz środków finansowych na ten rodzaj zabiegu);
 - b) podjęcie decyzji o udziale pacjenta w zabiegach;

- c) wypełnienie przez podmiot medyczny formularza wywiadu stanowiącego **Załącznik nr 1** do programu;
- d) zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, stanowiącego integralną część fizjoterapii; które realizuje cel skierowania na rehabilitację i jest zgodne z tym skierowaniem;
- e) wypełnienie przez pacjenta przed zabiegami rehabilitacyjnymi ankiety ewaluacyjnej stanowiącej **Załącznik nr 2** do programu;
- f) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń i wskazań lekarskich;
- g) przekazanie pacjentowi zaleceń oraz informacji na temat możliwości dalszej rehabilitacji;
- h) wypełnienie przez pacjenta po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych ankiety ewaluacyjnej stanowiącej **Załącznik nr 3** do programu.

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

Wyposażenie i warunki lokalowe

- 1) Wyposażenie - podmiot leczniczy dla realizacji zadania zapewnia lokal wyposażony w następujące urządzenia medyczne:
 - a) zestaw do krioterapii,
 - b) zestaw do elektroterapii;
 - c) zestaw do ultradźwięków;
 - d) zestaw do magnetoterapii;
 - e) zestaw do laseroterapii;
 - f) lampa sollux.
- 2) Wyposażenie sali kinezyterapii:
 - a) stół rehabilitacyjny;
 - b) rower stacjonarny;
 - c) drabinki rehabilitacyjne;
 - d) materace gimnastyczne;
 - e) stepper;
 - f) piłki i wałki rehabilitacyjne;
 - g) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych ręki;
 - h) lustro korekcyjne;
 - i) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych
 - j) dodatkowy sprzęt pomocniczy.
- 3) Warunki lokalowe
 - a) lokal położony na terenie Miasta Darłowo posiadający wszelkie niezbędne prawem odbiory i decyzje,
 - b) wejście do obiektu umożliwiające dojście osób niepełnosprawnych ruchowo;
 - c) poręcze i uchwyty w węzłach sanitarnych;
 - d) w obiekcie co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla pacjentów, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo;

- e) gabinet wyposażony w zestaw do udzielania pierwszej pomocy.
- 4) Warunki dotyczące pomieszczeń: zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach (boksach) posiadających ściany o wysokości co najmniej 2m, umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej. Zabiegi laseroterapii powinny być wykonywane w oddzielnym pomieszczeniu.
- 5) Wymagania dotyczące personelu, które zapewnia podmiot leczniczy:
 - a) magister fizjoterapii, mile widziane doświadczenie w prowadzeniu działań o podobnym charakterze.

Średnia długość cyklu rehabilitacyjnego wynosi 10 wizyt na dany zabieg tj. na : ćwiczenia, magnetronic, krioterapia, ultradźwięki, laser, sollux, elektroterapia: jonoforeza, elektrostymulacja, didaynamic, galwanizacja, TENS, Interdyn. Liczba zabiegów przysługująca uczestnikowi zostanie wskazana na skierowaniu o którym mowa w pkt 3.2. Pacjent w ciągu roku może skorzystać z maksymalnie 20 zabiegów.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

V.I. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej.

„Zgłaszalność” do programu ocenia się na podstawie liczby pacjentów zgłoszonych do udziału w programie. Dodatkowo określana będzie liczba osób niezakwalifikowanych z powodu zdrowotnych tj. przeciwwskazań lekarskich oraz liczba osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz liczba wykonanych zabiegów i liczba osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie realizacji programu.

Podmiot leczniczy realizujący program jest zobowiązany do informowania Burmistrza Miasta o liczbie pacjentów o których mowa powyżej, na dzień 31 sierpnia w terminie do 15 września oraz na dzień 31 grudnia w terminie do 31 stycznia roku następnego.

Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej.

Jakość świadczeń w programie oceniają pacjenci w ankiecie ewaluacyjnej wypełnianej po zakończeniu cyklu rehabilitacyjnego.

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostaje dokonana po zakończeniu programu, nie później niż do 31 grudnia 2025 r. Zostaje ona sporządzona przez realizatora programu na podstawie ankiet

zebranych od pacjentów (załącznik nr 2 i 3 do programu) oraz danych gromadzonych podczas trwania programu, tj.: analizy poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach projektu oraz analizy stanów chorobowych na podstawie których nastąpiło skierowanie do programu a także sprawozdań miesięcznych przedstawianych przez realizatorów. Podobne zasady sprawozdawczości obowiązują w kolejnych latach realizacji programu.

Wskaźnikiem, który zostanie zastosowany w ramach ewaluacji będzie odsetek pacjentów u których wystąpiła poprawa w ocenie danej dolegliwości wskazana w ankiecie ewaluacyjnej przez pacjenta. W celu sporządzenia analizy skuteczności realizacji programu raz w roku na podstawie ankiet i uwag pacjentów będzie przeprowadzona analiza osiągalności następujących współczynników:

1. Liczba uczestników programu polityki zdrowotnej: nie więcej niż 450.
2. Liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub innych: nie więcej niż 5% .
3. Liczba przeprowadzonych zabiegów nie mniej niż 9000.
4. Ocena jakości świadczeń zdrowotnych w programie polityki zdrowotnej na podstawie ankiet pacjentów przed i po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych zał. nr 2 i 3 do programu- poprawa u nie mniej niż 80 % osób.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.

VI.1 Koszty jednostkowe

Prognozowane koszty programu wg ilości i rodzajów zabiegów w ciągu jednego roku.

Rodzaj zabiegu	Planowana ilość zabiegów w jednym roku realizacji programu	Koszt jednostkowy brutto	Całkowita kwota dotacji brutto
Krioterapia	900	15,00 zł	13 500,00 zł
Laser	900	15,00 zł	13 500,00 zł
Ultradźwięki	900	15,00 zł	13 500,00 zł
Magnetronic	900	15,00 zł	13 500,00 zł
Prądy diadynamiczne	800	15,00 zł	12 000,00 zł
Prądy TENS	800	15,00 zł	12 000,00 zł
Jonoforeza z żelem	900	15,00 zł	13 500,00 zł

Galwanizacja	800	15,00 zł	12 000,00 zł
Lampa Sollux	800	15,00 zł	12 000,00 zł
Elektrostymulacja	900	15,00 zł	13 500,00 zł
Interdyn	800	15,00 zł	12 000,00 zł
Ćwiczenia indywidualne	200	20,00 zł	4 000,00 zł
Suma	9600		145 000,00 zł

Etap ewaluacji i monitorowania oraz działań promocyjnych jest ujęty w zakresie obowiązków pracownika merytorycznego zajmującego się sprawami programów zdrowotnych stąd koszt jednostkowy i całkowity wyniesie 0,00 zł.

Zaprezentowane koszty jednostkowe są oparte na przeprowadzonej analizie cen na lokalnym rynku usług fizjoterapeutycznych.

VI.2 Koszty całkowite.

Planuje się że całkowity koszt realizacji programu w roku 2026 wyniesie około 145 000,00 zł. W roku 2027 również 145 000,00 zł. Na tę kwotę składają się wszystkie koszty poszczególnych składowych tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, pomieszczeń, wyposażenia. Łączny koszt na cały okres realizacji programu - 2 lata wyniesie 290 000,00 zł.

VI.3 Źródła finansowania.

Rok	Koszt finansowania programu	Źródła finansowania	%
2026	145 000,00	Miasto Darłowo	100
2027	145 000,00	Miasto Darłowo	100

Koszt realizacji programu oraz ilość zabiegów wyliczono na podstawie danych pozyskanych od gabinetów rehabilitacyjnych z terenu miasta Darłowo oraz danych z Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie. Zaplanowane na realizację koszty programu są w optymalnej wysokości, gwarantującej szeroki dostęp do programu wszystkich potencjalnych pacjentów. Program polityki zdrowotnej zostanie sfinansowany z budżetu miasta Darłowa oraz innych źródeł finansowych pozostających w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych.

**Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby świadczenia usług w zakresie rehabilitacji
lecniczej dla mieszkańców Miasta Darłowa w..... r. w wieku powyżej 60 lat**

Imię i nazwisko:.....

PESEL.....

Wywiad:

Rozpoznanie:.....

Dolegliwości:

Choroby współistniejące:

Choroba/rozpoznanie	TAK	NIE
Nadciśnienie tętnicze		
Rozrusznik serca		
Choroba nowotworowa		
Padaczka		
Gruźlica		
Niewydolność serca		
Nadczynność tarczycy		
Choroba zakrzepowo- zatorowa		
Ostre stany zapalne		
Stany podgorączkowe		
Inne		

Zła tolerancja zabiegów rehabilitacyjnych:.....

Adnotacje przeprowadzającego wywiad:.....

.....

(podpis pacjenta)

.....

(podpis osoby wykonującej świadczenia w zakresie rehabilitacji)

**Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta biorącego udział w programie rehabilitacji leczniczej dla
mieszkańców Miasta Darłowa wr. w wieku powyżej 60 lat**

PRZED ROZPOCZĘCIEM ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko:

Rozpoznanie:

Zabiegi:

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając X –początek zabiegów natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchowość											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

.....

(podpis pacjenta)

**Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta biorącego udział w programie rehabilitacji leczniczej dla
mieszkańców Miasta Darłowa wr. w wieku powyżej 60 lat**

PO ZAKOŃCZENIU ZABIEGÓW REHABILITACYJNYCH

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko:

Rozpoznanie:

Zabiegi:

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając X natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchowość											
Oslabiona siła mięśni											
Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

Proszę ocenić odczuwane zadowolenie z jakości swojego życia na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

Proszę ocenić jakość udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych na skali 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 bardzo dobrze.

1 2 3 4 5

.....

(podpis)

Uzasadnienie do uchwały Nr XVIII/139/2025
Rady Miejskiej w Darłowie
z dnia 25 czerwca 2025 r.

Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo” na lata 2026-2027 zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla mieszkańców miasta powyżej 60 roku życia. Wskazane świadczenia będą miały wpływ na podniesienie jakości życia oraz poprawę zdrowia osób w wieku senioralnym.

Wprowadzenie przez Miasto Darłowo programu zdrowotnego obejmującego kompleksową terapię i rehabilitację seniorów jest uzasadnione wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w naszym mieście. Ponadto z przeprowadzonej w 2016 roku przez samorząd ankiecie badającej potrzeby darłowskich seniorów, wynika iż kluczowy dla wzrostu jakości życia seniorów byłby rozwój usług medycznych w tym świadczeń z zakresu rehabilitacji.

Niniejszy Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo” został zaopiniowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w roku 2018. „Program zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo” był już realizowany w latach 2018- 2019, 2020-2021 oraz 2022-2023 i roku 2024. Niniejsza uchwała stanowi kontynuację „Programu zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród seniorów 60+ - mieszkańców Miasta Darłowo”.