

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

Okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2026-2028

Podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej: Departament Polityki
Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego

Podstawa prawna opracowania programu: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia
2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Łódź, grudzień 2025 r.

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Województwo łódzkie stoi w obliczu jednego z najpoważniejszych wyzwań demograficznych – dynamicznego procesu starzenia się społeczeństwa. Wraz ze starzeniem się ludności wzrasta liczba osób cierpiących na choroby przewlekłe i urazy charakterystyczne dla wieku podeszłego. Na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające 6 miesięcy lub dłużej skarży się 63,2% seniorów, a ograniczoną zdolność wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych, trwającą co najmniej ostatnie 6 miesięcy, zgłasza 45,1% osób 60+¹. W województwie łódzkim w 2023 roku miernik oczekiwanych lat przeżytych w zdrowiu (Healthy Life Years; HLY) dla mężczyzn wynosił 60 lat, tj. najkrócej w Polsce. Oznacza to, że mężczyźni przeżywają w zdrowiu 82% swojego życia. Trwanie życia w zdrowiu dla mieszkank regionu łódzkiego wynosiło 63 lata (2 miejsce ex equo z województwem podlaskim), a tym samym kobiety przeżywają w zdrowiu 77,5% lat swojego życia)².

Największe obciążenie w populacji osób starszych stanowią choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, ale także schorzenia obwodowego układu nerwowego oraz urazy, szczególnie te związane z upadkami. Mają one istotne konsekwencje zdrowotne, społeczne i ekonomiczne – ograniczają samodzielność, zwiększają zależność od opieki i pogarszają jakość życia seniorów.

Najczęstszą przyczyną dolegliwości ze strony układu ruchu u seniorów są zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa i stawów. Charakterystyczne i najbardziej uciążliwe objawy tych zmian to przede wszystkim dolegliwości bólowe i sztywność stawów, która prowadzi do ograniczenia ruchomości³.

¹ Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Osoby starsze / Osoby starsze / Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 roku, pobranie z dnia 1.07.2025 r.

² [trwanie_zycia_w_zdrowiu_w_2023_roku.pdf](#), [GUS trwanie_zycia_w_zdrowiu_w_2023_roku.pdf](#), Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Ludność / Trwanie życia / Trwanie życia - tablice historyczne, pobranie z dnia 1.07.2025 r.

³ T. Gajewski i in., Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 3, 362-369

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) powstaje na skutek oddziaływania czynników mechanicznych i biologicznych, które destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. Choroba ta charakteryzuje się głównie bólem stawowym, ograniczeniami ruchomości w stawie, trzeszczeniami oraz wtórnymi zmianami zapalnymi o różnym nasileniu, którym nie towarzyszą objawy ogólnoustrojowe. Istotną rolę w leczeniu ChZS odgrywa kinezyterapia, stosowana w celu utrzymania zakresu ruchów w stawie oraz siły mięśniowej, może ona również zmniejszać ból⁴.

Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Odgrywa on kluczową rolę w stabilizacji i wspomaganiu mobilności ciała i jest ciągle narażony na przeciążenia, które powodują nadmierny nacisk na struktury kostne i mięśniowe, prowadząc do degeneracji i wywołując wtórnie stan zapalny i ból. Długotrwała praca w pozycji siedzącej, podnoszenie ciężkich przedmiotów, niewłaściwa postawa i procesy starzenia przyczyniają się do rozwoju schorzeń kręgosłupa, głównie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii. Zmiany zwyrodnieniowe dotyczą najczęściej jego odcinka szyjnego, piersiowego lub lędźwiowego. Przewlekłe choroby kręgosłupa stanowią jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności, co podkreśla znaczenie profilaktyki i oraz stosowania skutecznych metod terapeutycznych tj. fizykoterapia i kinezyterapia.⁵

Zespoły bólowe narządu ruchu są najczęściej występującym rodzajem bólu przewlekłego. W krajach uprzemysłowionych, wśród chorych w wieku od 51 do 61 lat, ból pochodzenia kostno-stawowego występuje u 2/3 populacji, a częstość jego występowania rośnie wraz z wiekiem. U 40-60% osób z cechami radiologicznymi zmian zwyrodnieniowych stawów bioder i kolan występują charakterystyczne objawy kliniczne, w tym przewlekły ból, który może powodować m.in. odruchowe ograniczenie ruchu w stawach.⁶ Ból dolnego odcinka kręgosłupa to główna przyczyna lat przeżytych z niepełnosprawnością (*Years Lived with Disability; YLD*) w

⁴ P. Gajewski (red.) Interna Szczeklika 2016, Kraków 2016

⁵ N. Śnioszek, D. Ryszewska-Łabędzka, K. Wieczorowska-Tobis, Rola fizjoterapii w poprawie sprawności starszych pacjentów z przewlekłymi chorobami kręgosłupa, *Gerontologia Polska*, 2025, 33, 53-59

⁶ M. Liniarski i in., Ból w chorobach kostno-stawowych, *Journal of Clinical Healthcare* 2/2018 str. 18-22

Polsce i w województwie łódzkim.⁷ Dolegliwości bólowe ograniczają pacjentów w pracy i codziennych czynnościach. Towarzyszą im problemy natury behawioralnej tj. apatia, poczucie bezsilności wobec bólu oraz lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu ruchu jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Jest to przewlekła choroba zapalna tkanki łącznej o podłożu immunologicznym, dla której typowe jest zapalenie błony maziowej oraz postępujący proces destrukcji chrząstki stawów. Na RZS choruje około 1% populacji europejskiej, kobiety około 3 razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zachorowań przypada na wiek 30-50 lat, jednak w około 30% przypadków RZS ujawnia się dopiero po 60-tym roku życia. Choroba rozpoczynająca się u seniorów różni się istotnie od RZS rozpoczynającego się u osób młodszych – początek jest częściej ostry, a rokowania gorsze ze względu na liczne schorzenia towarzyszące, które występują u osób starszych i szybsze upośledzenie funkcji układu ruchu. Ważną metodą terapeutyczną w leczeniu RZS jest fizjoterapia. Istnieją dowody na efektywność ćwiczeń aerobowych zwiększających zakres ruchów i wzmacniających oraz przezskórnej elektrostymulacji i ultradźwięków.⁸

Poważnym problemem zdrowotnym układu ruchu u osób w podeszłym wieku jest także osteoporoza. To najczęstsza przewlekła choroba metaboliczna układu kostnego, charakteryzująca się spadkiem masy ciała, zwiększoną łamliwością oraz zaburzeniem mikrostruktury kości. Ze względu na częstość występowania uznana została przez WHO za chorobę cywilizacyjną (epidemię XXI wieku). Mała aktywność fizyczna, a także częste unieruchomienie związane z wielochorobowością osób starszych doprowadzają do zmniejszenia masy oraz wytrzymałości tkanki kostnej. Skutkuje to licznymi złamaniami kości wpływającymi na niepełnosprawność i śmiertelność pacjentów powyżej 65 roku życia. Typowe złamania w osteoporozie to złamania szyjki kości udowej, złamania trzonów kręgów (głównie odcinka piersiowego i lędźwiowego) oraz złamania dystalnej kości promieniowej.⁹ Według

⁷ Epidemiologia (GBD) – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, dostęp z dnia 16.07.2025

⁸ P.W. Królik, Reumatoidalne zapalenie stawów u osób starszych: rozpoznanie, przebieg i możliwości leczenia, Geriatria, 2016; 10: 52-29

⁹ K. Barszczewski i in., Osteoporoza starcza – poważny problem starzejącego się społeczeństwa, Gerontologia Polska, 2024, 32; 105-111

danych NFZ szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2024 roku wynosiła 2,3 mln, z czego 1,8 mln stanowiły kobiety. Natomiast stopień niedoszacowania liczby chorych wynosi 73%, co odpowiada 1,64 mln niezdiagnozowanych osób (w tym 239 tys. powyżej 80-tego roku życia). W 2024 roku odnotowano 169 tys. złamań osteoporotycznych (w tym 37 tys. złamań szyjki kości udowej)¹⁰.

Coraz powszechniejszą przyczyną zaburzeń ruchowych i czuciowych kończyn u osób starszych są neuropatie. Do grupy tej zalicza się różnorodne jednostki chorobowe (mononeuropatie, polineuropatie, radikulopatie) o różnej etiologii, których wspólną cechą jest podobny obraz kliniczny uszkodzenia nerwów obwodowych. Występowanie neuropatii obwodowych wzrasta wraz z wiekiem, choć dokładne ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej nie jest znane; w przypadku polineuropatii u osób starszych szacuje się je na 7%. Skutkiem neuropatii są najczęściej niedowłady ruchowe kończyn, zaburzenia czucia i wibracji oraz wrażenia bólowe, często trudne do opanowania w farmakoterapii. U osób starszych najczęstszą przyczyną powstawania neuropatii są zmiany degeneracyjne nerwów w przebiegu cukrzycy oraz neuropatie o podłożu autoimmunologicznym, wskutek niedoboru witamin lub działania czynników infekcyjnych czy genetycznych. Obecnie różne postacie cukrzycy i nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT) są najczęstszymi przyczynami neuropatii na świecie, stanowiąc przyczynę 20-50% wszystkich jej przypadków. Zarówno neuropatie cukrzycowe, jak również o innej etiologii są związane z ograniczeniem sprawności ruchowej osób starszych i zwiększeniem ryzyka upadków i niepełnosprawności wieku podeszłego.¹¹

U osób starszych występuje statystycznie zwiększona podatność na urazy, a w ich następstwie dochodzi do pogorszenia funkcji organizmu, zwiększenia chorobowości i śmiertelności. Najczęstszą przyczyną urazów seniorów są upadki, które należą do tzw. Wielkich Problemów Geriatrycznych¹². Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wynika, że rocznie około

¹⁰ NFZ o zdrowiu. Osteoporoza - ezdrowie.gov.pl, pobranie z dnia 12.09.2025

¹¹ P.T. Oleksy, M. Tenderena, Neuropatie obwodowe w wieku podeszłym, Geriatria 2024; 18: 32-37

¹² A. Borzym, „Upadki osób w podeszłym wieku- przyczyny, konsekwencje i zapobieganie”, Psychogeriatria Polska, nr 6(2), 2009

30% osób powyżej 65. roku życia doświadcza upadku, a w grupie powyżej 85 lat odsetek ten wzrasta do ponad 50%. Raz w roku upada aż 50-67% mieszkańców domów opieki w wieku 65+, 33% osób mieszkających samodzielnie i 20% chorych hospitalizowanych. Upadki skutkują nie tylko złamaniami, lecz także utratą poczucia bezpieczeństwa, lękiem przed kolejnym urazem, ograniczeniem aktywności i izolacją społeczną¹³. Według WHO populacja powyżej 80-tego roku życia cechuje się 6-krotnie większą umieralnością spowodowaną upadkami niż osoby w 65-79 lat.¹⁴ Zgodnie z rekomendacjami z badania Polsenior2, podstawowym działaniem zwiększającym skuteczność podejmowanych interwencji przeciwupadkowych jest edukacja i zwiększenie świadomości seniorów oraz ich opiekunów na temat zagrożeń związanych z upadkami. Powinno się ponadto opracować model rehabilitacji w postaci zestawu ćwiczeń ukierunkowanych na poprawę sprawności, chodu i równowagi, zwiększenie masy i siły mięśni, zwłaszcza kończyn dolnych¹⁵.

Wymienione schorzenia i urazy są główną przyczyną spadku sprawności w wieku podeszłym, prowadzą do utraty samodzielności i konieczności korzystania z pomocy innych osób, zwiększonej liczby hospitalizacji i kosztów opieki medycznej, przewlekłego bólu i pogorszenia jakości życia, a także wzrostu ryzyka depresji i izolacji społecznej.

Istotnym czynnikiem powstawania niesprawności u seniorów jest zjawisko sarkopenii, czyli związanej z wiekiem utraty masy i siły mięśniowej. Sarkopenia powoduje zmniejszenie możliwości mobilności, spadek wydolności i zmniejszenie pojemności oksydacyjnej mięśni szkieletowych, a w następstwie tego prowadzi do pogorszenia równowagi, wzrostu ryzyka upadków i ograniczenia samodzielności. Zgodnie z wytycznymi pochodzącymi z badania Polsenior2, w profilaktyce sarkopenii najważniejsze zadanie odgrywa regularna aktywność fizyczna seniorów, szczególnie trening siłowy (oporowy) wykonywany min. 2 razy w tygodniu po 20 min. oraz porada żywieniowa i suplementacja witaminy D3.¹⁶

¹³ red. M. Krysińska, K. Domosławska-Żylińska, M. Fronk, Urazy wśród osób powyżej 60-go roku życia – Raport, NIZP-PZH, Warszawa 2017

¹⁴ Ł. Magnuszewski, Z.B. Wojszel, Upadki i ich profilaktyka w profilaktyce osób starszych, Geriatria, 2022; 16: 213-222

¹⁵ red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Polsenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdańsk 2021, str. 1057

¹⁶ Tamże, str. 1059

Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia również podkreślają, że podstawą działań profilaktyczno-leczniczych wśród osób starszych jest regularna aktywność ruchowa. Najlepiej, by aktywność fizyczna osób starszych obejmowała trzy elementy: ćwiczenia wytrzymałościowe (lepszą kondycję), siłowe (stabilna, mocna sylwetka) i rozciągające (dobra elastyczność więzadeł i ścięgien). Jednak jak wynika z badań, osoby starsze często ograniczają swoją aktywność ruchową do minimum. Siedzący tryb życia i brak odpowiedniej dawki ruchu powoduje mechaniczne osłabienie kości i zwiększa ich podatność na uszkodzenia, w tym groźne dla życia seniorów złamania.

W obliczu powyższych danych, wdrożenie kompleksowego programu rehabilitacyjnego dla seniorów ukierunkowanego na choroby kostno-stawowe, mięśniowe, neuropatie i urazy jest w pełni uzasadnione. Rehabilitacja może przyczynić się do poprawy sprawności fizycznej, profilaktyki upadków, zmniejszenia liczby urazów i złamań, redukcji bólu i poprawy jakości życia seniorów.

Obecnie dostęp do rehabilitacji w województwie łódzkim w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej jest ograniczony. Według danych NFZ za 2023 rok¹⁷ fizjoterapia ambulatoryjna należy do pięciu zakresów świadczeń rehabilitacyjnych z najdłuższą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Dla przypadków stabilnych wynosiła ona 83 dni w 2021 roku i w 2023 roku wydłużyła się do 137 dni.

Według danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych¹⁸ w województwie łódzkim przeciętny czas oczekiwania do poradni rehabilitacyjnej dla przypadków stabilnych w grudniu 2024 r. wynosił 86 dni, na fizjoterapię ambulatoryjną - 202 dni, a fizjoterapię domową – 61 dni.

Na koniec 2023 r. województwo łódzkie charakteryzowało się ponadto najwyższym w kraju saldem migracji (-5.889) do innych województw, w celu skorzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych. W przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej Łódzkie było na trzecim miejscu w kraju pod względem salda migracji (-1.582).

¹⁷ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 r. Warszawa, 2024, str. 157, zał._do_uchwały_nr_17-sig.pdf,

¹⁸ Kolejki – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, dostęp z dnia 16.07.2025

Program „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028” jest więc także odpowiedzią na niewystarczającą do potrzeb mieszkańców województwa łódzkiego dostępność do świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych.

Zwiększanie dostępności do rehabilitacji leczniczej jest zgodne z krajowymi oraz regionalnymi dokumentami strategicznymi. W „Mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.”¹⁹ Rozdział 8. Rehabilitacja medyczna wskazano, że ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.

Rekomendowane kierunki działań dla województwa łódzkiego w zakresie rehabilitacji, określone w Załączniku nr 5 do MPZ wskazują, że zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie rehabilitacji medycznej w województwie łódzkim jest duże, ale ich dostępność jest niewystarczająca, głównie z uwagi na zbyt małą liczbę ośrodków (w szczególności poza Łodzią). Ponadto województwo należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce i według prognoz demograficznych proces ten będzie się pogłębiał, a co za tym idzie zwiększy się udział osób z niepełnościami w społeczeństwie. Spowoduje to dalszy wzrost zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacji medycznej, które już w chwili obecnej nie są zapewnione na poziomie adekwatnym do potrzeb.

Rekomendacje zawarte w Mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.²⁰ wskazują, m.in. że:

- konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie.

¹⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych; <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026>

²⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, poz. 42

- Ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji dziennej, rehabilitacji ogólnoustrojowej, pulmonologicznej i neurologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.
- Należy prowadzić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji.

W Wojewódzkim Planie Transformacji województwa łódzkiego na lata 2022-2026 Aktualizacja²¹ w Działaniu 2.1.3.1. wskazano na potrzebę „Podejmowania działań ukierunkowanych na utrzymanie dobrostanu psychofizycznego osób starszych”.

Z kolei w dokumencie Samorządu Województwa Łódzkiego pn. „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027”²², w ramach Celu operacyjnego 1.1. Rozszerzenie działań z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób zaznaczono, że istotne jest zwiększenie propozycji działań skierowanych do osób starszych, sprzyjających zachowaniu ich zdrowia i sprawności. Natomiast w Celu operacyjnym 2.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej zapisano, że wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, istotne jest dalsze realizowanie programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji.

Niniejszy Program stanowi zatem realizację zadań i rekomendacji wynikających z priorytetów ochrony zdrowia określonych dla województwa łódzkiego.

I.2. Dane epidemiologiczne

Na koniec 2024 roku udział ludności w wieku poprodukcyjnym w województwie łódzkim był drugim od najwyższego wynikiem w kraju i wynosił 26,3% (Polska –

²¹Obwieszczenie nr 26/2024 Wojewody Łódzkiego z dnia 30 grudnia 2024 roku w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego planu transformacji województwa łódzkiego na lata 2022-2026

²²Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021

23,8%). Według prognoz GUS w 2035 roku osoby w wieku poprodukcyjnym będą stanowiły 29,1% mieszkańców (o 2,8% więcej niż w 2024 r.).

Pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w 2023 r. w Łódzkiem pozostawało 462.175 osób w wieku 55+, u których stwierdzono schorzenia przewlekłe. Stanowiły one 67,2% wszystkich osób powyżej 19-tego roku życia objętych opieką czynną w poradniach POZ. Drugą pod względem częstości przyczyną leczenia wśród tych osób były choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99). Liczba osób z tym rozpoznaniem w grupie wiekowej 55-64 lata wynosiła 44.389 osób (29,6% wszystkich pacjentów POZ w tej grupie wiekowej), a w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia – 92.149 osób (29,6% pacjentów 65+). Choroby obwodowego układu nerwowego (G50-G59) były przyczyną pozostawania pod opieką lekarza POZ w przypadku 13.321 osób w wieku 55-64 lata (8,8% pacjentów w tym wieku) oraz 18.786 osób 65+ (6% populacji 65+).²³

Według Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 roku do 31 grudnia 2031 roku, w 2023 r. z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ skorzystało w Polsce około 3,5 mln osób, z czego największy odsetek pacjentów stanowili dorośli w wieku produkcyjnym – 47,6%, a następnie osoby starsze, powyżej 65. r.ż. - 41,8%, co potwierdza rosnące zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne w związku ze starzeniem się populacji. W strukturze rozpoznań pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej dominowały schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, które stanowiły aż 71,4% wszystkich przypadków. Kolejnymi najczęstszymi przyczynami kierowania na rehabilitację były choroby układu nerwowego (15,9%).²⁴

Według danych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych²⁵ w województwie łódzkim na koniec 2023 roku ze świadczeń rehabilitacyjnych ogółem skorzystało 242.551 pacjentów, z czego 108.902 pacjentów stanowiły osoby powyżej 65 roku życia (44,9% wszystkich pacjentów).

²³ Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2023. Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, Łódź 2024, str. 101

²⁴ Mapa potrzeb na lata 2027-2031 – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, dostęp z dnia 16.07.2025

²⁵ Kolejki – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, dostęp z dnia 16.07.2025

Świadczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej udzielono 223.940 osobom (9.479 na 100 tys. mieszkańców, tj. o 16% więcej niż wynosiła średnia dla Polski), w tym 100.011 pacjentom w wieku 65+ (44,6% pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej). Współczynnik liczby pacjentów na 100 tys. mieszkańców w tej grupie wiekowej był 25% wyższy niż wynosiła średnia dla Polski.

W 2023 r. w województwie łódzkim wykonano ogółem 189.465 rehabilitacyjnych porad lekarskich (78% więcej niż średnio w Polsce; 2 miejsce), 391.484 wizyt fizjoterapeutycznych (16.571 na 100 tys., 10% więcej niż w kraju, 6 miejsce) i ponad 17,4 mln zabiegów fizjoterapeutycznych, 737.447 na 100 tys. mieszkańców (o 5% więcej niż średnio w Polsce; 7 miejsce).

W grupie wiekowej od 65 roku życia liczba porad lekarskich w rehabilitacji ambulatoryjnej wyniosła 89.601 osób (47,3% wszystkich porad rehabilitacyjnych), co w przeliczeniu na 100 tys. ludności 65+ było o 100% więcej niż średnio w Polsce. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w grupie seniorów wynosiła 185.774 (47,4% porad tego typu), współczynnik na 100 tys. było 17% wyższy niż w Polsce; z kolei liczba wykonanych zabiegów fizjoterapeutycznych u osób 65+ w województwie łódzkim wynosiła ponad 8,5 mln (49,2% wszystkich zabiegów fizjoterapeutycznych). Wskaźnik liczby zabiegów na 100 tys. mieszkańców był wyższy w tej populacji o 8% niż w kraju.

Do najczęstszych przyczyn korzystania z rehabilitacji leczniczej na koniec 2023 roku wśród mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 65+ należały choroby układu mięśniowo-szkieletowego – występujące u 79% rehabilitowanych pacjentów (najwięcej w Polsce razem z województwem podlaskim; średnia w Polsce - 77%). Na drugim miejscu były choroby układu nerwowego – zdiagnozowane u 15% osób (tyle samo, co średnia w Polsce).

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej należały także do najczęstszych problemów zdrowotnych pacjentów wieku 65+ leczących się w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W 2023 roku liczba porad w AOS z powodu powyższych chorób w grupie seniorów wynosiła 309.087 (trzecie miejsce wśród wszystkich przyczyn). Liczba porad z powodu chorób układu nerwowego wynosiła 110.965, a z powodu urazów, zatruc i innych przyczyn zewnętrznych – 84.600 porad.

Według danych otrzymanych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia liczba pacjentów w wieku 60 lat i więcej, którym udzielono świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej na koniec 2024 roku, w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń była następująca:

1. Porada lekarska rehabilitacyjna:

- 63 904 osoby w wieku 60 lat i więcej,
- 52 655 osób w wieku 60 lat i więcej z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego (M00-M99),
- 5 387 osób w wieku 60 lat i więcej z chorobami obwodowego układu nerwowego (G50-G59),
- 4 287 osób w wieku 60 lat i więcej z urazami (S00-T98).

2. Wizyta fizjoterapeutyczna:

- 98 602 osoby w wieku 60 lat i więcej,
- 78 602 osoby w wieku 60 lat i więcej z chorobami układu mięśniowo – szkieletowego (M00-M99),
- 12 354 osoby w wieku 60 lat i więcej z chorobami obwodowego układu nerwowego (G50-G59),
- 7 651 osób w wieku 60 lat i więcej z urazami (S00-T98).

3. Zabiegi fizjoterapeutyczne:

- 108 294 osoby w wieku 60 lat i więcej,
- 86 894 osoby w wieku 60 lat i więcej z chorobami układu mięśniowo – szkieletowego (M00-M99),
- 14 860 osób w wieku 60 lat i więcej z chorobami obwodowego układu nerwowego (G50-G59),
- 8 255 osób w wieku 60 lat i więcej z urazami (S00-T98).

I.3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym

funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych oraz zaburzeń i urazów. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu.

Rehabilitacja lecznicza w Polsce jest finansowana z NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, jak również z prywatnych środków pacjentów.

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych jest udzielana w podmiotach, które zawarły umowy z **Narodowym Funduszem Zdrowia** na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach: ambulatoryjnych, domowych, stacjonarnych oraz w ośrodku lub oddziale dziennym.

Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych (tj. takie jak przewidziane w niniejszym Programie) obejmują lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna) i fizjoterapię ambulatoryjną (realizowaną przez wizytę fizjoterapeutyczną i zabieg fizjoterapeutyczny). Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym do 5 zabiegów dziennie.

Rehabilitację leczniczą prowadzi także **Zakład Ubezpieczeń Społecznych** w ramach prewencji rentowej (na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne). Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Program rehabilitacji ma charakter indywidualny i kompleksowy. Poza działaniami rehabilitacyjnymi obejmuje on rehabilitację psychologiczną, edukację zdrowotną oraz instruktaż odnośnie kontynuacji rehabilitacji w warunkach domowych po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego. Podstawą skierowania ubezpieczonego

do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS. W 2022 r. program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS objął 50,0 tys. osób, z czego najczęściej z powodu chorób narządu ruchu – 41,3 tys. osób. Wśród nich dominowały choroby krążka międzykręgowego M51 (25,0%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa M47 (21,6%), zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych G54 (8,3%), choroby kręgów szyjnych M50 (4,7%), zwyrodnienie wielostawowe M15 (4,2%). Mieszkańcy województwa łódzkiego stanowili 8,1% osób rehabilitowanych w ramach ZUS, co stanowiło trzecie miejsce w kraju²⁶.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) zgodnie z Ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zapewnia uprawnionym rolnikom możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej organizowanej w formie 21-dniowych turnusów w Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS. Turnusy rehabilitacyjne oferowane przez KRUS mają na celu przede wszystkim przywrócenie zdolności do pracy w gospodarstwie. Działania te obejmują zarówno aktywnych zawodowo, jak i emerytowanych rolników. W 2024 roku z rehabilitacji w sanatoriach skorzystało łącznie 12,1 tysiąca rolników aktywnych zawodowo oraz 800 emerytów rolniczych. Zgłoszeń było jednak dużo więcej – 18.409 od czynnych rolników i 4.424 od emerytów, co pokazuje dużą dysproporcję pomiędzy liczbą złożonych wniosków, a faktycznie zrealizowanymi pobytami²⁷.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

dofinansuje rehabilitację dla osób, które posiadają ważne orzeczenie o niepełnosprawności, i otrzymały wniosek lekarza prowadzącego o skierowanie na turnus. Należy też spełnić przyjęte kryterium dochodowe. Turnus trwający co najmniej 14 dni może być zorganizowany w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej²⁸.

Niektóre **jednostki samorządu terytorialnego** finansują realizację programów rehabilitacji leczniczej dla osób starszych. Według danych dostępnych w Biuletynie

²⁶ Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2022 roku w okresie 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, ZUS, Warszawa 2024, c046dd46-eaa4-e68c-127e-43d9eb0c119f, dostęp z dnia 11.07.2025 r.

²⁷ KRUS przeznaczy więcej pieniędzy dla rolników na leczenie sanatoryjne - krus.pl, dostęp z dnia 11.07.2025 r.

²⁸ <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/turnusy-rehabilitacyjne/>, dostęp z dnia 11.07.2025

Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), od 2023 do sierpnia 2025 roku Prezes AOTMiT wydał opinie o projektach programów polityki zdrowotnej dotyczące rehabilitacji seniorów dla 21 jednostek samorządu terytorialnego, w tym 19 gmin, 1 powiatu i 1 województwa.²⁹

Obecnie **w województwie łódzkim realizowany jest „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”** finansowany ze środków unijnych w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego na lata 2021-2027 (FEŁ2027), Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik. Populacją docelową w programie są osoby pracujące albo bezrobotne zarejestrowane z terenu województwa łódzkiego, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Okres realizacji Programu to lata 2023-2027.³⁰

Program „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028” będzie zatem działaniem uzupełniającym do wyżej wymienionego programu, nakierowanym na starszą populację, a w przypadku osób aktywnych zawodowo, będzie wykluczał możliwość skorzystania ze świadczeń osobom, które uczestniczyły lub uczestniczą w programie realizowanym w ramach FEŁ2027.

Niniejszy Program został opracowany w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Program zakłada realizację świadczeń wyłącznie w warunkach ambulatoryjnych. W Programie przewidziano oprócz katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowych i jednocześnie niezbędnych do jego realizacji spotkania edukacyjne, które stanowią wartość dodaną do świadczeń

²⁹ <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst>

³⁰ <https://funduszeue.lodzkie.pl/nabory/dzialanie-feld0804-zdrowy-pracownik-rehabilitacja-narzadu-ruchu>

gwarantowanych. Ponadto uczestnicy będą uzyskiwać informacje na temat ćwiczeń, które mogą wykonywać w domu po zakończeniu udziału w Programie.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Głównym celem Programu jest uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne u co najmniej 70% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026-2028.

Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnicę między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadczącą o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejszą niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. minimal clinically important difference) dla danego testu.³¹

II.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy 1. Uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 75% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026-2028.

Cel szczegółowy 2. Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników Programu, dzięki kompleksowym działaniom rehabilitacyjnym prowadzonym w ramach Programu w latach 2026-2028 (zmniejszenie dolegliwości

³¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Kobylnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2022-2025” OP-0073-2021_REOPTR.pdf, opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” OP-0012-2021.pdf i inne opinie; pobranie z dnia 28.07.2025 r.

bólowych oznacza redukcję odczuwania bólu o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm)³².

Cel szczegółowy 3. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie problemów zdrowotnych po 60-tym roku życia oraz zdrowego stylu życia u co najmniej 70% uczestników Programu w latach 2026-2028 (wysoki poziom wiedzy oznacza minimum 70% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście).

Cel główny i cel szczegółowy 1 wydają się częściowo powielać, natomiast różnica pomiędzy nimi polega na tym, że cel główny Programu zachowuje charakter kompleksowego efektu zdrowotnego, odnoszącego się do poprawy stanu funkcjonalnego we wszystkich obszarach, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne, u co najmniej 70% uczestników Programu. Natomiast cel szczegółowy odnosi się do osiągnięcia minimalnego, mierzalnego efektu rehabilitacyjnego, rozumianego jako poprawa stanu funkcjonalnego przynajmniej w jednym obszarze, w którym w badaniu wstępnym stwierdzono zaburzenia funkcjonalne, u co najmniej 75% uczestników Programu.

Uzasadnienie dla przyjętych wartości docelowych w przypadku celu głównego i celów szczegółowych: Wskazane wartości docelowe przyjęto na podstawie przeglądu opinii Prezesa AOTMiT do innych programów polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji, oraz na podstawie wcześniej realizowanych programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji medycznej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

³² Zgodnie z opinią Prezesa AOTMiT nr 56/2024 z dnia 14 sierpnia 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Koło w wieku od 60 roku życia na lata 2025-2027”

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

L.p.	Miernik	Wartość odniesienia	Przewidywana wartość do osiągnięcia	Sposób pomiaru	Realizacja celu
1	Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne	Liczba osób objętych Programem	co najmniej 70% uczestników	Sprawozdawczość realizatora, porównanie wyników testów wykonywanych podczas I i II wizyty fizjoterapeutycznej Odpowiednie testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej	cel główny
2	Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego przynajmniej w jednym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne	Liczba osób objętych Programem	co najmniej 75% uczestników	Sprawozdawczość realizatora, porównanie wyników testów wykonywanych podczas I i II wizyty fizjoterapeutycznej Odpowiednie testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej	cel szczegółowy 1
3	Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie świadczeniami	Liczba osób objętych Programem	co najmniej 60% uczestników	Sprawozdawczość realizatora, porównanie skali VAS wypełnionej podczas I i II wizyty fizjoterapeutycznej	cel szczegółowy 2

L.p.	Miernik	Wartość odniesienia	Przewidywana wartość do osiągnięcia	Sposób pomiaru	Realizacja celu
4	Odsetek osób, które zwiększyły lub utrzymały wysoki poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia (tj. uzyskały min. 70% poprawnych odpowiedzi w post-teście wiedzy)	Liczba osób objętych Programem	co najmniej 70% uczestników	Sprawozdawczość realizatora, porównanie wyników pre-testu i post-testu wiedzy uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy będzie miało miejsce, w sytuacji gdy uczestnik będzie miał minimum 70% poprawnych odpowiedzi w post-teście, a w pre-teście poniżej 70%, a utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy – minimum 70% poprawnych odpowiedzi w pre-i post-teście	cel szczegółowy 3

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

III.1. Populacja docelowa

Program jest skierowany do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60 lat i więcej, z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, lub choroby obwodowego układu nerwowego lub po przebytych urazach.

W dniu 31.12.2024 roku wg danych GUS liczba ludności w województwie łódzkim wynosiła 2.345.924 osób, w tym było 683.457 osób w wieku 60 lat i więcej (29,1% populacji województwa).³³

³³ GUS - Bank Danych Lokalnych, dostęp z dnia 17.07.2025 r.

Jak wskazano w rozdziale I(1).2 Dane epidemiologiczne, w województwie łódzkim pod opieką lekarza POZ w 2023 r. pozostawało 92.149 osób w wieku 65 lat i więcej z rozpoznaniem chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (M00-M99) oraz 18.786 osób 65+ z chorobami obwodowego układu nerwowego (G50-G59). Nie ma danych na temat liczby pacjentów objętych opieką lekarza POZ z powodu urazów, z kolei dostępne w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych dane w lecznictwie ambulatoryjnym odnoszą się do liczby udzielonych porad, a nie liczby pacjentów.

Według danych ŁOW NFZ na koniec 2024 roku liczba pacjentów 60+ z terenu województwa łódzkiego, którzy skorzystali z zabiegów fizjoterapeutycznych wynosiła 108.294 osób. Natomiast liczba seniorów korzystających z fizjoterapii w związku z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego (M00-M99) wyniosła 86.894 osoby, z chorobami obwodowego układu nerwowego (G50-G59) - 14.860 osób, a z urazami (S00-T98), - 8.255 osób, co daje razem 110.009 osób (ten sam pacjent mógł skorzystać ze świadczeń kilka razy w ciągu roku, z różnych przyczyn). Na tej podstawie można przyjąć, że populacja kwalifikująca się do objęcia Programem stanowi 110.009 osób.

Biorąc pod uwagę możliwości budżetowe Samorządu Województwa Łódzkiego w latach 2026-2028 przewiduje się objęcie Programem ok. **534 osoby rocznie** oraz **1.602 osoby w całym okresie trwania Programu** (2026-2028). Stanowi to ok. 1,5% oszacowanej populacji docelowej. Natomiast należy wziąć pod uwagę, że Program ma zwiększyć dostępność do świadczeń, które są udzielane ze środków publicznych, zatem grupa docelowa będzie w rzeczywistości niższa.

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

Kryteria włączenia:

Do Programu będą zakwalifikowane osoby spełniające wszystkie poniższe warunki:

1. Zamieszkanie na terenie województwa łódzkiego.
2. Wiek: 60 lat i więcej.

3. Rozpoznanie: zdiagnozowane choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej lub obwodowego układu nerwowego lub przebyte urazy, potwierdzone w dokumentacji medycznej.
4. Skierowanie na rehabilitację z przyczyn wymienionych w punkcie 3 od lekarza (POZ/specjalisty).
5. Zgoda na udział w Programie (załącznik A do Programu).

Kryteria wykluczenia:

1. Korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych z powodu tego samego rozpoznania finansowanych ze środków publicznych, tj. z NFZ/ZUS/KRUS/PFRON lub w ramach innych programów polityki zdrowotnej, w tym „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” finansowanego z FEŁ2027, w ostatnich 3 miesiącach przed zgłoszeniem się do Programu (oświadczenie uczestnika – załącznik A).
2. Stan zdrowia nie pozwalający na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych.

Powyższe kryteria włączenia i wyłączenia zostaną zweryfikowane na etapie rejestracji pacjenta do udziału w Programie oraz podczas pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej (drugie kryterium wykluczenia). Z uwagi na ograniczoną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu, o udziale w Programie będzie też decydowała kolejność zgłoszeń.

Nieodłącznym elementem Programu będzie **akcja informacyjna** prowadzona przez poszczególnych realizatorów Programu oraz przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Do udziału w Programie osoby zainteresowane zgłaszają się spontanicznie, po uprzednim telefonicznym lub osobistym umówieniu na wyznaczony termin. Informacja o programie zostanie zamieszczona m.in. w siedzibie i na stronie internetowej realizatora.

Wśród planowanych działań promocyjnych Urzędu znajdują się m.in.:

- ogłoszenia zachęcające do udziału i informujące o Programie (m.in. o zasadach jego organizacji i udzielania świadczeń, miejscach realizacji, a także o możliwościach zapisania się do Programu) zamieszczone na stronie

internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego i na profilu Facebook „Łódzkie ma pomysł na zdrowie”;

- przekazanie informacji w tym zakresie zainteresowanym podmiotom (np. jednostkom samorządu terytorialnego, podmiotom leczniczym itp.),

Działania o charakterze informacyjno-promocyjnym Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego będzie prowadził **w ramach swojej działalności bez angażowania dodatkowych środków finansowych.**

Realizatorzy będą promowali program poprzez informowanie o nim (w tym m.in. o zasadach uczestnictwa w Programie, kryteriach kwalifikacji, jego organizacji, jak również korzyściach płynących z uczestnictwa w Programie) dla przykładu: w swojej siedzibie, w mediach społecznościowych, na stronie internetowej, w klubach seniora, Uniwersytetach Trzeciego Wieku itp.

III.3. Planowane interwencje

Planowane interwencje są udzielane uczestnikom bezpłatnie. Realizator poinformuje osoby zainteresowane udziałem w programie o zasadach uczestnictwa, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych interwencji, w tym również o ochronie danych osobowych.

Realizator powinien pozyskać pisemne zgody na udział w Programie oraz oświadczenia w zakresie spełnienia kryteriów kwalifikacji do Programu (zgodnie z załącznikiem A do Programu).

Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna

Kryterium włączenia do Programu jest posiadanie skierowania na rehabilitację od lekarza (POZ/specjalisty), zatem każda osoba która uczestniczy w pierwszej konsultacji jest zdiagnozowana i ma ogólne wskazania do rehabilitacji. Pierwsza konsultacja ma na celu potwierdzenie spełnienia warunków włączenia do Programu w zakresie rozpoznania choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej, obwodowego układu nerwowego lub urazu, na podstawie skierowania na rehabilitację wystawionego przez lekarza, przeprowadzonego wywiadu fizjoterapeutycznego oraz dokumentacji medycznej przedstawionej przez uczestnika.

Uczestnik powinien dysponować dokumentacją medyczną odnośnie schorzeń, których dotyczy Program (np. wynikami badań obrazowych i neurofizjologicznych, dokumentacją z leczenia ambulatoryjnego, lub kartą informacyjną leczenia szpitalnego).

Fizjoterapeuta dokona oceny i opisu stanu funkcjonalnego uczestnika przed rozpoczęciem fizjoterapii, przeprowadzi pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (wizualna skala analogowa/Visual Analog Scale), badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii.

Stan funkcjonalny uczestnika powinien zostać opisany zgodnie z Wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (Wytyczne KRF), w tym z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz uwzględniać zasady Diagnostyki Funkcjonalnej.

Należy ocenić, czy stan zdrowia pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, m.in. poprzez wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii (Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej). Na tej podstawie dokonywana jest ostateczna kwalifikacja do Programu.

Podczas wizyty dla każdego uczestnika zostanie opracowany indywidualny plan rehabilitacji, zawierający liczbę i rodzaj zabiegów fizjoterapeutycznych zleconych przez fizjoterapeutę. Wszystkie wyniki należy odnotować w Karcie uczestnika (załącznik C do Programu).

Indywidualny plan rehabilitacji

Każdy uczestnik będzie mógł skorzystać z cyklu zabiegów rehabilitacyjnych, w schemacie 10 dni zabiegowych po maksymalnie 5 zabiegów dziennie, zgodnie z opracowanym przez fizjoterapeutę indywidualnym planem rehabilitacyjnym. Minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. Optymalnie zajęcia powinny trwać co najmniej 2 razy w tygodniu, po 60 minut, a każdy uczestnik powinien odbyć łącznie 10 sesji w Programie (łącznie czas trwania

cyklu – 5 tygodni), natomiast ostateczną decyzję odnośnie częstotliwości zabiegów podejmuje osoba opracowująca indywidualny plan rehabilitacji.

Plan będzie obejmował wybrane przez fizjoterapeutę zabiegi fizjoterapeutyczne, spośród znajdujących się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Załącznik 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U.2021 poz. 265).

Zakres udzielanych zabiegów:

- **Kinezyterapia:** m.in. indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi, inne formy usprawniania;
- **Masaż:** m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny ręczny - leczniczy, masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy, masaż podwodny, masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.);
- **Elektrolecznictwo:** m.in. galwanizacja, jonoforeza, kąpiele elektryczno – wodne, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, TRABERTA, KOTZA;
- **Leczenie polem elektromagnetycznym:** m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofała, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości;
- **Hydroterapia:** m.in. kąpiel wirowa kończyn;
- **Światłolecznictwo i termoterapia:** m.in. naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym – miejscowe;
- **Pozostałe zabiegi:** m.in. ultradźwięki, ultrafonoforeza, krioterapia miejscowa, laseroterapia.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali świadczenia terapeutyczne w dawkowaniu „ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania”. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być

dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010).

Edukacja zdrowotna

W ramach Programu przeprowadzone zostaną spotkania edukacyjne, o tematyce: Zdrowie po 60-tce – jak dbać o sprawność, unikać upadków i lepiej żyć z chorobami przewlekłymi. W edukacji zdrowotnej powinien wziąć udział każdy uczestnik Programu, który skorzystał z pierwszej konsultacji fizjoterapeutycznej i został ostatecznie zakwalifikowany do Programu.

Celem spotkania jest edukacja osób starszych na temat profilaktyki w chorobach układu ruchu, prewencja upadków, wzmocnienie świadomości, jak ważna jest aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie oraz praktyczne porady, jak radzić sobie z ograniczeniami zdrowotnymi i poprawić komfort życia.

Proponowany zakres tematyczny spotkania:

- **Najczęstsze problemy zdrowotne po 60-tym roku życia:** m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów, osteoporoza, urazy i upadki – jak im zapobiegać, ból przewlekły – jak sobie z nim radzić.
- **Jak zachować sprawność:** znaczenie regularnej aktywności fizycznej, ćwiczenia wspomagające ruchomość stawów, równowagę i koordynację, proste ćwiczenia do wykonania w domu (część pokazowa), prawidłowe odżywianie seniorów (m.in. niezbędne składniki odżywcze w diecie seniora).
- **Bezpieczeństwo w domu i na co dzień:** praktyczne porady jak urządzić przestrzeń, by zmniejszyć ryzyko upadków (np. usunięcie progów, dywaników, dobre oświetlenie, poręcz w łazience), pomocne sprzęty (m.in. laska, balkonik, chwytaaki), codzienne sytuacje ryzyka – jak im zapobiegać (np. poślizgnięcia, wchodzenie na stołek).

Szczegółowy zakres tematyczny, który może obejmować również inne zagadnienia niż wskazane powyższej, zaproponowany zostanie przez realizatora w ofercie złożonej w ramach konkursu.

Spotkanie rozpoczyna się przeprowadzeniem pre-testu wiedzy i kończy przeprowadzeniem post-testu wiedzy (którego wzór stanowi załącznik B).

Spotkanie edukacyjne zostanie przeprowadzone w grupach od 10 do 20 osób. Czas trwania spotkania powinien wynosić min. 90 minut.

Forma spotkania powinna być urozmaicona i aktywizująca uczestników, np. uwzględniać wykład z dyskusją, pokaz slajdów lub plakatów, część praktyczną/pokazową z ćwiczeniami do wykonywania w domu (prowadzący demonstruje, uczestnicy powtarzają – ważne, by zapewnić bezpieczeństwo uczestników), burzę mózgów (np. na temat zdrowych i niezdrowych nawyków żywieniowych), itp. Podczas spotkania uczestnicy powinni zostać również poinformowani o portalach profilaktycznych NFZ, gdzie można znaleźć przydatne informacje dotyczące m.in. aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania: [Akademia NFZ](#) oraz [Oficjalny portal Narodowego Funduszu Zdrowia - Diety NFZ](#).

Druga konsultacja fizjoterapeutyczna

Podczas drugiej konsultacji fizjoterapeuta przeprowadzi końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego uczestnika po zakończeniu fizjoterapii, dokona pomiaru dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS oraz wykona badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie wykonywane podczas pierwszej wizyty, w celu pomiaru efektów przeprowadzonej rehabilitacji. Wszystkie wyniki należy odnotować w Karcie uczestnika (załącznik C do Programu). Ponadto udzieli uczestnikowi zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego oraz możliwości skorzystania z dalszej rehabilitacji w ramach systemu publicznego oraz wskaże ćwiczenia, które pacjent może samodzielnie wykonywać w domu. Na zakończenie uczestnik wypełni także ankietę satysfakcji z udziału w Programie (wzór ankiety stanowi załącznik D) oraz otrzyma kopię Karty uczestnika.

Uczestnik na każdym etapie trwania Programu ma możliwość rezygnacji z udziału.

Wszystkie przewidziane w Programie interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, potwierdzonymi w oparciu o dowody naukowe oraz rekomendacje i wytyczne m.in. towarzystw naukowych³⁴:

- Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ(y), częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych (NZGG 2002 – New Zealand Guidelines Group, SIGN 2002 – Scottish Intercollegiate Guidelines Network);
- Pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense);
- Dorośli (w wieku 18–64 lata) oraz osoby w wieku powyżej 65 r.ż. powinny podejmować regularną aktywność fizyczną. Powinni oni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dodatkowo osoby starsze w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej aktywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu (WHO 2020).
- Zalecenia aktywności fizycznej dla osób starszych (65+) Ministerstwa Sportu i Turystyki to minimum 150 min/tydzień umiarkowanej lub 75 min/tydzień intensywnej aktywności fizycznej i optymalnie 300 min/tydzień umiarkowanej lub 150 min/tydzień intensywnej aktywności fizycznej. Aktywność powinna uwzględniać ćwiczenia poprawiające równowagę i koordynację, ćwiczenia kształtujące gibkość i mobilność oraz ćwiczenia siłowe dużych grup mięśniowych.

³⁴ Źródło: [Opinie do programów polityki zdrowotnej - Biuletyn Informacji Publicznej AOTMiT](#) i inne

- U osób starszych zaleca się stosowanie kompleksowych programów rehabilitacyjnych łączących ćwiczenia siłowe, równoważne oraz trening funkcjonalny, gdyż wykazano ich skuteczność w poprawie sprawności i zmniejszeniu ryzyka upadków (WHO 2024 – Integrated Care for Older People (ICOPE); Sherrington i wsp. 2019 – Cochrane Review Exercise for preventing falls in older people living in the community);
- Progresywny trening oporowy jest szczególnie rekomendowany u osób w wieku 60+, gdyż istotnie zwiększa siłę mięśniową, poprawia szybkość chodu oraz redukuje ryzyko niesprawności funkcjonalnej (Liu i wsp. 2021 – Systematic Review and Meta-Analysis, Strength training to prevent falls in older adults);
- Wyniki metaanalizy 17 RCT (Wen 2022) wskazują, że ćwiczenia tzw. „łączące umysł i ciało” (ang. mind and body exercise, MBE), takie jak Tai Chi, joga i qigong, skutecznie łagodzą objawy wynikające z bólów przewlekłych u osób w średnim wieku i osób starszych, w porównaniu z aktywnymi lub nieaktywnymi grupami komparatorów
- Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (NICE 2022, RACGP 2018);
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (NICE 2009, AHRQ 2009). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem;
- W rekomendacjach dotyczących rehabilitacji bólów szyi wskazuje się, że pacjentom należy zapewnić edukację i poradnictwo (APTA 2017). W przypadku rekomendacji z zakresu rehabilitacji pacjentów z bólem okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021);
- Wyniki przeglądu systematycznego wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021,

Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin- Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).

- W większości zaleceń dotyczących bólów kręgosłupa zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).
- Przeważająca część rekomendacji wskazuje, że w bólu ostrym zaleca się uspokojenie pacjenta, edukację, w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej oraz farmakoterapię. Odradza się pozostawania w łóżku (w wybranych przypadkach 1-2 dni) (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).
- W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną, masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).
- Na podstawie wyników uzyskanych przez innych autorów wydaje się, że skuteczną formą profilaktyki bólów krzyża są ćwiczenia fizyczne, w tym ćwiczenia uzupełnione edukacją. W przeglądzie systematycznym wspartym metaanalizą sieciową Huang 2020 wykazano, że ćwiczenia połączone z edukacją wiązały się ze znamieną szansą na redukcję częstości występowania bólu krzyża, podobnie jak ćwiczenia stosowane jako jedyna forma profilaktyki.

Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

Niniejszy Program, oprócz katalogu świadczeń gwarantowanych - jako podstawowych i jednocześnie niezbędnych do jego realizacji, przewiduje spotkania edukacyjne, zwiększające wiedzę uczestników na temat profilaktyki najczęstszych problemów zdrowotnych po 60 roku życia oraz metod zachowania jak najdłużej sprawności. Ponadto uczestnicy uzyskają również informacje na temat ćwiczeń, które mogą wykonywać samodzielnie w domu po zakończeniu udziału w Programie.

W celu uniknięcia ryzyka powielenia u danego pacjenta świadczeń realizowanych w ramach Programu ze świadczeniami tego samego rodzaju finansowanymi ze środków publicznych, wprowadzone zostały następujące mechanizmy:

- osoby zainteresowane udziałem w Programie podpisują oświadczenie, że nie korzystają/nie korzystały w ciągu 3 miesięcy ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ/KRUS/ZUS/PFRON) oraz w ramach innych programów polityki zdrowotnej.
- realizator będzie zobowiązany w umowie do tego, aby świadczenia w Programie nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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

Pacjenci będą mogli zapisywać się do Programu osobiście/telefonicznie/w formie elektronicznej u realizatorów Programu. Działania będą realizowane przez podmiot/podmioty wybrane w drodze otwartego konkursu ofert, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wszystkie interwencje realizowane w ramach Programu są dla uczestników bezpłatne oraz są przeprowadzane przez osoby, które mają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, Realizatorzy Programu powinni prowadzić działania z zachowaniem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych i przepisów o prawach pacjenta, a także z zachowaniem wymagań wskazanych w rozdziale III(3).3 niniejszego Programu.

III(3). 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w Programie może mieć miejsce na różnych etapach. Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna ma na celu potwierdzenie spełnienia warunków włączenia do Programu w zakresie rozpoznania choroby oraz oceny, czy stan zdrowia pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, m.in. poprzez wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii. W przypadku gdy warunki te nie są spełnione lub ze względu na stan zdrowia pacjenta rehabilitacja nie jest zalecana, pacjent kończy udział w Programie po pierwszej konsultacji. W Karcie uczestnika Programu (załącznik C) odnotowuje się, że pacjent nie kwalifikuje się do udziału w Programie. W tej sytuacji należy zalecić pacjentowi wykonanie dalszych badań lub konsultacji specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku kwalifikacji do dalszych działań w ramach Programu, uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym etapie jego trwania, przy czym powinni zostać oni poinformowani, że dla osiągnięcia efektów terapeutycznych zalecane jest przejście pełnego cyklu rehabilitacji, jak również wzięcie udziału w edukacji zdrowotnej oraz w drugiej konsultacji fizjoterapeutycznej. W przypadku rezygnacji uczestnika, realizator powinien skontaktować się z nim w celu zachęcenia do kontynuowania udziału w Programie oraz uzyskania informacji o przyczynach rezygnacji. Na potrzeby monitoringu i ewaluacji realizator prowadzi statystykę osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji (o ile uczestnik podał przyczynę).

Zgodnie ze ścieżką Programu zakończenie udziału w Programie powinno nastąpić po drugiej konsultacji fizjoterapeutycznej, po wypełnieniu przez uczestnika ankiety satysfakcji z udziału w Programie (wzór ankiety stanowi załącznik D) oraz po otrzymaniu kopii Karty uczestnika.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- Opracowanie projektu Programu w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego i przesłanie go do zaopiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Po uzyskaniu opinii wprowadzenie ewentualnych zmian do Programu zgodnie z sugestiami AOTMiT.
- Przyjęcie Programu do realizacji na podstawie Uchwały Zarządu Województwa Łódzkiego.
- Ogłoszenie konkursu na wybór realizatora/realizatorów programu polityki zdrowotnej na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konkurs zostanie przeprowadzony na podstawie Uchwały Zarządu Województwa Łódzkiego w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu oraz powołania Komisji Konkursowej. Do konkursu będą mogły przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia z rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna oraz spełniające warunki lokalowe oraz kadrowe określone w Programie.
- Podpisanie umów z wybranymi w drodze konkursu realizatorami.
- Prowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej zarówno przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego z wykorzystaniem jego strony internetowej oraz social mediów, jak i przez realizatorów Programu. Szczegółowo akcja została opisana w punkcie III(3).2. Programu. Działania informacyjno-promocyjne będą prowadzone na bieżąco przez cały okres trwania Programu.
- Rejestracja uczestników będzie prowadzona przez realizatorów. Pacjenci będą mogli zapisywać się do Programu osobiście/telefonicznie/w formie elektronicznej u realizatorów.
- Wykonanie świadczeń przewidzianych w Programie, tj. dwóch konsultacji fizjoterapeutycznych, 10-dniowego cyklu rehabilitacyjnego u każdego uczestnika w oparciu o indywidualny plan rehabilitacji oraz przeprowadzenie spotkań

edukacyjnych będzie się odbywać zgodnie z opisem interwencji zawartym w punkcie III(3).3. Programu.

- Monitoring Programu będzie prowadzony na bieżąco w trakcie jego trwania na podstawie mierników opisanych w pkt V(5).1. Realizatorzy będą przysyłać do Departamentu Polityki Zdrowotnej cykliczne sprawozdania z realizacji Programu.
- Ewaluacja Programu będzie miała miejsce po jego zakończeniu na podstawie analizy mierników, celem oceny efektów prowadzonych działań (szczegółowy opis określa pkt. V(5).2.).
- Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

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

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W zakresie zapewnienia bezpieczeństwa planowanych interwencji, będzie on zobowiązany do zapewnienia organizacji Programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w tym przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, a ich administratorem będzie realizator Programu.

Wiedza przekazywana uczestnikom Programu musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.

W ramach Programu nie zapewnia się dodatkowych badań diagnostycznych oraz leków i wyrobów medycznych.

Realizator powinien zapewnić odpowiednią kadrę i infrastrukturę umożliwiającą prawidłową realizację Programu.

Minimalne kwalifikacje zawodowe osób realizujących Program:

I i II konsultacja fizjoterapeutyczna zostanie przeprowadzona przez personel spełniający wymogi określone w Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty, tj. fizjoterapeutę posiadającego tytuł:

- magistra uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 1a ww. ustawy;
- magistra uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 2–7 ww. ustawy oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

Realizacja świadczeń określonych w indywidualnym planie rehabilitacji

powinna być wykonywana przez personel spełniający wymogi wskazane w:

- Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty;

oraz

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej – Załącznik nr 1. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Wymogi dla świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Edukacja zdrowotna powinna być przeprowadzona przez:

- fizjoterapeutę spełniającego wymogi określone w Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty

lub

- lekarza, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Załącznik nr 1. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Wymogi dla świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, tj.

- lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- lekarza, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalistę reumatologii.

Warunki lokalowe:

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach niniejszego Programu będą realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej), posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia z rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna.

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program, powinny być zgodne z wymogami określonymi w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej; Załącznik 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, dla świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych;
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Sprzęt stosowany w Programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Pomieszczenie, w którym będą przeprowadzane spotkania edukacyjne powinno być dostosowane do przeprowadzenia spotkań dla grup 10-20 osobowych tj. wyposażone w krzesła dla uczestników, sprzęt dostosowany do zaplanowanych form edukacyjnych (np. tablicę, sprzęt do prezentacji slajdów, ewentualnie maty lub gumy do prezentacji ćwiczeń).

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do Programu zostanie dokonana na poniższej podstawie:

- Liczby osób zakwalifikowanych do Programu.
- Liczby osób niezakwalifikowanych do Programu z przyczyn zdrowotnych lub innych (ze wskazaniem tych przyczyn).
- Liczby osób które skorzystały z I i II konsultacji fizjoterapeutycznej (oddzielnie).
- Liczby osób uczestniczących w rehabilitacji leczniczej zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji.
- Liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej.
- Liczby osób, które przeszły pełną ścieżkę określoną w Programie.
- Liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji (o ile uczestnik podał przyczynę).

Ocena jakości świadczeń w Programie zostanie dokonana na podstawie:

- Analizy ankiet satysfakcji wypełnianych przez uczestników Programu podczas drugiej konsultacji fizjoterapeutycznej (wzór ankiety stanowi załącznik D do Programu).
- Ewentualnych uwag zgłaszanych przez uczestników do realizatorów w formie pisemnej.

V.2. Ewaluacja

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników, które szczegółowo zostały opisane w punkcie II(2).3. Programu „Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej”. System monitorowania i ewaluacji będzie oparty na sprawozdawczości raportowanej przez realizatorów Programu. Po zakończeniu realizacji Programu, zostanie przeprowadzana analiza

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

mierników, celem oceny efektów prowadzonych działań. Zostanie porównany stan przed wprowadzeniem kompleksowych działań z zakresu rehabilitacji w ramach Programu ze stanem po ich zakończeniu.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1. Koszty jednostkowe

Szczegółowy kosztorys wykonania Programu zostanie przedstawiony przez realizatorów na etapie konkursu ofert. Poniższa kalkulacja kosztów jest szacunkowa, natomiast ostateczne wartości kosztów będą zależały od ofert, które otrzymają finansowanie w ramach konkursu. Liczba uczestników oraz koszty jednostkowe zależą od wyceny świadczeń opracowanej przez realizatorów wybranych w drodze konkursu.

Szacunkowe koszty jednostkowe

Wyszczególnienie	Liczba	Koszty jednostkowe w zł	Koszt ogółem w zł
Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna	1	150	150
Cykl rehabilitacji zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacyjnym (10 dni po max 5 zabiegów dziennie)	1	1.500	1.500
Edukacja zdrowotna (spotkanie grupowe trwające min. 90 minut dla 10-20 osób; koszt w przeliczeniu na 1 osobę, przy założeniu 10-osobowych grup)	1	100	100
Druga konsultacja fizjoterapeutyczna	1	150	150
Razem	4		1.900

Średnie koszty jednostkowe poszczególnych zabiegów rehabilitacyjnych

Koszt cyklu rehabilitacji oszacowano na 1.500 zł na podstawie dostępnych w Internecie cenników dotyczących 10-dniowych pakietów zabiegów fizjoterapeutycznych w Łodzi. Koszt pakietów zawierających 4 lub 5 zabiegów wynosi od 1200 zł do 1500 zł.

Do ustalenia średnich cen poszczególnych zabiegów przyjęto cennik zabiegów określony w realizowanym w województwie łódzkim „Programie rehabilitacji

lecniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”:

Grupa zabiegów	Zabieg	Średnia cena jednego zabiegu	Uśredniona cena za grupę zabiegów (w pełnych zł)
kinezyterapia	indywidualna praca z pacjentem - nie mniej niż 30 min.	57,50 zł	Zabiegi kinezyterapii: 34,00 zł
	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	31,67 zł	
	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem -minimum 15 minut	21,67 zł	
	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	52,50 zł	
	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	30,00 zł	
	wyciągi	10,00 zł	
	inne formy usprawniania (kinezyterapia) -minimum 15 minut	30,00 zł	
masaż	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta	37,50 zł	Masaże: 43,00 zł
	masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	56,67 zł	
	masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	56,67 zł	
	masaż podwodny miejscowy	30,00 zł	
	masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	30,00 zł	
elektrolecznictwo i światłolecznictwo	galwanizacja	11,00 zł	
	jonoforeza	11,00 zł	

	kąpiel czterokomorowa	20,00 zł	Zabiegi fizykoterapeutyczne: 17,00 zł
	elektrostymulacja	14,00 zł	
	tonoliza	12,00 zł	
	prądy diadynamiczne	10,67 zł	
	prądy interferencyjne	11,00 zł	
	prądy TENS	11,00 zł	
	prądy TRAEBERTA	10,00 zł	
	prądy KOTZA	10,00 zł	
	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym -miejscowe	8,00 zł	
leczenie polem elektromagnetycznym	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	12,00 zł	
	diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	12,00 zł	
	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	12,00 zł	
hydroterapia	kąpiel wirowa kończyn	25,00 zł	
pozostałe zabiegi	ultradźwięki miejscowe	13,00 zł	
	laseroterapia - skaner	27,50 zł	
	laseroterapia punktowa	12,33 zł	
	krioterapia - miejscowa (pary azotu)	15,00 zł	
	ultrafonoforeza	13,00 zł	

Koszty monitorowania i ewaluacji Programu nie zostały uwzględnione w kosztorysie z uwagi na fakt, iż system monitorowania i ewaluacji będzie oparty na danych raportowanych przez realizatora/realizatorów Programu w ramach obowiązków sprawozdawczych wynikających z zapisów umowy na realizację Programu. Analizę tychże danych prowadzić będzie Departament Polityki Zdrowotnej w ramach kosztów funkcjonowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Działania

informacyjno-promocyjne nie zostały ujęte w kosztorysie, co zostało uzasadnione w punkcie III(3).2 Programu.

Szacowane koszty Programu w latach 2026-2028

Wyszczególnienie	Planowana liczba uczestników	Planowana liczba interwencji	Koszty jednostkowe w zł	Koszt Programu w latach 2026-2028
Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna*	1602	1	150	240.300,00
Cykl rehabilitacji zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacyjnym (10 dni po max 5 zabiegów dziennie)	1578	1	1.500	2.367.000,00
Druga konsultacja fizjoterapeutyczna	1578	1	150	236.700,00
Edukacja zdrowotna (spotkanie grupowe trwające min. 90 minut dla 10-20 osób; koszt jednostkowy w przeliczeniu na 1 grupę, przy założeniu 10-osobowych grup)	10-20 w grupie	156	1.000	156.000,00
Razem				3.000.000,00

*W związku z tym, że do Programu mogą się zgłosić osoby ze skierowaniem na rehabilitację wystawionym przez lekarza założono, że tylko nieliczna grupa osób (ok. 1,5%) nie będzie mogła skorzystać z cyklu rehabilitacji.

VI.2. Koszty całkowite

Przewidywana wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w latach 2026-2028 to ok. 3 mln zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2026 r.: 1.000.000 zł,
- 2027 r.: 1.000.000 zł,

– 2028 r.: 1.000.000 zł,

przy czym w latach 2027-2028 wysokość środków będzie uzależniona od zabezpieczenia odpowiedniej kwoty w budżecie województwa łódzkiego i od stopnia wykonania Programu w danym roku przez realizatora/realizatorów Programu.

Szacunkowe wyliczenia kosztów Programu w 2026 roku:

Wyszczególnienie	Planowana liczba uczestników	Planowana liczba interwencji	Koszty jednostkowe w zł	Koszt Programu 2026 roku
Pierwsza konsultacja fizjoterapeutyczna	534	1	150	80.100,00
Cykl rehabilitacji zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacyjnym (10 dni po max 5 zabiegów dziennie)	526	1	1.500	789.000,00
Druga konsultacja fizjoterapeutyczna	526	1	150	78.900,00
Edukacja zdrowotna (spotkanie grupowe trwające min. 90 minut dla 10-20 osób; koszt jednostkowy w przeliczeniu na 1 grupę, przy założeniu 10-osobowych grup)	10-20 w grupie	52	1.000	52.000,00
Razem				1.000.000,00

Szacunkowe wyliczenia dla roku 2027 i 2028 roku są takie same jak dla 2026 roku.

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

Spis załączników:

Załącznik A OŚWIADCZENIE I ZGODA UCZESTNIKA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Załącznik B PRE-TEST I POST-TEST WIEDZY

Załącznik C KARTA UCZESTNIKA

Załącznik D ANKIETA SATYSFAKCJI

Załącznik A do Programu

Zgoda uczestnika na udział w Programie „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+” na lata 2026-2028 i oświadczenie o niekorzystaniu ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy lub adres e-mail:

1. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/-y o zasadach uczestnictwa w Programie, jego organizacji, rodzaju i bezpieczeństwie planowanych działań.
2. Wyrażam zgodę na udział w Programie „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”
3. Oświadczam, że nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 3 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystała z świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:
 - Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
 - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
 - Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
 - Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
 - innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, budżetu państwa lub budżetu jednostek samorządu terytorialnego, w tym „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” finansowanego z FEŁ2027.

Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Miejscowość i data

Czytelny podpis

Dokument pozostaje w dyspozycji u realizatora Programu

Załącznik B do Programu

Test wiedzy dla uczestników Programu „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+” na lata 2026-2028 - PRE-TEST i POST-TEST

Test jednokrotnego wyboru – **należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź**. Proszę wstawić znak X lub zakreślić właściwą odpowiedź.

Informacja dla realizatora: W poniższym teście pogrubiono właściwe odpowiedzi. Testy przekazywane uczestnikom nie powinny zawierać pogrubień.

Imię i Nazwisko:

1. Które z poniższych schorzeń najczęściej dotyka osoby po 60. roku życia?
 - a) Alergie sezonowe
 - b) **Choroby zwyrodnieniowe stawów**
 - c) Ospa wietrzna
 - d) Udar
2. Które z poniższych stwierdzeń o chorobie zwyrodnieniowej stawów jest prawdziwe?
 - a) Dotyczy wyłącznie osób młodych
 - b) **Polega na stopniowym zużywaniu chrząstki stawowej**
 - c) Jest zawsze wynikiem urazu
 - d) Znika samoistnie bez leczenia
3. Niedobór jakiego pierwiastka najbardziej przyczynia się do rozwoju osteoporozy?
 - a) Żelaza
 - b) **Wapnia**
 - c) Magnezu
 - d) Potasu
4. Co jest najważniejszym czynnikiem zapobiegania osteoporozie?
 - a) Unikanie słońca
 - b) **Dieta bogata w wapń i witaminę D**
 - c) Picie dużej ilości kawy
 - d) Ograniczenie ruchu

5. Najczęstsza przyczyna urazów u osób starszych to:
 - a) Wypadki komunikacyjne
 - b) **Upadki w domu i jego otoczeniu**
 - c) Sporty ekstremalne
 - d) Urazy w pracy
6. Co pomaga zmniejszyć ryzyko upadku w domu?
 - a) Dywany i chodniki bez podkładów antypoślizgowych
 - b) **Dobre oświetlenie i usunięcie przeszkód z podłogi**
 - c) Strome schody bez poręczy
 - d) Śliskie kafelki bez dywaników
7. Co najlepiej wspiera zdrowie stawów u osób starszych?
 - a) Brak ruchu, aby nie obciążać stawów
 - b) Wyłącznie leki przeciwbólowe
 - c) **Regularna, umiarkowana aktywność fizyczna**
 - d) Noszenie ciężkich przedmiotów
8. Zalecana przez WHO ilość umiarkowanej aktywności fizycznej dla seniora to:
 - a) 60 minut tygodniowo
 - b) 90 minut tygodniowo
 - c) Minimum 150 minut tygodniowo
 - d) 300 minut dziennie
9. Ćwiczenia równoważne (np. stanie na jednej nodze, chodzenie po linii prostej, tai-chi) pomagają:
 - a) Poprawić tylko siłę mięśniową
 - b) **Poprawić koordynację i zapobiegać upadkom**
 - c) Obniżyć ciśnienie krwi
 - d) Nie mają większego znaczenia
10. Ćwiczenia siłowe (z lekkimi ciężarkami, gumami oporowymi) u osób starszych:
 - a) Są niewskazane, bo nadmiernie obciążają organizm
 - b) Powodują ryzyko urazu
 - c) Wzmacniają mięśnie, poprawiają stabilizację i zmniejszają ryzyko upadków
 - d) Nie mają wpływu na zdrowie seniora
11. Jak często zaleca się, aby senior wykonywał ćwiczenia wzmacniające mięśnie (np. siłowe, oporowe)?

- a. Kilka razy w miesiącu
 - b. Codziennie przez kilka godzin
 - c. 2–3 razy w tygodniu
 - d. W ogóle nie są zalecane dla seniorów
12. Najlepszym postępowaniem w bólu przewlekłym kręgosłupa jest:
- a. Stałe leżenie w łóżku
 - b. Samodzielne zwiększanie dawek leków
 - c. **Regularna rehabilitacja i ćwiczenia dostosowane do możliwości**
 - d. Unikanie jakiejkolwiek aktywności
13. Dieta osób starszych powinna zawierać szczególnie:
- a. Dużo soli i cukru
 - b. **Produkty bogate w białko, wapń, błonnik i witaminy**
 - c. Tylko produkty płynne
14. Osoby starsze powinny ograniczyć spożycie soli, ponieważ sól w nadmiarze?
- a. Zmniejsza ryzyko osteoporozy
 - b. **Powoduje wzrost ciśnienia i zwiększa ryzyko chorób serca**
 - c. Utrudnia wchłanianie wapnia
 - d. Obniża poziom energii
15. Który napój najlepiej wspiera nawodnienie organizmu u seniorów?
- a. Słodzone napoje
 - b. Mocna kawa
 - c. **Woda**
 - d. Napoje energetyczne
16. Ćwiczenia umysłowe u seniorów (np. rozwiązywanie krzyżówek, nauka nowych rzeczy):
- a. Tylko wypełniają wolny czas
 - b. **Wzmacniają pamięć i koncentrację**
 - c. Obciążają mózg i pogarszają pamięć
 - d. Nie mają znaczenia dla zdrowia

Dziękujemy za wypełnienie testu

Każda prawidłowa odpowiedź to 1 pkt.

Dokument pozostaje w dyspozycji u realizatora Programu

Załącznik C do Programu

Karta uczestnika Programu „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

Imię i nazwisko:

PESEL lub data urodzenia

Numer telefonu lub adres e-mail:

I konsultacja fizjoterapeutyczna. Data

Wywiad i rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia zabiegów fizjoterapeutycznych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyniki testów zgodnych z klasyfikacją ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

.....

.....

.....

.....

Dolegliwości bólowe wg skali VAS

.....

.....

.....

.....

.....

Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie (wpisać TAK lub NIE)

.....

Zabiegi zlecone w ramach Programu (max 5)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis fizjoterapeuty

II konsultacja fizjoterapeutyczna. Data

Wykaz świadczeń zrealizowanych w ramach Programu:

[illegible]

Wyniki testów zgodnych z klasyfikacją ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej

[illegible]

.....

.....

.....

.....

Dolegliwości bólowe wg skali VAS

.....

.....

.....

.....

.....

Pacjent wziął udział w spotkaniu z edukacji zdrowotnej (wpisać TAK lub NIE)

.....

Zalecenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis fizjoterapeuty

Załącznik D do Programu

Szanowny Panie/Szanowna Pani

Ankieta jest anonimowa i ma na celu poznanie Państwa opinii oraz uwag na temat Programu. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając przy odpowiednim polu **znak X**. Rzetelne wypełnienie ankiety przez Państwa, pozwoli nam udoskonalić podobne działania w przyszłości.

1. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji Programu (warunki lokalowe, czystość pomieszczeń, wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny)?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w ramach Programu?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

3. Czy Pani/Pana zdaniem podczas konsultacji fizjoterapeutycznych zalecenia dotyczące dalszego postępowania zostały przekazane w sposób w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

4. Czy Pani/Pana zdaniem podczas cyklu rehabilitacji zabiegi były wykonywane starannie?

- zdecydowanie tak ☐

- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

5. Czy Pani/Pana zdaniem podczas cyklu rehabilitacji informacje i zalecenia przekazywane przez osoby wykonujące zabiegi były wyczerpujące i przekazane w sposób zrozumiały i przystępny?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

6. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y ze zorganizowanego spotkania edukacyjnego na temat problemów zdrowotnych po 60-tym roku życia oraz zdrowego stylu życia (proszę wziąć pod uwagę umiejętność przekazywania wiedzy przez prowadzącego, otwartość na pytania, znajomość tematu, itd.)?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

7. Czy przez udział w Programie zwiększyła/ł Pani/Pan swoją wiedzę na temat problemów zdrowotnych po 60-tym roku życia oraz zdrowego stylu życia?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

8. Czy po udziale w Programie odczuwa Pani/Pan poprawę w zakresie schorzenia lub dolegliwości, które były przyczyną rehabilitacji?

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza dla mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60+ na lata 2026-2028”

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

9. Czy Pani/Pana zdaniem Program jest potrzebny mieszkańcom województwa łódzkiego?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

10. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

- zdecydowanie tak ☐
- raczej tak ☐
- trudno powiedzieć ☐
- raczej nie ☐
- zdecydowanie nie ☐

Miejsce na dodatkowe uwagi, sugestie dotyczące realizacji Programu:

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Dokument pozostaje w dyspozycji u realizatora Programu

BIBLIOGRAFIA

1. Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Osoby starsze / Osoby starsze / Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 roku, pobranie z dnia 1.07.2025 r.
2. [trwanie_zycia_w_zdrowiu_w_2023_roku.pdf](#), Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Ludność / Trwanie życia / Trwanie życia - tablice historyczne, pobranie z dnia 1.07.2025 r.
3. T. Gajewski i in., Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 3, 362-369
4. P. Gajewski (red.) *Interna Szczeklika 2016*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2016
5. N. Śnioszek, D. Ryszewska-Łabędzka, K. Wieczorowska-Tobis, Rola fizjoterapii w poprawie sprawności starszych pacjentów z przewlekłymi chorobami kręgosłupa, *Gerontologia Polska*, 2025, 33, 53-59
6. M. Liniarski i in., Ból w chorobach kostno-stawowych, *Journal of Clinical Healthcare* 2/2018 str. 18-22
7. P.W. Królik, Reumatoidalne zapalenie stawów u osób starszych: rozpoznanie, przebieg i możliwości leczenia, *Geriatrics*, 2016; 10: 52-29
8. K. Barszczewski i in., Osteoporoza starcza – poważny problem starzejącego się społeczeństwa, *Gerontologia Polska*, 2024, 32; 105-111
9. P.T. Oleksy, M. Tenderena, Neuropatie obwodowe w wieku podeszłym, *Geriatrics*, 2024; 18: 32-37
10. A. Borzym, Upadki osób w podeszłym wieku - przyczyny, konsekwencje i zapobieganie, *Psychogeriatrics Polska*, nr 6(2), 2009
11. red. M. Krysińska, K. Domosławska-Żylińska, M. Fronk, *Urazy wśród osób powyżej 60-go roku życia – Raport*, NIZP-PZH, Warszawa 2017
12. Ł. Magnuszewski, Z.B. Wojszel, Upadki i ich profilaktyka w profilaktyce osób starszych, *Geriatrics*, 2022; 16: 213-222
13. red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *POLSENIOR2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdańsk 2021, str. 1057

14. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 r.
Warszawa, 2024, str. 157, zał._do_uchwały_nr_17-sig.pdf,
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych; <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026>
16. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, poz. 42
17. Obwieszczenie nr 26/2024 Wojewody Łódzkiego z dnia 30 grudnia 2024 roku w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego planu transformacji województwa łódzkiego na lata 2022-2026;
18. Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021
19. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa łódzkiego 2023. Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi, Łódź 2024, str. 101
20. Mapa potrzeb na lata 2027-2031 – Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia, dostęp z dnia 16.07.2025
21. Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2022 roku w okresie 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, ZUS, Warszawa 2024, c046dd46-eaa4-e68c-127e-43d9eb0c119f, dostęp z dnia 11.07.2025 r.
22. KRUS przeznaczy więcej pieniędzy dla rolników na leczenie sanatoryjne - krus.pl, dostęp z dnia 11.07.2025 r.
23. <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/turnusy-rehabilitacyjne/>, dostęp z dnia 11.07.2025
24. <https://funduszeue.lodzkie.pl/nabory/dzialanie-feld0804-zdrowy-pracownik-rehabilitacja-narzadu-ruchu>
25. GUS - Bank Danych Lokalnych, dostęp z dnia 17.07.2025 r.
26. NFZ o zdrowiu. Osteoporoza - ezdrowie.gov.pl, pobranie z dnia 12.09.2025

Przy opracowaniu programu korzystano również z:

- Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie programów o niniejszej tematyce,

<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst>

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.12.2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.