

**RAPORT KOŃCOWY  
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Data wpływu:.....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego  oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>
<b>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</b> Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy.	
<b>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:</b> 2021-2023	<b>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:</b> 2021-2023
<p><b>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:<sup>1)</sup></b></p> <p>Głównym celem Programu była poprawa stanu funkcjonalnego 3300 pacjentów z województwa łódzkiego w latach 2021-2023 w środowisku społecznym fizycznym i gospodarczym poprzez uczestnictwo w programie rehabilitacji leczniczej.</p> <p>Celami szczegółowymi Programu były m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Uzyskanie poprawy nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie u co najmniej 50% uczestników w obszarach, dla których wykryto zaburzenia funkcjonalne zgodnie z klasyfikacją ICF.</li> <li>2) Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe.</li> </ol>	

<sup>1)</sup> Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

- 3) Wzrost aktywności fizycznej podczas udziału w programie u co najmniej 30% uczestników.
- 4) Wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych (dieta, czynniki związane z występowaniem chorób grzbietu i kręgosłupa, rozwój umiejętności psychospołecznych, związek między sferą psychiczną i fizyczną) u co najmniej 50% uczestników.

Za mierniki efektywności przyjęto mierniki określone w Programie:

1. Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego (3300 uczestników);
2. Liczba osób, u których uzyskano poprawę nie mniejszą niż minimalna różnica istotna klinicznie (co najmniej 50% uczestników);
3. Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych (co najmniej 50% uczestników);
4. Liczba osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej (co najmniej 30% uczestników);
5. Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych (dieta, czynniki związane z występowaniem chorób grzbietu i kręgosłupa, rozwój umiejętności psychospołecznych, związek między sferą psychiczną i fizyczną) (co najmniej 50% uczestników);

Ocena zgłaszalności do programu objęła liczbę uczestników poszczególnych jego etapów na podstawie:

- liczby osób, które skorzystały z I porady rehabilitacyjnej;
- liczby osób, u których w czasie porady rehabilitacyjnej lub w trakcie realizacji dalszych kroków zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga);
- liczby osób, u których w czasie I porady rehabilitacyjnej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji;
- liczby osób zakwalifikowanych do Programu, które przeszły do kroku nr 2;
- liczby osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych;
- liczby osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych;
- liczby osób objętych działaniami w ramach Programu;
- płci osób uczestniczących w Programie;
- rodzaju schorzeń osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania do udziału w programie;
- liczby osób, która zrezygnowała z udziału w Programie na każdym jego etapie;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami Programu wraz ze wskazaniem powodów.

W trakcie realizacji Programu uwzględnione zostały wskaźniki produktu wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych:

1. liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS – zakładana wartość co najmniej 3300 osób.

2. liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie – zakładana wartość co najmniej 1650 osób.
3. liczba osób wykonujących pracę siedzącą objętych wsparciem w programie – zakładana wartość co najmniej 900 osób.

Ponadto uwzględnione zostały wskaźniki rezultatu wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych, związane z aspektem aktywności zawodowej:

1. Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie zakładana wartość co najmniej co najmniej 10% uczestników (300 osób);
2. Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie zakładana wartość co najmniej co najmniej 10% uczestników w wieku 50+ (150 osób).

Ocena efektywności Programu została dokonana:

- z uwzględnieniem mierników efektywności;
- w odniesieniu do reedukacji masy ciała (indeks BMI);
- w odniesieniu do zmniejszenia wartości WHR (stosunek talia-biodra).

Cele programu zostały osiągnięte poprzez realizację interwencji zaplanowanych w ramach programu.

#### **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup>**

Wskazany Program realizowany był w dwóch edycjach. Do Programu przystąpiło 27 realizatorów, których wyłoniono w ramach dwóch konkursów nr RPLD.10.03.01-IZ.00-10-001/21 i RPLD.10.03.01-IZ.00-10-002/22 na projekty współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorców w regionie, Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej (Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy), Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. Podpisano umowy o wartości 25 267 000,00 zł, z czego przyznano dofinansowanie w wysokości 23 120 401,82 zł.

W ramach Programu podjęto następujące działania:

W ramach Programu oferowana była rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie mogła być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie.

Interwencje proponowane w ramach Programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na czynniki ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego np. otyłość. Sesje psychoedukacyjne uwzględniały aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczności nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby.

Jednocześnie Program zachęcał do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowanej przez niego. Oprócz korzystnego wpływu na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, regularna aktywność fizyczna jest czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie dla chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, otyłości (OECD, 2009).

### **Schemat postępowania w ramach Programu przedstawia się następująco:**

#### **1. Kwalifikacja formalna do Programu**

Kandydaci na uczestników programu mogli zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty (beneficjentów). W podmiotach zostały przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji. Ze względu na preferencje przewidziane w pierwszeństwie dostępu do projektów przy rekrutacji uwzględniono:

- wiek 50+ (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wieku 50+);
- płeć (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału kobiet);
- wykonywanie pracy siedzącej (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wykonujących pracę siedzącą).

Kandydat wypełniał oświadczenie uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych.

#### **2. Kwalifikacja medyczna do Programu:**

##### **Krok 1. I porada rehabilitacyjna**

Kierowana osoba dysponowała dokumentacją medyczną zawierającą wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjne leczenia szpitalnego. Przedstawiona dokumentacja, bądź dodatkowo zaświadczenie lekarskie, pozwala na potwierdzenie jednostki chorobowej dotyczącej układu ruchu zgodnej z kodami ICD-10 wymienionymi w Programie. Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych leżało po stronie uczestnika programu. Program nie przewidywał środków na badania diagnostyczne.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej przeprowadzony został szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. takie aspekty jak zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej, nawykach ruchowych, aktywności fizycznej i wykonywał odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu).

Wymagane było przeprowadzenie podczas I porady rehabilitacyjnej co najmniej następujących pomiarów:

- badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami

diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera zaburzenia funkcjonalne);

- pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (wizualna skala analogowa / Visual Analog Scale);
- pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii;
- określenie wskaźnika masy ciała BMI, wskaźnika WHR (stosunek talia-biodra);
- wypełnienie przez uczestnika Wypełnienie przez uczestnika Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ).

Szczegółowy wywiad kwalifikujący pacjenta do Programu miał na celu zwiększenie skuteczności podejmowanych działań poprzez identyfikację zagrożeń, uprzedzeń i barier, jakie mogły wystąpić ze strony pacjenta. Jedną z nich może być przekonanie o tym, że jakakolwiek aktywność fizyczna może wywołać lub spotęgować już istniejący ból. Ból związany z aktywnością fizyczną może być jednym z powodów, dla których pacjent przestaje ćwiczyć lub zmniejsza intensywność tych ćwiczeń.

## **Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji**

W ramach Programu pacjent odbywał cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. O rodzaju zleczanych zabiegów u poszczególnych pacjentów każdorazowo decydował fizjoterapeuta kierując się wskazaniami i wytycznymi o jak największej sile dowodowej. Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta.

W ramach Programu podjęto następujące działania:

- kinezyterapię indywidualną (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi. Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa;
- ciepłolecznictwo - wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa
- krioterapię - wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu;
- hydroterapię, m.in. kąpiel wirowa kończyn, wskazania do hydroterapii to m.in. schorzenia narządu ruchu, choroby układu nerwowego z zaburzeniami czynności ruchowych, wady postawy, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów i zapalenia okołostawowe, nerwobóle;
- leczenie polem magnetycznym, m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości; wskazania do leczenia polem magnetycznym to m.in. wybrane schorzenia reumatologiczne: choroba zwyrodnieniowa stawów, podostre

i przewlekłe zapalenie stawów, schorzenia tkanek miękkich, entezopatie, schorzenia urazowo-ortopedyczne: niektóre powikłania po zabiegach operacyjnych, wykręceniach, stanach pourazowych, osteoporoza;

- leczenie ultradźwiękami m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; wskazania do leczenia ultradźwiękami to m.in. zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, entezopatie, zespoły korzeniowe, neuralgie, bóle poamputacyjne;
- laseroterapię - wskazania do laseroterapii to m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, entezopatie, stany po urazach, skręceniach, reumatoidalne zapalenie stawów;
- elektroterapię m.in. galwanizacja, jonoforeza, kąpiele elektryczno-wodne; wskazania do elektroterapii to m.in.: zespoły bólowe, utrudniony zrost po złamaniach kości, wybrane schorzenia reumatologiczne;
- masaże m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny ręczny, masaż limfatyczny mechaniczny, masaż podwodny, masaż mechaniczny; wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, zaburzenia czynności mięśni w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu.

### **Krok 3. Warsztaty psychoedukacyjne**

Uczestnik Programu wziął udział w dwóch indywidualnych warsztatach psychoedukacyjnych (każde spotkanie trwające min. 60 minut). Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone były przez:

- dietetyka (1 spotkanie);
- psychologa (1 spotkanie prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne).

Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji znalazły się:

- dieta w schorzeniach narządu ruchu (jak utrzymać prawidłową masę ciała - podstawowe zasady zdrowego żywienia);
- psychospołeczne i organizacyjne czynniki związane z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego (duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą, dostrzegana monotonia pracy, niska satysfakcja z pracy, niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami, niedostateczne wsparcie społeczne, walka ze stresem);
- rozwój umiejętności psychospołecznych. Psychospołeczny aspekt rehabilitacji ma na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie;
- związek pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną - stres i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne (wpływ stresu, w tym zawodowego na nasilanie się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych),

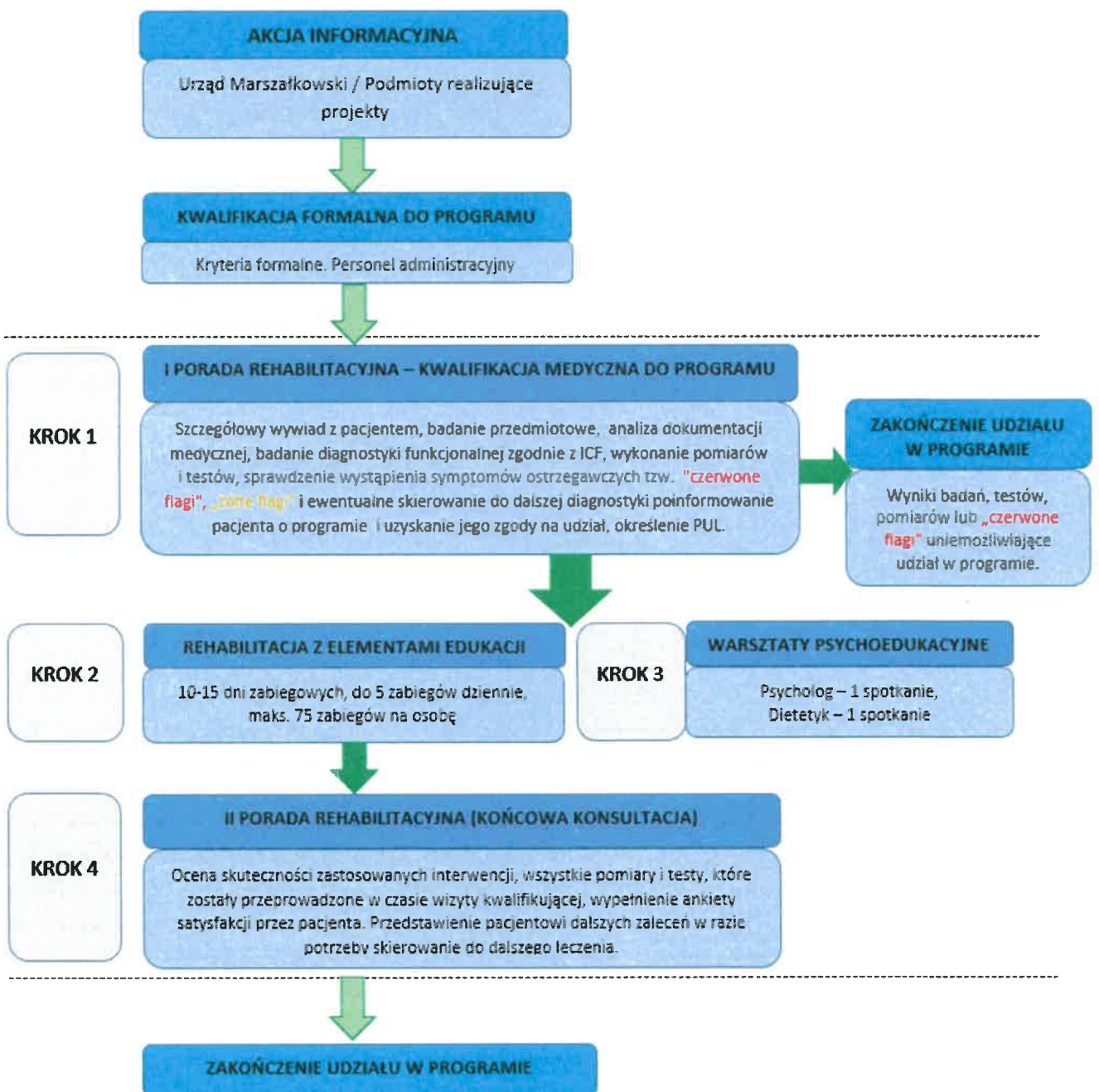
### **Krok 4. II porada rehabilitacyjna (końcowa konsultacja)**

W czasie wizyty podsumowującej zostały przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie wizyty kwalifikującej, zatem osoba prowadząca końcową poradę rehabilitacyjną:

- przeprowadziła badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF,
- wykonała testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej;

- dokonała porównania wyników pomiaru wykonywanego podczas pierwszej i końcowej konsultacji;
- dokonała pomiaru dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS;
- dokonała pomiarów antropometrycznych – wysokość, masa ciała i obwód talii;
- określiła wskaźnik masy ciała BMI;
- określiła wskaźnik WHR (stosunek talia-biodra);
- dokonała porównania wyników pomiaru wykonywanego podczas pierwszej i końcowej konsultacji.

### Uproszczony schemat programu



### **Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:<sup>3)</sup>**

Konkursy na realizację projektów w ramach Programu zostały ogłoszone w kwietniu 2021 roku (kwota alokacji 5 278 000,00 zł) oraz w sierpniu 2022 roku (kwota alokacji 2 211 764,71 zł). W ramach przedmiotowych konkursów z uwagi na duże zainteresowanie oraz potrzebę realizacji powyższych działań rehabilitacyjnych zwiększono kwoty alokacji we wrześniu 2021 na kwotę 13 000 000,00 zł oraz w listopadzie 2022 na kwotę 10 550 450,87 zł. W wyniku konkursów 27 beneficjentów podjęło się realizacji Programu.

Przedstawione informacje sporządzono w oparciu o sprawozdania roczne realizatorów Programu polityki zdrowotnej, wnioski o płatność oraz formularze monitorowania uczestników. Efekty realizacji Programu zdefiniowane zostały z wykorzystaniem mierników efektywności odpowiadających celom Programu. Ich analiza przedstawiona została poniżej.

Tab.1. Kwota alokacji w poszczególnych latach oraz kwota przyznanego dofinansowania.

	Kwota zwiększonej alokacji	Kwota przyznanego dofinansowania
2021	13 000 000,00 zł	12 588 826,78 zł
2022	10 550 450,87 zł	10 531 575,04 zł

### **Ocena zgłaszalności do Programu**

Rekrutację uczestników do Programu polityki zdrowotnej poprzedzały działania informacyjno-promocyjne, prowadzone na bieżąco przez realizatorów. Liczba osób objętych Programem zdrowotnym w poszczególnych latach jego realizacji została zilustrowana w poniższych tabelach.

<sup>3)</sup> W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.



Tab.2. Liczba osób objętych programem zdrowotnym w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych z wniosków o dofinansowanie i formularzy monitorowania uczestników).

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób objętych programem zdrowotnym	0	4 106	10 618	14 724	co najmniej 3 300 osób
w tym liczba kobiet	0	2 905	7 093	9 998	W Programie nie założono wartości w podziale na płeć
w tym liczba mężczyzn	0	1 201	3 525	4 726	
Liczba osób powyżej 50 roku życia objętych programem zdrowotnym	0	2 460	6 500	8 960	co najmniej 1 650 osób
w tym liczba kobiet	0	1 772	4 392	6 164	W Programie nie założono wartości w podziale na płeć
w tym liczba mężczyzn	0	688	2 108	2 796	

Tab.3. Liczba osób wykonujących pracę siedzącą objętych programem zdrowotnym w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych z wniosków o dofinansowanie i formularzy monitorowania uczestników).

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób wykonujących pracę siedzącą objętych wsparciem w programie	0	4331	3 268	7 599	co najmniej 900 osób
w tym liczba kobiet	0	2 993	2 266	5 259	W Programie nie założono wartości w podziale na płeć
w tym liczba mężczyzn	0	1 338	1 002	2 340	

Tab.4. Liczba osób w odniesieniu do rodzaju schorzenia, będącego przyczyną skierowania do udziału w programie (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rodzaj schorzenia będącego przyczyną skierowania do udziału w programie							
	M47 Spondyloza	M48 Inne choroby kręgosłupa	M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	M51 Inne choroby krążka międzykręgowego	M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej	M54 Bóle grzbietu
Liczba osób z danym schorzeniem	7591	357	23	1108	2220	112	4730
w tym liczba kobiet	5283	244	13	812	1460	80	3098
w tym liczba mężczyzn	2308	113	10	296	760	32	1632

Wybór ww. chorób odpowiada na dane dotyczące najczęściej stwierdzanych chorób pacjentów hospitalizowanych w województwie łódzkim w ramach krajowych środków publicznych kinezyterapii realizowanej w ramach programu. Z powyższej tabeli wynika, iż najczęstszą przyczyną skierowania do Programu były zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47), bóle grzbietu (M54), inne choroby krążka międzykręgowego (M51)

oraz choroby krążków międzykręgowych szyjnych (M50).

Jednym z efektów realizacji Programu było podjęcie pracy lub kontynuacja zatrudnienia po zakończonym udziale we wsparciu. Poniższa tabela przedstawia założenia i wyniki w tym zakresie (tab. 5.)

Tab.5. Efekty realizacji Programu w kontekście założeń wniosków o dofinansowanie (opracowanie własne na podstawie formularzy monitorowania uczestników załączanych do wniosków końcowych).

	Planowane przez realizatorów		Realizacja	Procent realizacji %
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	Ogółem	2 253	6 288	279,09%
	w tym liczba kobiet	1 317	4 185	317,77%
	w tym liczba mężczyzn	936	203	21,69%
Liczba osób 50+, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	Ogółem	1 243	3 432	276,11%
	w tym liczba kobiet	566	2 297	405,83%
	w tym liczba mężczyzn	482	1 135	235,48%

Zgodnie z Programem, co najmniej 10% uczestników Programu powinno podjąć pracę lub kontynuować dotychczasowe zatrudnienie - jak wskazuje powyższa tabela (tab. 5) liczba osób, które po zakończonym udziale w Programie podjęły zatrudnienie lub je kontynuowały znacznie przekroczyła 100% założeń konkursu. Wartość ta odnosi się również do osób w wieku 50+.

Mierniki realizacji Programu wskazujące na poprawę stanu zdrowia u uczestników Programu wskutek udzielonych form wsparcia zilustrowano w kolejnych tabelach.

Tab.6. Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w poszczególnych latach realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego	0	3 785	8 745	12 530	3 300 uczestników

Zgodnie z Programem u 3300 uczestników Programu powinna nastąpić poprawa stanu funkcjonalnego. Pomiar został dokonany poprzez porównanie wyników testów przeprowadzonych podczas I i II porady rehabilitacyjnej. Liczba osób z poprawą stanu funkcjonalnego znacznie przekroczyła 100% założeń konkursu.

Tab.7. Liczba osób, u których uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie w poszczególnych latach realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób u których uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie	0	3 713	8 243	11 956	co najmniej 50% uczestników (1 650 uczestników)

Zgodnie z Programem, u co najmniej 50% uczestników Programu powinna nastąpić poprawa stanu funkcjonalnego nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie. Pomiar został dokonany poprzez porównanie wyników testów przeprowadzonych podczas I i II porady rehabilitacyjnej. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyższej założeń Programu tj. wyniosła 84,44%.

Tab.8. Liczba osób, u których podczas konsultacji końcowej stwierdzono zmniejszenie wartości WHR (stosunek talia-biodra) (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba osób u których odnotowano zmniejszenie indeksu WHR (stosunek talia-biodra)	0	420	1 183	1 603

Tab.9. Liczba osób, u których podczas konsultacji końcowej stwierdzono zmniejszenie indeksu masy ciała BMI lub obniżenie masy ciała (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba osób u których odnotowano zmniejszenie indeksu masy ciała BMI	0	922	2 075	2 997

Tab.10. Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych w poszczególnych latach realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	0	3 425	6 964	10 389	co najmniej 50% uczestników (1 650 uczestników)

Zgodnie z Programem, u co najmniej 50% uczestników Programu powinno nastąpić zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych. Pomiar został dokonany poprzez porównanie wyników skali VAS wypełnionej podczas I i II porady rehabilitacyjnej. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyższej założeń Programu tj. wyniosła 73,38%.

Tab.11. Liczba osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej w poszczególnych latach realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej	0	3 788	9 009	12 797	co najmniej 30% uczestników (990 uczestników)

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu powinien nastąpić wzrost poziomu codziennej aktywności fizycznej. Pomiar został dokonany poprzez porównanie wyników kwestionariusza IPAQ wypełnionego podczas I i II porady rehabilitacyjnej. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyższej założeń Programu tj. wyniosła 90,38%.

Tab.12. Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych w poszczególnych latach realizacji Programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób uczestniczących, u których stwierdzono wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych	0	3 878	9 258	13 136	co najmniej 50% (1 650 uczestników)

Zgodnie z Programem, u co najmniej 50% uczestników Programu powinien nastąpić wzrost wiedzy w zakresie tematyki warsztatów psychoedukacyjnych. Pomiar został dokonany poprzez porównanie testu wstępnego i końcowego. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyżej założeń Programu tj. 92,78%.

Tab.13. Liczba osób, objętych działaniami w ramach Programu

Liczba osób, które wzięły udział w Programie i przeszły jego pełną ścieżkę	Liczba osób objęta rozmową końcową w Programie
co najmniej 3 300	14 159

Zgodnie z Programem co najmniej 3 300 uczestników powinno zostać objętych działaniami w ramach Programu. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób, które wzięły udział w Programie i przeszły jego pełną ścieżkę, zatem w tym kontekście cele Programu zostały zrealizowane w ponad 100%.

Zgodnie ze sprawozdaniami otrzymanymi od realizatorów na przestrzeni realizacji Programu 437 osób zrezygnowało z udziału w Programie, a 128 osób nie zostało objętych działaniami Programu z powodów zdrowotnych.

## Ocena jakości świadczeń

Ankietowani wskazali, iż w zdecydowanej większości byli zadowoleni z organizacji i jakości udzielania świadczeń w ramach Programu. Wyrazili również chęć polecenia innym udziału w tym Programie. Tabela poniżej przedstawia wyniki ankiet wśród uczestników Programu.

Tab.14. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy Pana/Pani zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

	2021-2023	%
Zdecydowanie tak	11 174	81,64%
Raczej tak	2 149	15,89%
Trudno powiedzieć	311	2,30%
Raczej nie	36	0,27%
Zdecydowanie nie	17	0,13%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 97,53% uczestników Programu uważało, iż Program odpowiadał na potrzeby mieszkańców województwa. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 13 687 uczestników

Tab.15. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

	2021-2023	%
Zdecydowanie tak	11 494	83,98%
Raczej tak	1 989	14,53%
Trudno powiedzieć	138	1,01%
Raczej nie	37	0,27%
Zdecydowanie nie	29	0,21%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 98,51% uczestników Programu było zadowolonych z organizacji udzielanych świadczeń w ramach Programu. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 13 687 uczestników.

Tab.16. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

	2021-2023	%
Zdecydowanie tak	11 515	84,13%
Raczej tak	1 928	14,09%
Trudno powiedzieć	185	1,35%
Raczej nie	45	0,33%
Zdecydowanie nie	14	0,10%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 98,22% uczestników Programu poleciłoby innym osobom powyższy Program. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 13 687 uczestników.

**Podsumowanie:**

1. Realizacja Programu odegrała znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych między innymi kontynuowaniu aktywności fizycznej;
2. Wskaźniki odczuwalnego bólu uczestników uległ poprawie;
3. Realizacja Programu umożliwiła uczestnikom powrót do sprawności pozwalającej na podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej;
4. Na poziomie deklaracyjnym wzrosła motywacja uczestników do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej;
5. Wdrożono określoną ścieżkę wsparcia;
6. Ocena świadczeń udzielanych w ramach Programu wystawiona przez uczestników wskazuje na wysoką jakość realizacji Programu;
7. W ramach realizacji Programu zrekrutowano dużo większą liczbę uczestników, niż planowano.

**Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>4)</sup>**

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki bieżące rozliczonych we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe rozliczone we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki bieżące rozliczonych we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe rozliczone we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	11 383 513,58 zł	4 982 988,03 zł	0,00 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	1 205 313,20 zł	527 610,50 zł	0,00 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	1 311 291,97 zł	474 744,13 zł	0,00 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki bieżące rozliczonych we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe rozliczone we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	9 523 232,75 zł	13 057 524,58 zł	0,00 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	1 008 342,29 zł	1 382 561,43 zł	0,00 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	835 307,107 zł	3 116 923,60 zł	0,00 zł	0,00 zł

<sup>4)</sup> W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2021-2023

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki bieżące rozliczonych we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe rozliczone we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	20 906 746,33 zł	18 040 512,61 zł	0,00 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	2 213 655,49 zł	1 910 171,93 zł	0,00 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	2 146 599,07 zł	3 591 667,73 zł	0,00 zł	0,00 zł

Program wdrażany był poprzez realizację projektów rozliczanych na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków. W związku z powyższym, w Raporcie wskazano wydatki zaplanowane do wykorzystania w Programie oraz wydatki, które faktycznie zostały poniesione w trakcie realizacji projektów.

**Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>5)</sup>**

W programie założono świadczenia zdrowotne obejmujące: I poradę rehabilitacyjną, rehabilitację z elementami edukacji, warsztaty psychoedukację oraz II poradę rehabilitacyjną. Założono średni koszt świadczeń zdrowotnych przypadających na jednego uczestnika Programu w wysokości 1 624,50 zł. Ogółem na świadczenia zdrowotne wydatkowano kwotę 19 661 555,51 zł, co oznacza, że średni koszt na jednego uczestnika wyniósł 1 343,66 zł.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>6)</sup>

Opis podjętych działań modyfikujących:<sup>7)</sup>

Problem 1:  
Brak chęci udziału w warsztatach psychoedukacyjnych. Społeczeństwo nie jest przygotowane na spotkanie z psychologiem. Wynika to z faktu braku wiedzy o zawodzie psychologa. Sam fakt propozycji spotkania budziły wątpliwości i lęk.

Działanie modyfikujące:  
Po zapoznaniu uczestników z celem spotkania z psychologiem i zakresem tematów, program spotkania był ustalany indywidualnie z uczestnikiem po uwzględnieniu specyficznych potrzeb.

Problem 2:  
Mężczyźni (w każdym wieku) rzadziej korzystają z profilaktyki zdrowotnej niż kobiety.

Działanie modyfikujące:  
Przeprowadzono dodatkową kampanię reklamową dla mężczyzn w portalach społecznościowych i w prasie regionalnej zachęcającą do wzięcia udziału w projekcie.

<sup>5)</sup> Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbięciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<sup>6)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>7)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<p><b>Problem 3:</b> Niska zgłaszalność uczestników z obszarów wiejskich.</p>	<p><b>Działanie modyfikujące:</b> W gminach odpowiadających powyższemu wskaźnikowi rozdystrybuowane zostały ulotki, plakaty, wysłane zostały maile do Urzędów Gmin, zachęcające do udziału w Projekcie, a także informowania mieszkańców o tej szybkiej drodze rehabilitacyjnej, gdyż niekiedy terminy na rehabilitację ze środków NFZ są bardzo odległe.</p>	
<p><b>Problem 4:</b> Dostarczanie dokumentów potwierdzających podjęcie lub kontynuację zatrudnienia.</p>	<p><b>Działanie modyfikujące:</b> Prośby telefoniczne o uzupełnienie wymaganej dokumentacji.</p>	
<p>Miejscowość  Łódź</p>	<p>18/07/2024 ..... Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><b>INSPEKTOR</b> <i>Agnieszka Ciechomska</i> ..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>8)</sup></p>
	<p>18/07/2024 ..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><b>Główny Specjalista</b> <i>Anna Pasikowska</i> <i>W. Makrelmka</i> <b>Zastępca Dyrektora</b> <b>Departamentu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027</b> ..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>8)</sup></p>
	<p>26-07-2024 ..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><b>Wicemarszałek</b> <b>Województwa Łódzkiego</b> <i>Piotr. Wojtyśiak.</i> ..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej<sup>8)</sup></p>

<sup>8)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe