

ZARZĄDZENIE NR 0050.60.2026
BURMISTRZA MIASTA CIESZYNA

z dnia 4 lutego 2026 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert wraz z zaproszeniem do składania ofert na realizację w roku 2026 programu polityki zdrowotnej pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 1153 z późn. zm.), art. 48 ust. 1 i 3 pkt 2, ust. 5 oraz art. 48b ust. 1-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) oraz uchwały Rady Miejskiej Cieszyna Nr III/25/24 z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

§ 1. 1. Ogłaszam otwarty konkurs ofert na realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn w roku 2026, zwany dalej „konkuresem”.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

2. Wzór formularza ofertowego stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.

3. Wzór umowy stanowi załącznik nr 4 do niniejszego zarządzenia.

§ 3. 1. W celu przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w § 1, powołuję komisję konkursową, zwaną dalej „komisją”, w składzie:

- 1) Krzysztof Kasztura – I Zastępca Burmistrza Miasta Cieszyna;
- 2) Maria Sobiecka – główny specjalista Biura Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Cieszynie;
- 3) Barbara Stelmach-Kubaszczuk – starszy inspektor Biura Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Cieszynie.

2. Na przewodniczącą komisji powołuję Krzysztofa Kaszturę – I Zastępcę Burmistrza Miasta Cieszyna.

§ 4. Prace komisji są ważne przy udziale co najmniej 2 członków komisji.

§ 5. Regulamin pracy komisji określa załącznik nr 5 do niniejszego zarządzenia.

§ 6. Wykonanie zarządzenia powierzam I Zastępcy Burmistrza Miasta Cieszyna oraz pracownikom Biura Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Cieszynie.

§ 7. Ogłoszenie o konkursie zamieszczam na tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Cieszynie, na stronie internetowej BIP Urzędu Miejskiego w Cieszynie oraz na stronie internetowej www.cieszyn.pl.

§ 8. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Burmistrz Miasta Cieszyna

Gabriela Staszekwicz

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 0050.60.2026
Burmistrza Miasta Cieszyna
z dnia 4 lutego 2026 r.



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.]

Cieszyn, 2023

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy
Cieszyn na lata 2025-2029

Okres realizacji programu: 2025-2029

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki
zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Biuro Spraw Społecznych
Urząd Miejski w Cieszynie
Rynek 1, 43-400 Cieszyn
tel. (33) 47 94 379
bss@um.cieszyn.pl

Data opracowania programu: III kwartał 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	8
3. Opis obecnego postępowania	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny	14
2. Cele szczegółowe	14
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
1. Populacja docelowa	15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie.....	23
2. Ewaluacja.....	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Koszty całkowite.....	25
3. Źródło finansowania	25
Załączniki.....	27

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

1. Opis problemu zdrowotnego

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

W przypadku chorób przewlekłych układu ruchu, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie problemów zdrowotnych, dominują choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kręgosłupa (w tym głównie zmiany zwyrodnieniowe), a także choroby krążków międzykręgowych. Za najpowszechniejszy problem zdrowotny związany z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego uznawana jest choroba zwyrodnieniowa stawów (inaczej osteoartroza). Badania radiologiczne wskazują, iż w populacji po 65 r.ż. cechy tej jednostki chorobowej stwierdza się u ponad 80% osób z populacji, wśród których około połowa doświadcza z tego powodu dolegliwości bólowych, natomiast ok. 10% - ograniczenia ruchomości stawów. Niepełnosprawność ruchowa w przebiegu osteoartrozy jest konsekwencją systematycznej degradacji chrząstki stawowej i zwężenia jamy stawowej, a wśród objawów klinicznych choroby pojawiają się ból, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, sztywność stawów, a także nasilający się stan zapalny^{1,2}. Wśród głównych czynników ryzyka omawianego schorzenia wymienia się wiek, otyłość, przebyte urazy, uprawianie sportu, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne³. Choroba zwyrodnieniowa stawów przyjmować może różne postaci, wśród których najczęściej występujące to zwyrodnienia stawu kolanowego, stawów ręki oraz stawu biodrowego⁴. Kolejną z chorób przewlekłych układu ruchu, ograniczającą sprawność pacjentów, pozostaje choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, dotycząca według

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postępy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.

² Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

³ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁴ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się zwyrodnień kręgosłupa wskazuje się na wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość oraz czynniki genetyczne⁶. Dolegliwości bólowe towarzyszące chorobie stanowią bardzo częstą przyczynę ograniczenia sprawności jednostek, w tym nie tylko w zakresie życia codziennego, ale też zawodowego. Równie niekorzystne skutki zdrowotne niesie za sobą dyskopatia (choroby krążka międzykręgowego), definiowana jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych⁷. Dolegliwości bólowe pojawiają się w konsekwencji ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy w związku z wydobyciem się jądra miażdżystego na zewnątrz pierścienia włóknistego. Ryzyko pojawienia się dyskopatii wzrasta z wiekiem oraz istotnie częściej dotyczy osób doświadczających nadmiernego przeciążenia kręgosłupa i/lub urazów kręgosłupa, a także pacjentów z wadami wrodzonymi lub nabytymi w tej części układu kostnego. Wśród podstawowych metod leczenia ww. jednostek chorobowych, m.in. obok farmakoterapii, znajduje się rehabilitacja, obejmująca kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta⁸.

Najczęściej występującą chorobą zapalną układu kostno-stawowego i mięśniowego pozostaje natomiast reumatoidalne zapalenie stawów – choroba tkanki łącznej prowadząca do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa. Schorzenie to uznaje się obecnie za chorobę autoimmunologiczną, jednakże nie istnieją nadal dostateczne dowody naukowe, które wyjaśniałyby w sposób nie budzący wątpliwości jej etiopatogenezę. Najczęściej wśród przyczyn rozwoju reumatoidalnego zapalenia stawów wskazuje się na zaburzenia funkcjonowania układu odpornościowego, a także infekcje wirusowe i/lub bakteryjne. Wśród licznych czynników zwiększających ryzyko rozwoju choroby wymienia się także czynniki genetyczne, palenie tytoniu, płeć żeńską oraz wiek⁹. Wyodrębnia się cztery etapy

⁵ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.

⁶ Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202.

⁷ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

⁸ P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.

⁹ McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).

rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze zmianami zaawansowanymi oraz okres IV schyłkowy. Objawy choroby postępują wraz ze stopniem jej zaawansowania – od początkowego bólu, obrzęków i porannego sztywności stawów, przez zmiany okołostawowe i zaniki mięśniowe, aż do uszkodzeń chrząstek i kości oraz pojawienia się zrostów włóknistych i usztywnień stawów¹⁰. Rehabilitacja w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów stanowi niezwykle istotny element uzupełniający terapię farmakologiczną, dzięki któremu możliwe jest podtrzymanie sprawności ruchowej pacjenta. Stosuje się w tym przypadku głównie kinezyterapię, fizykoterapię, masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną. Ponadto, dla skompensowania pojawiających się w przebiegu choroby ograniczeń sprawności, stosowane jest także zaopatrzenie ortopedyczne¹¹. W grupie chorób zapalnych układu ruchu, ograniczających sprawność funkcjonalną jednostek, znajdują się także młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit), a także uszkodzenia barku oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Powyższe zestawienie jednostek chorobowych wymagających postępowania rehabilitacyjnego uzupełniono o urazy, przede wszystkim ze względu na ich miejsce w etiopatogenezie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego, ale także w związku z ich znaczeniem w procesie powstawania ograniczeń funkcjonalnych. W przypadku urazów układu kostno-stawowego mechanizm ich powstawania związany jest z oddziaływaniem siły mechanicznej, która w zależności od jego charakterystyki może spowodować różnorodne uszkodzenia. Wśród występujących najczęściej wymienić należy złamania kości, a także stłuczenia, skręcenia oraz zwichnięcia stawów. Do złamania kości dochodzi zazwyczaj w wyniku zadziałania na ciało człowieka dużej siły, ponieważ powstająca wówczas energia kinetyczna przenosi się także na okoliczne mięśnie i tkanki miękkie, powodując ich uszkodzenia. Stłuczenia stawu spowodowane są urazami bezpośrednimi, powodującymi ból oraz wylew krwi, jednakże zakres uszkodzeń w tym przypadku jest bardziej ograniczony.

¹⁰ Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.

¹¹ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).

Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych. Zwichnięcia prowadzą do uszkodzenia więzadeł, torebek i tkanek miękkich okołostawowych, a także istotnego ograniczenia funkcji stawu. Złamania stawowe i śródstawowe stanowią z kolei rodzaj uszkodzenia, który wymaga bezpośredniej interwencji chirurgicznej. W tego typu urazach złamaniom ulegają końce stawowe, co prowadzi do poważnych upośledzeń funkcji stawu¹². Przegląd dostępnych danych dotyczących hospitalizacji wskazuje na trzy główne przyczyny powstawania urazów układu kostno-stawowego – upadki, wypadki komunikacyjne oraz wypadki w miejscu pracy. Spośród wymienionych wyżej przyczyn, najczęściej odnotowywane są upadki skutkujące powstaniem uszkodzeń przede wszystkim w obrębie narządów ruchu¹³. Problem upadków i ich dotkliwych konsekwencji w sposób szczególny dotyczy populacji osób powyżej 65 roku życia. Szacuje się, że co trzecia osoba w tej grupie wiekowej narażona jest na upadek przynajmniej raz w roku, a ok. 50% upadków wiąże się z powstaniem urazu wymagającego hospitalizacji¹⁴. Około 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami, z czego połowę stanowią złamania. Wśród innych obrażeń wskazuje się na urazy głowy i uszkodzenia tkanek miękkich¹⁵.

Wśród głównych schorzeń obwodowego układu nerwowego, wpływających na znaczne ograniczenie sprawności zawodowej i społecznej, wymienia się przede wszystkim mononeuropatie, radikulopatie i polineuropatie. Neuropatia obwodowa jest zespołem objawów powstałych w związku z uszkodzeniem nerwu obwodowego w wyniku uszkodzenia pośredniego lub bezpośredniego przy udziale czynnika zakaźnego (zapalenie nerwu). W przypadku mononeuropatii mamy do czynienia z uszkodzeniem jednego nerwu, natomiast polineuropatia to symetryczne uszkodzenie wielu nerwów. Z kolei w przebiegu radikulopatii mamy do czynienia z podrażnieniem lub uszkodzeniem korzeni nerwowych w wyniku patologicznych zmian w obrębie kręgosłupa¹⁶. Szacuje się, że polineuropatie dotyczą do 1%

¹² T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.

¹³ Halik R, Seroła W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyniak B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.

¹⁴ Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.

¹⁵ Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.

¹⁶ Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.

populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo rozwoju medycyny w większości przypadków (ok. 60%) nie udaje się znaleźć czynników wywołujących polineuropatie. Z kolei częstsze populacyjne mononeuropatie, zwykle wywoływane są poprzez ucisk w anatomicznych miejscach cieśni lub związane są ze zmianami pourazowymi. Wśród klasycznych przyczyn polineuropatii na pierwszym miejscu plasuje się cukrzyca, następnie toksyczny wpływ alkoholu, stosowanie cystostatyków i leków immunosupresyjnych, a także uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w procesach autoagresji¹⁷.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby w grupie problemów odnoszących się do układu kostno-stawowego i mięśniowego mają bardzo istotny wpływ na jakość i warunki życia osób doświadczających problemów zdrowotnych tego rodzaju. Są one najpowszechniejszą przyczyną niepełnosprawności, a co więcej w znaczący sposób wpływają na stan psychofizyczny cierpiących na nie osób. Analiza danych Global Burden of Disease (GBD) z roku 2019 wykazała, że około 1,7 miliarda ludzi na całym świecie cierpi na schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego¹⁸. Mimo że częstość występowania tych chorób różni się w zależności od wieku i rozpoznania, dotyczą one ludzi w każdym wieku na całym świecie. Schorzenia te mają największy udział w liczbie lat przeżytych z niepełnosprawnością (YLD) na całym świecie (ok. 17% wszystkich YLD w skali globalnej). Bóle grzbietu są głównym czynnikiem przyczyniającym się do ogólnego obciążenia chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, a wśród innych czynników w tym obszarze wymienia się m.in. chorobę zwyrodnieniową stawów, bóle szyi, amputacje, reumatoidalne zapalenie stawów oraz dnę moczanową¹⁹. Chociaż częstość występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wzrasta wraz z wiekiem, problem ten dotyka również młodszych ludzi, często w latach, w których osiągają szczyt swojej zawodowej efektywności. Prognozy wskazują, że liczba osób

¹⁷ Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].

¹⁸ Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006–2017.

¹⁹ Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/; dostęp: 15.02.2023r.].

obciążonych omawianym rodzajem schorzeń, w tym szczególnie bólem kręgosłupa, będzie wykazywała w najbliższych latach tendencję wzrostową²⁰.

Istotnych informacji dotyczących rozpowszechnienia problemu chorób układu ruchu w populacji dostarczają dane zawarte w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych²¹, zgodnie z którymi w roku 2019 w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 2,02 mln porad lekarskich. W przeliczeniu na 100 tys. ludności liczba tych porad wyniosła 5 269. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (9 305), łódzkie (8 609) i mazowieckie (8 173), najmniejszą zaś lubuskie (867), wielkopolskie (1 063) i opolskie (2 379). Województwo śląskie z liczbą 6 244 zajęło w tym rankingu 6 miejsce. W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej sprawozdanych zostało 125,5 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w Polsce 327 086. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (463 847), kujawsko-pomorskie (422 393) i lubuskie (402 792), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (201 201), opolskie (234 778) i warmińsko-mazurskie (244 515). Województwo śląskie z liczbą 287 909 zabiegów na 100 tys. ludności zajęło w tym rankingu 11 miejsce. Najwięcej ośrodków udzielających świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej na 100 tys. ludności mieściło się w województwie podkarpackim (14,57), świętokrzyskim (10,78) i kujawsko-pomorskim (8,69), najmniej zaś w podlaskim (3,06), pomorskim (4,99) i mazowieckim (5). Wartość dla całej Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 6,85, z kolei dla województwa śląskiego 6,55 (10 miejsce w kraju).

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 11,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy bóle grzbietu (16,1% ogółu rozpoznań), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (12%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów kolanowych (7,1%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 56%). Z problemem

²⁰ Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391: 2356–67.

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

urazu w analizowanym okresie w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiło się ok. 3,4 tys. mieszkańców Cieszyna²².

W roku 2022 dorosłych mieszkańców miasta Cieszyna korzystających z publicznego rynku usług zdrowotnych dotyczyło ponad 3,4 tys. rozpoznań w zakresie chorób układu nerwowego (4,1% ogółu rozpoznań). Wśród najczęściej pojawiających się problemów zdrowotnych w tym obszarze wskazać należy: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (30,6% ogółu rozpoznań w tej grupie), ucisk korzeni nerwowych i splotów nerwowych (10,4%), migrenę oraz inne zespoły bólu głowy (łącznie 8,9%) oraz retinopatie kończyny górnej (6,5%). Z problemem wszystkich ww. rozpoznań częściej w publicznym systemie opieki zdrowotnej pojawiały się kobiety. Największy odsetek rozpoznań w tej grupie chorób dotyczył dorosłych mieszkańców miasta w wieku 60 lat i więcej (ponad 50%)²³.

W roku 2021 mieszkańcom powiatu cieszyńskiego wydano ponad 103,6 tys. zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. Wśród 30 głównych przyczyn niezdolności do pracy w analizowanym okresie, na drugim miejscu tuż po ostrych chorobach zapalnych układu oddechowego, znalazły się przewlekłe choroby układu ruchu (ok. 12,1% ogółu zaświadczeń lekarskich). Zwolnienia lekarskie ogółem były przyczyną łącznie ponad 1,1 mln dni absencji chorobowej mieszkańców powiatu. Najwięcej dni absencji spowodowanych było opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (14,6% ogółu) oraz bólami grzbietu (4,9%)²⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska

²² Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu²⁵. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących dorosłym pacjentom pourazowym oraz z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne²⁶. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych²⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wszystkie wymienione w poprzednim punkcie problemy zdrowotne w sposób istotny wpływają na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Zarówno powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i postępujący proces starzenia się społeczeństwa sprawiają, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami przewlekłymi i zapalnymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazami oraz chorobami obwodowego układu nerwowego jest duże, co z kolei zwiększa zapotrzebowanie na prewencję wtórną, w tym głównie w formie zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej celem zapobieżenia pogłębianiu się choroby i powikłaniom, w tym – dalszemu pogarszaniu się jakości życia pacjentów.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

²⁷ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Cieszyn dotkniętych problemem chorób przewlekłych i zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, urazów oraz chorób obwodowego układu nerwowego, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu oraz wnioskami płynącymi z diagnozy potrzeb zdrowotnych mieszkańców Cieszyna, przeprowadzonej na potrzeby opracowania Lokalnej Strategii Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna. Zgodnie z wynikami przeprowadzonego wśród mieszkańców Cieszyna badania kwestionariuszowego, najczęstsze problemy zdrowotne u respondentów i dorosłych członków ich najbliższej rodziny dotyczą chorób narządu ruchu, stąd też ankietowani oczekują poprawy dostępności do opieki zdrowotnej przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu ruchu i aktywności fizycznej. Ponadto, realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2023²⁸ podpisano jedynie jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie miasta.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²⁹: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących,

²⁸ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

²⁹ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].

- Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
- 2. Priorytety zdrowotne określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁰: priorytet 2: rehabilitacja;
- 3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³¹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne
- 4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³²: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1. Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 5. Plan transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026³³: Obszar rehabilitacja medyczna: 8.1 Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 6. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”³⁴:
 - cel operacyjny: B.1. Wysoka jakość usług społecznych, w tym zdrowotnych (Aktywna profilaktyka i zapewnienie kompleksowości usług medycznych, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych i wynikających ze zmian demograficznych),
 - Cel operacyjny: B.2. Aktywny mieszkaniec (Promocja aktywnego i zdrowego stylu życia);
- 7. Lokalna strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna³⁵
 - Priorytet 7, cel operacyjny 4.2: Realizacja programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji ruchowej i innych działań związanych z aktywnością ruchową.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit.

³³ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026

³⁴ Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.

³⁵ Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyna... op. cit.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2025-2029.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego i chorób układu ruchu u co najmniej 60%* uczestników Programu.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie; wd. co najmniej 40%).
2. Odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej, a także rekomendacji eksperta

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców gminy Cieszyn, których liczba wynosi ok. 27,6 tys. osób³⁶. Interwencje w Programie skierowane będą do osób cierpiących na przewlekłe lub zapalne choroby układu ruchu, urazy lub choroby obwodowego układu nerwowego. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie corocznie ok. 150 dorosłych mieszkańców.

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

2.1. Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Cieszyn (oświadczenie uczestnika),
- rozpoznanie choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego,
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ lub lekarza specjalisty;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Cieszyn, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

³⁶ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ/lekarza specjalisty lub wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I;

2) Działania edukacyjne, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu oraz urazów, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem).

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	34
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10
pionizacja	10
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	8
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	8
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	8
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10
wyciągi	9
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	7
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	13
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	16
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	2
jonoforeza	3
elektrostymulacja	4

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Cieszyń na lata 2025-2029

tonoliza	3
prądy diadynamiczne	2
prądy interferencyjne	2
prądy TENS	2
prądy TRAEBERTA	2
prądy KOTZA	3
ultradźwięki miejscowe	4
ultrafonoforeza	4
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	3
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	2
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	3
laseroterapia - skaner	3
laseroterapia punktowa	6

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego, a także chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014³⁷, 2015³⁸),
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013³⁹),
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013⁴⁰, 2016⁴¹),
- American Pain Society (APS 2009)⁴²,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁴³,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁴⁴,

³⁷ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁸ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].

³⁹ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

⁴⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745

⁴¹ Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.

⁴² Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁴³ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.

⁴⁴ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji⁴⁵.

Według zaleceń NICE 2014⁴⁶ w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów koniecznym jest dokonanie oceny wpływu choroby m.in. na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz zawodowym, jakość życia i relacje społeczne. Opracowywanie planu leczenia i rehabilitacji powinno uwzględniać zapewnienie pacjentom stałego dostępu do informacji, w tym w zakresie możliwości zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a w przypadku pacjentów z nadwagą i otyłością - dodatkowo interwencje mające na celu utratę masy ciała. Właściwie dobrane ćwiczenia fizyczne należy zalecać wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ćwiczenia te powinny miejscowo wzmacniać mięśnie oraz poprawiać ogólną sprawność aerobową. Celem zmniejszania dolegliwości bólowych NICE rekomenduje także stosowanie u omawianej grupy pacjentów przezskórnej stymulacji nerwów (TENS).

Również eksperci z ACP (2007)⁴⁷ w przypadku pacjentów z dolegliwościami w obszarze układu ruchu, w tym bólów w dolnej partii pleców, zalecają stosowanie działań nefarmakologicznych jako terapii uzupełniającej farmakoterapię. Wśród interwencji tych znajdują się m.in.: terapia ruchowa, masaże, joga, terapia zajęciowa oraz relaksacja. Z kolei eksperci APS (2009)⁴⁸ zwracają dodatkowo uwagę na istotę edukacji zdrowotnej w planie terapeutycznym omawianej grupy pacjentów. Osoby te powinny mieć dostęp do pełnej informacji na temat swojej jednostki chorobowej, a także bezpiecznej modyfikacji codziennej aktywności oraz najskuteczniejszych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem. Zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013)⁴⁹ wskazane jest zachęcanie wszystkich pacjentów z przewlekłym bólem pleców oraz szyi do wykonywania ćwiczeń fizycznych nadzorowanych przez specjalistę. Także Ci eksperci zalecają uwzględnianie w postępowaniu terapeutycznym przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej.

⁴⁵ Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.

⁴⁶ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁴⁷ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁸ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁴⁹ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Ligi Przeciw Reumatyzmowi (EULAR 2013⁵⁰) proces leczniczy w przypadku chorób zapalnych układu ruchu powinien obejmować terapię niefarmakologiczną (edukacja zdrowotna, ćwiczenia, zaopatrzenie ortopedyczne, redukcja masy ciała), farmakologiczną oraz w wybranych przypadkach leczenie chirurgiczne. Dodatkowo integralną częścią opieki zdrowotnej nad osobami z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna być edukacja zdrowotna, zwiększająca zaangażowanie pacjenta w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia i radzenia sobie z chorobą. Również zgodnie z wytycznymi NICE (2015⁵¹) opieka nad pacjentami z omawianej grupy powinna uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne, w tym przede wszystkim fizjoterapię, terapię zajęciową, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz opiekę podologiczną. Fizjoterapia w przypadku pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów powinna prowadzić do poprawy ogólnej kondycji fizycznej, wykształcenia umiejętności ćwiczeń zwiększających elastyczność stawów i wzmacniających siłę mięśniową, a także zwiększenia motywacji do ich regularnego wykonywania.

Również w odniesieniu do problemu urazów rehabilitacja stanowi działanie niezbędne w świetle dostępnych wyników badań naukowych. Rekomendacje NICE 2016⁵² wskazują m.in. na uznanie liczby wizyt fizjoterapeutycznych jako ważnej miary sukcesu rehabilitacji urazów, w związku z dyskomfortem odczuwanym przez pacjentów, będącym konsekwencją pogorszenia jakości życia w wyniku choroby. Niezwykle ważna jest także edukacja pacjentów w zakresie fizjoterapii, w obliczu braku wiedzy chorych po urazach na temat sposobów rehabilitacji i metod pełnego odzyskania sprawności. Wymagane są również informacje o tym, jak duże obciążenia mogą być wykonywane po wyleczeniu urazu, zwłaszcza w odniesieniu do uprawiania sportu lub wykonywania pracy zawodowej.

⁵⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

⁵¹ Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults... op.cit.

⁵² NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

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

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu pacjent:

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

Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (III kwartał 2023 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III-IV kwartał 2023 r.);
- 3) zaopiniowanie programu przez Wojewodę Śląskiego (I kwartał 2024 r.);
- 4) złożenie wniosku do Śląskiego OW NFZ o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej (do 1 września 2024r.);
- 5) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2025);
- 6) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2025);
- 7) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I kwartał 2025 – IV kwartał 2029)
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 8) ewaluacja (I kwartał 2030):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 9) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Cieszynie. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2022 r. poz. 633 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: lekarzy, fizjoterapeutów i pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1876 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1555 ze zm.], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza odsetka osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 75% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu,
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 100 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. (tabela I, s. 15-16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,29 zł na podstawie wartości ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w Cieszynie tj. 1,74 zł⁵³ oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,5%⁵⁴) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2023 (20%)⁵⁵.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 6,5, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 14,9 zł (1,94 zł x 6,5). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 15 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 600 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie).

1. Koszty jednostkowe

- 630 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (600 zł) oraz działań edukacyjnych (30 zł)
- 5 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

⁵³ Informator o umowach NFZ... op. cit.

⁵⁴ Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].

⁵⁵ Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.].

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w każdym roku realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	5 000	5 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	150	630	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			100 000,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2025	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2026	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2027	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2028	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2029	100 000,00
Akcja informacyjna	5 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Cieszyn oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina będzie realizowała program zdrowotny pod warunkiem uzyskania dofinansowania 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania

przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych
niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
2. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
3. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
4. Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.
5. Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10267), 2006–2017.
6. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
7. Dane GUS, minimalne wynagrodzenie za pracę w roku 2022 (3010 zł) oraz planowane minimalne wynagrodzenie za pracę od lipca 2023r. (3600 zł) [stat.gov.pl; dostęp: 06.03.2023 r.]. Dane GUS, wskaźnik inflacji w czerwcu 2023r. [stat.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
8. Dane WHO Rehabilitation Need Estimator [https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/; dostęp: 15.02.2023r.].
9. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
10. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
11. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
12. Halik R, Seroka W. Wypadki i wypadkowe zatrucia jako zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski [w:] Wojtyński B, Goryński P (red.) Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
13. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2018; 391: 2356–67.
14. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
15. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl; dostęp: 24.07.2023 r.].
16. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
17. Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.
18. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
19. Lokalna Strategia Polityki Zdrowotnej na lata 2023-2028 dla Miasta Cieszyń
20. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
21. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
22. NICE Guideline NG38 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre w dokumencie Fractures (non-complex): assessment and

- management, Fractures: diagnosis, management and follow-up of fractures (2016) [nice.org.uk/guidance/ng38].
23. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
 24. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026
 25. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
 26. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 3, s. 345–348.
 27. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1.
 28. Perzyńska-Mazan J., Neurofizjologiczne cechy uszkodzenia obwodowego układu nerwowego a profil immunologiczny pacjentów z pierwotnym zespołem Sjogrena, Rozprawa Doktorska, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji [spartanska.pl].
 29. Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk].
 30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144].
 31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
 33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
 34. Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.
 35. Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202.
 36. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
 37. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie; dostęp: 18.05.2023r.].
 38. Uchwała nr VI/24/1/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19 października 2020 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”.
 39. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
 40. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/> (dostęp: 21.01.2019).
 41. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(3), s. 355-369.

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)	
Nr PESEL*			
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji medycznej)

B.2.

Miernik efektywności	pre-test / / (dzień/miesiąc/rok)	post-test / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

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

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Biuro Spraw Społecznych w gminie Cieszyn
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-tescie w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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

**UCHWAŁA NR XII/144/25
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA**

z dnia 26 lutego 2025 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 poz. 1465 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

**Rada Miejska Cieszyna
uchwala, co następuje:**

§ 1. Wprowadzić w załączniku do uchwały Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 następujące zmiany:

- 1) w rozdziale III pkt. 3 Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu otrzymuje brzmienie:

„ Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (Nr 94/2024/DSOZ z dnia 23 września 2024 r.)

- 2) rozdział VI. Budżet programu polityki zdrowotnej otrzymuje brzmienie:

„Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 100 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 94/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.09.2024 r. (tabela I, s. 16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,29 zł na podstawie wartości ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w Cieszynie tj. 1,74 zł oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,5%) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2023 (20%) . Koszt rehabilitacji dla jednej osoby, przy założeniu objęcia PPZ jak największego odsetka populacji docelowej, oszacowano na 600 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 262 punktów ($600\text{zł}/2,29 = 262$), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli I (s. 16). Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4 zabiegi dziennie (np. 10 zabiegów kinezyterapii, 10 zabiegów

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Cieszyn na lata 2025-2029
ćwiczeń grupowych ogólnoustrojowych, 17 zabiegów fizykalnych i 3 zabiegi masażu = 40 zabiegów =
262 pkt).”.

§ 2. Wykonanie uchwały powierzyć Burmistrzowi Miasta Cieszyna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Cieszyna

Janusz Kolder

Burmistrz Miasta Cieszyna

Ogłasza otwarty konkurs ofert i zaprasza do składania ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn w roku 2026.

Konkurs ogłasza się na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 1153 z późn. zm.), art. 48b ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.) oraz uchwały Rady Miejskiej Cieszyna Nr III/25/24 z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Program jest uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ze względu na ograniczenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia bezpośrednio na terenie gminy, Program uzupełni potrzeby zgłaszane przez mieszkańców gminy i zapewni dostęp do bezpłatnych świadczeń rehabilitacyjnych bezpośrednio na terenie gminy Cieszyn.

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 w roku 2026, zwanego dalej „Programem”, zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.
 - 1) Organizatorem konkursu jest Urząd Miejski w Cieszynie z siedzibą w Cieszynie, 43-400 Cieszyn, ul. Rynek 1.
 - 2) Udział w konkursie mogą brać przedmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
 - 3) Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do 30 września 2026 r.
 - 4) Wykaz zadań, zasady ich realizacji oraz wymagania stawiane realizatorom zadania określają szczegółowe warunki konkursu, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.
 - 5) Oferty należy składać w zamkniętych kopertach oznaczonych napisem: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn w roku 2026 – oferta. Nie otwierać przed dniem 23 lutego 2026 r.” w Kancelarii Ogólnej Urzędu Miejskiego w Cieszynie, Rynek 1, parter.
 - 6) Termin składania ofert upływa w dniu 23 lutego 2026 r. o godz. 10.30.
 - 7) Termin rozpatrywania ofert w ramach postępowania konkursowego: 24 lutego 2026 r.
2. Opis sposobu przygotowania oferty:

- 1) Formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 3 do zarządzenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopii dokumentów:
 - a) wypisem z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - b) wypisem z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydrukiem z Centralnej Ewidencji informacji o Działalności Gospodarczej określającym aktualny stan prawny i faktyczny,
 - c) decyzją w sprawie nadania numeru NIP,
 - d) zaświadczeniem o numerze identyfikacyjnym REGON,
 - e) polisą ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem działalności ważną w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązaniem Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy;
- 2) Oświadczenia, stanowiącego załącznik nr 1 do oferty.
3. Oferent zobowiązany jest przedstawić planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji Programu w ofercie.
4. Oferty niespełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty.
5. Złożone w Konkursie oferty kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja konkursowa po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami, wybierze najlepszą ofertę, w tym realizatora Programu.

Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

 - 1) Kryteria formalne, które powodują odrzucenie oferty:
 - a) złożenie oferty po terminie,
 - b) złożenie oferty w sposób niezgodny z ogłoszeniem konkursu,
 - c) złożenie oferty na niewłaściwym formularzu, innym niż określony w ogłoszeniu o konkursie,
 - d) niewypełnienie wszystkich wymaganych punktów formularza oferty,
 - e) złożenie oferty przez podmiot nieuprawniony,
 - f) złożenie oferty niepodpisanej przez osoby do tego upoważnione;
 - 2) Kryteria merytoryczne:
 - a) cena realizacji zadania,
 - b) wielkość populacji objętej programem,
 - c) ocena programu pod względem sposobu prowadzenia zadania, jakości świadczonych usług, dostępności dla mieszkańców gminy do świadczonych usług, innowacyjności;
 - 3) Kryteria wyboru oferty:

Cena jednostkowa brutto - 100%.

 - a) Zgodnie z Uchwałą Nr XII/144/25 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 lutego 2025 r. w sprawie zmiany uchwały Nr III/25/24 z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 stanowiącą załącznik nr 2 do oferty.
6. Sposób dokonywania oceny według kryterium określonym w ust. 6:

- a) za kryterium można maksymalnie uzyskać 100 punktów,
 - b) ilość punktów przyznanych w ofercie = najniższa cena jednostkowa brutto ze wszystkich ważnych ofert/cena jednostkowa brutto badanej oferty x 100 pkt,
 - c) oferta, która uzyska największą liczbę punktów, zostanie uznana za ofertę najkorzystniejszą,
 - d) w przypadku, kiedy dwie lub więcej ofert uzyska taką samą liczbę punktów, za korzystniejszą uważa się ofertę, która obejmie większą liczbę potencjalnych beneficjentów.
7. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Cieszynie, w Biuletynie Informacji Publicznej i powiadomienie Oferentów e-mailem.
 8. Burmistrz Miasta Cieszyna zastrzega sobie prawo, bez podania przyczyny, do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.
 9. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
 10. Burmistrz Miasta Cieszyna ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania.
 11. Złożenie oferty na realizację zadania, spełniającej kryteria, o których mowa w ust. 5 nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o którą występuje podmiot.
 12. W terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania konkursowego Oferentom przysługuje prawo do złożenia do organizatora konkursu umotywowanego protestu, który Komisja Konkursowa rozpatruje w terminie 7 dni od daty jego złożenia. W przypadku składania protestu za pośrednictwem poczty, o jego przyjęciu do rozpatrzenia decyduje data wpływu do Urzędu Miejskiego w Cieszynie.
 13. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 14. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Cieszyn, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem załącznik nr 4 do zarządzenia.
 15. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 11 września 2011 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.).
 16. W pozostałym zakresie do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.
 17. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania.
 18. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych przez Urząd Miejski w Cieszynie na realizację całego zadania nie może przekroczyć kwoty 100 000,00 zł brutto (słownie: sto tysięcy złotych zero groszy brutto).
 19. Udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie gminy Cieszyn.
 20. Osobą uprawnioną do kontaktów z Oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Maria Sobiecka w Biurze Spraw Społecznych, tel.: 33 4794 378, e-mail: bss@um.cieszyn.pl

21. **Termin składania ofert upływa w dniu 23 lutego 2026 r. o godzinie 10.30.**
22. Otwarcie ofert odbędzie się w dniu 24 lutego 2026 r. o godzinie 13.00. w Urzędzie Miejskim w Cieszynie, Rynek 1, pok. nr 205.
23. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Komisja Konkursowa w terminie 7 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Załącznik Nr 1 do ogłoszenia konkursowego

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI REALIZACJI ZADANIA

pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 w roku 2026

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029” w roku 2026. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych na terenie gminy Cieszyn i będą finansowane z budżetu gminy Cieszyn.
2. Cel zadania: Podniesienie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u biorących udział w Programie mieszkańców gminy Cieszyn, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy.
3. Termin: zadanie będzie realizowane od dnia zawarcia umowy nie wcześniej niż 31 marca 2026 r. do 30 września 2026 r.
4. Realizator: Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn.zm.), prowadzący działalność leczniczą na terenie gminy Cieszyn oraz spełniający warunki określone w ogłoszeniu o konkursie.
5. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi przepisami dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
6. Miejsce realizacji zadania: gmina Cieszyn, w tym: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy. Realizator Programu dysponuje odpowiednimi zasobami kadrowymi oraz rzeczowymi, które są niezbędne do realizacji Programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zaplanowane działania i świadczenia zdrowotne będą udzielane w miejscu wskazanym przez realizatora Programu z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji, tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca realizacji Programu.
7. Adresaci zadania: ok. 150 dorosłych mieszkańców gminy z rozpoznaniem choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego, posiadający skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza

specjalisty, określające rodzaj i liczbę zalecanych pacjentowi zabiegów fizjoterapeutycznych.

8. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029” w roku 2026 poprzez:

- 1) Przeprowadzenie Programu w dwóch etapach (zgodnie z załączonym opisem Programu):

Etap I: Prowadzenie akcji informacyjnej adresowanej do osób dorosłych w Programie, w tym:

- a) opracowanie, druk oraz rozpowszechnienie na terenie gminy Cieszyn ulotek i plakatów informacyjnych,
- b) umieszczenie informacji o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania na stronie internetowej Wykonawcy oraz w miejscu udzielania świadczeń w ramach Programu,
- c) poinformowanie lokalnych mediów o realizacji Programu oraz źródle jego finansowania.

Etap II: Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz prowadzenie działań edukacyjnych wśród uczestników Programu wraz z wypełnianiem kart oceny skuteczności (zał. 1 do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025 – 2029” przyjętego uchwałą Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 r.) oraz przekazanie pacjentom ankiet satysfakcji pacjenta (zał. 3 do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025 – 2029” przyjętego uchwałą Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 r.).

- 2) Prowadzenie monitoringu z realizacji Programu (zgodnie z zakresem określonym w zał. 2 do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025 – 2029” przyjętego uchwałą Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 r.) w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej.
9. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania.
10. Realizując zadanie publiczne objęte niniejszą umową Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej oraz cyfrowej, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1411z późn. zm.).
11. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej, Wykonawca jest zobowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny, o którym mowa w art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.
12. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności cyfrowej, zastosowanie mają przepisy art. 7 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1440).

Załącznik Nr 2 do ogłoszenia konkursowego

UCHWAŁA NR XII/144/25 RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA

z dnia 26 lutego 2025 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U.z 2024 poz. 1465 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

Rada Miejska Cieszyna uchwala, co następuje:

§ 1. Wprowadzić w załączniku do uchwały Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 następujące zmiany:

1) w rozdziale III pkt. 3 Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu otrzymuje brzmienie:

„**Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.**

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (Nr 94/2024/DSOZ z dnia 23 września 2024 r.)

2) rozdział VI. Budżet programu polityki zdrowotnej otrzymuje brzmienie:

„Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości ok. 100 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m oraz 1n do Zarządzenia 94/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.09.2024 r. (tabela I, s. 16). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,29 zł na podstawie wartości ceny punktu w rodzaju rehabilitacja

lecnicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w Cieszynie tj. 1,74 zł oraz z uwzględnieniem poziomu inflacji (11,5%) i wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie 2022-2023 (20%) . Koszt rehabilitacji dla jednej osoby, przy założeniu objęcia PPZ jak największego odsetka populacji docelowej, oszacowano na 600 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 262 punktów ($600\text{zł}/2,29 = 262$), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli I (s. 16). Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4 zabiegi dziennie (np. 10 zabiegów kinezyterapii, 10 zabiegów ćwiczeń grupowych ogólnoustrojowych, 17 zabiegów fizykalnych i 3 zabiegi masażu = 40 zabiegów = 262 pkt).”.

§ 2. Wykonanie uchwały powierzyć Burmistrzowi Miasta Cieszyna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Cieszyna

Janusz Kolder

Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025 – 2029” w 2026 roku

Formularz ofertowy

1. Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) i adres Oferenta, w tym dane kontaktowe Oferenta (numer tel., adres-email):

--

2. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:

--

3. Numer NIP:

--

4. Numer Regon:

--

5. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię, nazwisko, nr telefonu, adres e-mail):

--

6. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr telefonu, adres e-mail):

--

7. Miejsce udzielania świadczeń w ramach realizacji II etapu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach Programu:

--

8. Określenie składu i kwalifikacji personelu medycznego przewidzianego do realizacji działań II etapu Programu (stanowisko, zawód, niezbędne kwalifikacje do realizacji Programu):

9. Harmonogram realizacji Programu z podziałem na miesiące w roku kalendarzowym 2025 (miesiąc, rodzaj udzielonego świadczenia w ramach realizacji Programu):

10. Planowane działania informacyjne i edukacyjne;

11. Planowana liczba beneficjentów Programu:

12. Łączna cena brutto programu uwzględniająca wszystkie koszty organizacji programu, o których mowa w pkt. 8 załącznika nr 1 –Szczegółowe warunki konkursu tj.:

- a) Koszty akcji informacyjnej,
- b) Koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, działań edukacyjnych i ewaluacji,
- c) Koszty monitoringu

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt akcji informacyjnej	--	--	
2	Koszty udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (indywidualny plan rehabilitacyjny obejmujący min. 262 pkt. zgodnie z tabelą I w PPZ), działań edukacyjnych i ewaluacji			
3	Koszt monitoringu	--	--	
Łączna cena brutto (suma z poz. 1-3)				

13. Cena jednostkowa brutto realizacji programu (pkt. 12 podzielony przez pkt. 11).

(data, podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych Oferenta, pieczęć)

Oświadczenie Oferenta do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyń na lata 2025-2029” w roku 2026.”

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem Programu i akceptuję zawarte w tych dokumentach postanowienia.
2. Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielania świadczeń określonych w załączniku nr 2 do ogłoszenia konkursowego w ramach zadania objętego konkursem.
3. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu.
4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu.
6. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.
7. Przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej zobowiązuję się do:
 - 1) zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;
 - 2) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
 - 3) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
 - 4) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych - przez cały okres realizacji programu zdrowotnego oraz niezmnieszenia zakresu ubezpieczenia;
 - 5) zabezpieczenia standardu świadczeń w ramach programu zdrowotnego na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu i materiałów edukacyjnych, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).
8. Nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat do Urzędu Skarbowego oraz innych opłat cywilno-prawnych.

(data, pieczęć i podpis Oferenta)

UMOWA

zawarta w dniu 2026 r. pomiędzy Gminą Cieszyn z siedzibą w Cieszynie 43-400, Rynek 1, reprezentowaną przez:

..... – Burmistrz Miasta Cieszyna, zwaną dalej **Zleceniodawcą**,

a

.....
zwanym dalej **Zleceniobiorcą**.

Działając na podstawie art. 48b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), w związku z uchwałą Nr III/25/24 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 26 czerwca 2024 roku w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029, w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego strony niniejszej umowy ustalają, co następuje:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029 w roku 2026, zwanego dalej „Programem”, obejmującego rehabilitację dorosłych mieszkańców zameldowanych na terenie gminy Cieszyn.
2. Przedmiot umowy zostanie wykonany na warunkach określonych w umowie i zgodnie z ogłoszeniem konkursu (wraz z załącznikami) ofert na realizację zadania pn. Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn w na lata 2025-2029 roku 2026, które stanowią integralne części niniejszej umowy.
3. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy osobie trzeciej bez pisemnej zgody Zamawiającego.
4. Zleceniobiorca nie będzie wykazywał udzielonych świadczeń w ramach niniejszego Programu w sprawozdaniach finansowych z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Termin realizacji programu ustala się od dnia zawarcia umowy do **30 września 2026 roku**.

§ 2

Zleceniobiorca oświadcza, że:

- 1) wszystkie pomieszczenia, w których Zleceniobiorca będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymagania sanitarno-epidemiologiczne, zgodne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
- 2) osoby działające w jego imieniu przy realizacji umowy posiadają wymagane kwalifikacje zawodowe, zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawnymi;
- 3) posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).

§ 3

Zgodnie z § 1 umowy, Zleceniobiorca zobowiązuje się w szczególności do:

- 1) realizacji programu w zakresie i na zasadach określonych niniejszą umową i uchwałą, o której mowa w § 1;
- 2) zaprojektowania i przygotowania materiałów informacyjnych (plakaty, ulotki);
- 3) przekazywania potencjalnym uczestnikom programu, informacji o jego prowadzeniu, w lokalnych środkach masowego przekazu oraz w inny sposób zwyczajowo przyjęty na terenie, na którym program będzie realizowany;
- 4) zleceniobiorca przed rozpoczęciem rehabilitacji dokonuje kwalifikacji osób, a następnie kartę kwalifikacyjną przekazuje do Zleceniodawcy, celem dokonania weryfikacji zameldowania osób przystępujących do Programu;
- 5) przygotowania oraz przeprowadzenia pre – i post testów sprawdzających wzrost nabytej wiedzy przez uczestników Programu;
- 6) przeprowadzenia badania ankietowego w celu oceny satysfakcji uczestników Programu;
- 7) prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
- 8) prowadzenia stosownej sprawozdawczości z zakresu statystyki publicznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli;
- 9) niezwłocznego informowania Zleceniodawcy o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części programu ze szczegółowym wskazaniem powodów;
- 10) zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych programem;
- 11) zgłaszania wszelkich zmian dotyczących osób realizujących program ze wskazaniem powodów, w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od zaistnienia zmiany.

§ 4

1. Zleceniobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za wszelkie szkody powstałe w związku z realizacją programu lub niniejszej umowy, a odpowiedzialność Zleceniodawcy jest w tym zakresie wyłączona.
2. W zakresie związanym z realizacją programu, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Zleceniobiorca odbiera stosowne oświadczenia osób, których te dane dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

3. Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada uprawnienia niezbędne do realizacji przedmiotu niniejszej umowy.

§ 5

1. Na realizację zadań programu polityki zdrowotnej Wykonawca otrzyma od Gminy dotację w kwocie: 100 000,00 zł (sto tysięcy zł), zgodnie z budżetem programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Cieszyn na lata 2025-2029:

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	5 000	5 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny + działanie edukacyjne	150	630	94 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			100 000,00

2. Podstawą wystawienia poszczególnych faktur przez Zleceniobiorcę za zrealizowane działania w ramach Programu będzie wykaz ilości wykonanych badań w okresie miesięcznym, zawierający: imię, nazwisko, miejscowość zamieszkania pacjenta, datę wykonania zabiegów oraz wartość jednostkową zabiegu.
3. Środki finansowe w wysokości określonej w ust. 1 według zasad, o których mowa w ust. 2 zostaną przekazane Zleceniobiorcy z budżetu gminy Cieszyn po wystawieniu i przesłaniu, w okresach miesięcznych prawidłowo sporządzonych faktur, o których mowa w ust. 2 na konto bankowe
Zleceniobiorcy:
4. Faktury za wykonanie przedmiotowej umowy Zleceniobiorca wystawi na podstawie prawidłowej faktury wystawionej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności przepisami dotyczącymi Krajowego Systemu e-Faktur (KseF) oraz zobowiązuje się wypełnić element określany we wzorcu faktury ustrukturyzowanej jako Podmiot inny 1 dotyczący jednostki podrzędnej Nabywcy. Faktury wystawiane przez Wykonawcę powinny Być wystawiane w następujący sposób:

Nabywca

Nazwa: Miasto Cieszyn,

Nip nabywcy: 548 24 04 950,

Adres nabywcy: ul.Rynek1 43-400 Cieszyn

Wybrany status nabywcy: **jednostka samorządu terytorialnego.**

Dane identyfikacyjne w ramach elementu faktury ustrukturyzowanej Podmiot inny, zgodnie z niniejszą umową, powinny zawierać szczególności informacji:

Nazwa: Urząd Miejski w Cieszynie,

NIP: 548 00 18 504

Adres: ul.Rynek1 43-400 Cieszyn,

Rola: JST – odbiorca

Płatność za prawidłowo wystawioną fakturę VAT zostanie dokonana w terminie do 21 dni od dnia jej dostarczenia do siedziby Zamawiającego, przy czym ostatnią fakturę należy wystawić do dnia 30 października 2026 roku.

5. W przypadku wcześniejszego zakończenia programu Zleceniobiorca może go rozliczyć w terminie wcześniejszym.
6. Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zleceniodawcy.

§ 6

1. Zobowiązuje się Zleceniobiorcę do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej otrzymanych środków oraz dokonywania z tych środków wydatków na realizację programu, o którym mowa w niniejszej umowie.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przechowywania dokumentacji związanej z realizacją programu przez 5 lat, licząc od daty zakończenia realizacji programu.

§ 7

Za realizację treści umowy ze strony Zleceniodawcy odpowiedzialność ponosi..... Za realizację treści umowy ze strony Zleceniobiorcy odpowiedzialność ponosi

§ 8

1. Zleceniodawcy przysługuje prawo do okresowej kontroli prawidłowości realizacji zadania przez Zleceniobiorcę, w tym wydatkowania przekazanych środków finansowych. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji programu oraz po jego zakończeniu.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, upoważnieni pracownicy Zleceniodawcy mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących realizacji programu.
3. Zleceniobiorca na żądanie kontrolującego jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty oraz udzielić wyjaśnień i informacji, w terminie określonym przez kontrolującego.
4. Prawo kontroli przysługuje upoważnionym pracownikom Zleceniodawcy zarówno w siedzibie Zleceniobiorcy, jak i w miejscu realizacji programu.

§ 9

1. Zleceniobiorca w terminie do dnia 30 października 2026 r. przedłoży Zleceniodawcy sprawozdanie końcowe z realizacji programu na formularzu wskazanym przez Zleceniodawcę.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do składania Zleceniodawcy sprawozdań miesięcznych – najpóźniej do 15 dnia miesiąca.
3. Zleceniodawca ma prawo żądać aby Zleceniobiorca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia, w tym do sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 2.
4. Rozliczenie realizacji programu nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zleceniodawcę sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 złożonego wraz z pismem przewodnim.

5. W przypadku nieprzedłożenia sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 lub w ust. 2, Zleceniodawca wzywa pisemnie Zleceniobiorcę do jego złożenia, wyznaczając w tym celu termin.
6. W przypadku niezastosowania się do wezwania, o którym w ust. 5, chociażby w części, Zleceniobiorca zapłaci karę umowną w wysokości 0,02% łącznej kwoty określonej w § 5 ust. 1 (sumy wszystkich wynagrodzeń co do poszczególnych lat), odrębnie za każdy przypadek. Zleceniodawcy przysługuje prawo dochodzenia odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary, jak również prawo potrącenia zastrzeżonej kary z wynagrodzenia należnego Zleceniobiorcy.
7. Dostarczenie sprawozdania miesięcznego lub końcowego jest równoznaczne z udzieleniem Zleceniodawcy nieograniczonego prawa do rozpowszechniania jego tekstu w sprawozdaniach, materiałach informacyjnych i promocyjnych oraz innych dokumentach. Dostarczenie sprawozdania miesięcznego lub końcowego jest równoznaczne także z przeniesieniem własności egzemplarza, na którym sprawozdanie utrwalono.

§ 10

1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - 1) wykorzystania otrzymanych środków finansowych niezgodnie z przeznaczeniem;
 - 2) nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w tym w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego programu, w tym stwierdzonego na podstawie wyników kontroli;
 - 3) negatywnej oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych;
 - 4) odmowy poddania się kontroli lub nie doprowadzenia w terminie określonym przez Zleceniodawcę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości;
 - 5) innego naruszenia przez Zleceniobiorcę jakiegokolwiek postanowienia lub warunku realizacji niniejszej umowy.
2. Rozwiązując umowę w przypadku, o którym mowa w ust. 1, Zleceniodawca określi kwotę środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem, pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, od dnia przekazania środków z budżetu gminy, termin zwrotu oraz numer konta, na które należy dokonać wpłaty.

§ 11

1. Umowa może być rozwiązana na skutek oświadczenia złożonego przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieterminowego wykonania przez Zleceniobiorcę postanowień niniejszej umowy.
2. Zleceniobiorca zwraca środki finansowe wykorzystane niezgodnie z umową, w przypadku określonym w ust. 1 w terminie 14 dni od daty rozwiązania umowy.
3. W przypadku uchybienia terminu w ust. 2 zostaną naliczone ustawowe odsetki.
4. Zleceniobiorca zapłaci Zleceniodawcy karę umowną w wysokości 5% wynagrodzenia rocznego, w którym mowa w § 5 umowy, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, albo nieusunięcie nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli.

5. Umowa może zostać rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwią lub znacznie utrudniają wykonanie umowy.

§ 12

1. Wszystkie zmiany umowy wymagają dla swojej ważności zachowania formy pisemnej w postaci aneksu do umowy.
2. Zleceniobiorcy nie przysługuje prawo przeniesienia praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na podmioty trzecie bez pisemnej zgody Zleceniodawcy pod rygorem nieważności.

§ 13

W zakresie nieuregulowanym umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny oraz inne przepisy powszechnie obowiązujące.

§ 14

Wszelkie sprawy sporne powstałe w związku z niniejszą umową, Strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu, ze względu na siedzibę Zleceniodawcy Sądowi Powszechnemu.

§ 15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

REGULAMIN PRACY KOMISJI KONKURSOWEJ

§ 1

Komisja konkursowa, zwana dalej komisją, obraduje na posiedzeniach zamkniętych, przy udziale co najmniej 2 członków komisji, bez udziału oferentów z wyjątkiem czynności:

- a) stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz podania liczby otrzymanych ofert,
- b) otwarcia kopert z ofertami,
- c) podania danych dotyczących oferentów oraz wysokości ceny oferty.

§ 2

Komisja w pierwszej kolejności sprawdza oferty pod względem formalnym. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu o konkursie zostaną odrzucone. Komisja może poprosić oferentów o uzupełnienie brakujących informacji.

§ 3

Komisja przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów.

§ 4

1. Posiedzenia komisji prowadzi przewodniczący.
2. Wszystkie decyzje dotyczące przebiegu konkursu komisja podejmuje w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów.
3. W przypadku równej liczby głosów “za” i “przeciw”, decyduje głos przewodniczącego.

§ 5

Komisja porównuje oferty pod względem:

- a) proponowanej ceny za usługi,
- b) oceny możliwości wykonania zadeklarowanej liczby osób uczestniczących w rehabilitacji leczniczej przez oferenta w ramach programu.

§ 6

1. Punktacja oceny ofert określona została w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Komisja dokonuje oceny i wyboru najkorzystniejszych ofert na podstawie najniższych cen oraz najwyższej liczby punktów uzyskanych za spełnienie dodatkowych kryteriów.

§ 7

Komisja w czasie przeprowadzania konkursu przyjmuje i rozstrzyga skargi oferentów.

§ 8

Po zakończeniu prac komisji, sporządza się protokół, który podpisuje przewodniczący i wszyscy członkowie komisji.

§ 9

Komisja niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie, drogą elektroniczną.

§ 10

Komisja rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.