

**Projekt**

z dnia 16 marca 2022 r.

Zatwierdzony przez .....

**UCHWAŁA NR .....  
RADY GMINY KOBIERZYCE**

z dnia ..... 2022 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19”.**

Na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 15, art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym ( Dz. U. z 2022 r., poz. 559 ), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm. ) Rada Gminy uchwala, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „**Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19**” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19

Załącznik Nr 1 do Uchwały Rady  
Gminy Kobierzyce nr .....  
z dnia.....

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce  
po przebytej chorobie COVID-19



**Autorzy programu zdrowotnego:**

**URZĄD GMINY KOBIERZYCE**

Marzec 2022 r.

## **SPIS TREŚCI:**

- I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**
  - I.1 Opis problemu zdrowotnego
  - I.2 Dane epidemiologiczne
  - I.3. Opis obecnego postępowania
- II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**
  - II.1 Cel główny
  - II.2 Cele szczegółowe
  - II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej
- III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej**
  - III.1 Populacja docelowa
  - III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
  - III.3 Planowane interwencje
  - III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej
  - III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej
- IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**
  - IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów
  - IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych
- V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**
  - V.1 Monitorowanie
  - V.2 Ewaluacja
- VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**
  - VI.1 Koszty jednostkowe
  - VI.2 Koszty całkowite
  - VI.3 Źródła finansowania
- VII. Bibliografia.**

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

### **I.1. Opis problemu zdrowotnego**

Koronawirusy należą do rodziny Coronaviridae - są szeroko rozpowszechnione u ludzi i innych ssaków. Można je podzielić na dwie grupy: o niskiej chorobotwórczości i o wysokiej patogenności. Pierwsza grupa powoduje infekcje górnych dróg oddechowych, prowadząc do łagodnych i umiarkowanych objawów podobnych do przeziębienia. Wysoce patogenne koronawirusy są przyczyną ciężkiego zapalenia płuc i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. W grudniu 2019 r. w populacji ludzi pojawił się nowy koronawirus 2019-nCoV, który stał się przyczyną pandemii. Pierwsze zachorowania dotyczyły 41 pacjentów hospitalizowanych w mieście Wuhan, w prowincji Hubei w Chinach, wśród których odnotowano przypadki zapalenia płuc. Obraz kliniczny choroby bardzo przypominał SARS-CoV. Mediana wieku leczonych pacjentów wynosiła 49 lat. Wśród chorych nie odnotowano dzieci i młodzieży. Mniej niż połowa leczonych osób miała choroby współistniejące (cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i choroby sercowo-naczyniowe). Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała oficjalną nazwę choroby wywołanej przez nowego koronawirusa 2019-nCoV (SARS-CoV-2), którą jest COVID-19. W patofizjologii zakażenia znaczenie mają czynniki wirusowe i odpowiedź immunologiczna gospodarza. Podczas procesu chorobowego dochodzi do obrzęku tkanki płucnej i napływu komórek zapalnych. Występuje złuszczenie nabłonka pęcherzykowego, niszczenie przegród pęcherzykowych i uszkodzenie śródbłonka naczyń płucnych. Te zmiany mogą prowadzić do łagodnych zaburzeń czynnościowych, jak również do ciężkiej niewydolności oddechowej i śmierci pacjenta.

Większość chorych nie wymaga hospitalizacji. U około 13,8% odnotowuje się ciężki przebieg zakażenia, a 6,1% wymaga pobytu na OIT, z powodu zespołu ostrej niewydolności oddechowej - ARDS.<sup>8</sup> Większość chorych przyjmowanych na OIT ma niewydolność wielonarządową, w tym ARDS (67%), ostre uszkodzenie nerek (29%), uszkodzenie serca (23%) i zaburzenia czynności wątroby (29%). Bazując na wcześniejszych doniesieniach na temat długofalowych skutków pobytu na OIT, związanej z ARDS należy wnioskować, że chorzy opuszczający szpitale (ozdrowieńcy) będą zmagali się z wieloma dolegliwościami, istotnie upośledzającymi ich codzienne funkcjonowanie i ograniczającymi ich aktywność w życiu społecznym i zawodowym. U chorych hospitalizowanych na OIT z powodu ARDS, wentylowanych mechanicznie obserwuje się znaczne pogorszenie funkcji płuc i ogólnej

sprawności. Co istotne, zmiany utrzymują się od kilku miesięcy do kilku lat i istotnie wpływają na jakość życia chorych. Należy podkreślić, że okres dwóch miesięcy po wypisie ze szpitala jest kluczowy w odzyskiwaniu utraconej sprawności. Dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują, że część chorych, którzy przebyli COVID-19 bez konieczności hospitalizacji również zgłasza dokuczliwe objawy, wpływające na ich codzienne funkcjonowanie i aktywność, w tym m.in. aktywność zawodową. Obejmują one przede wszystkim: obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego, zmniejszenie siły mięśniowej, duszność i przewlekłe zmęczenie. Każdego dnia powiększa się liczba osób, które wyzdrowiały. Na podstawie statystyk publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 14 marca 2022 r., liczba ozdowieńców w Polsce wynosi ponad 5 milionów. Ważne, aby tej grupie chorych zapewnić wsparcie systemowe, które pozwoli im na szybki powrót do pełni zdrowia i aktywności zawodowej, co może mieć istotne znaczenie w przeciwdziałaniu długofalowym negatywnym skutkom pandemii w obszarze życia społecznego i gospodarczego.

Stanowisko ekspertów dwóch największych towarzystw naukowych z zakresu leczenia chorób układu oddechowego: *American Thoracic Society (ATS)* oraz *European Respiratory Society (ERS)* wskazuje na potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki dla ozdowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, opierających się na wczesnej ocenie problemów i potrzeb zgłaszanych przez tę grupę pacjentów. Ekspertiści wskazują, że fizjoterapeuci jako specjaliści profesjonalnie zajmujący się oceną wydolności krążeniowo-oddechowej i sprawności chorych, mogą dokonywać stosownej oceny potrzeb w zakresie kontynuowania leczenia poprzez uczestniczenie w indywidualnie skonstruowanych programach fizjoterapii. Autorzy stanowiska ATS/ERS wskazują, że proponowane formy usprawniania powinny opierać się na sprawdzonych protokołach postępowania fizjoterapeutycznego, dedykowanych chorym z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (m.in. programy rehabilitacji pulmonologicznej stosowane u chorych z POChP). Programy te wymagają jednak modyfikacji, ze względu na złożoność problemów, z jakimi zmagają się osoby po przebyciu COVID-19. Ekspertiści podkreślają również, że biorąc pod uwagę skalę problemu i ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu (m.in. do oceny wydolności fizycznej chorych) wskazane jest wykorzystywanie prostych narzędzi oceny, możliwych do zastosowania przez każdego fizjoterapeutę.

Podobne stanowisko, wskazujące na potrzebę wczesnego włączania chorych po przebyciu COVID-19 do programów rehabilitacji prezentują autorzy włoskiego konsensusu,

powstałego w oparciu o metodę Delphi. Konieczność zapewnienia opieki dla chorych po przebyciu COVID podkreślają także eksperci WHO. Badania przeprowadzone wcześniej w populacji chorych po przebyciu ARDS (nie związanym z COVID-19) wskazują na wysoką skuteczność interwencji fizjoterapeutycznych w poprawie wydolności fizycznej i jakości życia chorych po pobycie na OIT z powodu ARDS. Podobnie w przypadku pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, u których trening fizyczny i edukacja - wdrażane przez fizjoterapeutów jako element programów rehabilitacji pulmonologicznej charakteryzują się wysoką skutecznością. Dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują na występowanie wielu dokuczliwych objawów po przebyciu COVID-19, zarówno u osób, które były hospitalizowane, jak i tych chorujących w domu. Obejmują one m. in. zmęczenie, duszność, obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego, bóle stawowe, uczucie sztywności w klatce piersiowej i wiele innych objawów. W literaturze fachowej i pozycjach popularno-naukowych coraz częściej pojawiają się takie określenia jak zespół post-COVID-19 i long-COVID-19. Zespół **post-COVID-19** jest definiowany jako dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają powyżej 12 tygodni i nie wynikają z innego rozpoznania. Z kolei **long-COVID-19** to zjawisko występowania objawów związanych z zakażeniem SARS-CoV-2 przez ponad 3–4 tyg. Szacuje się, że problem long-COVID-19 dotyczy 10-20% osób, które chorowały na COVID-19. Co istotne, przedłużające się objawy po przebyciu COVID-19 to nie tylko problemy zdrowotne, ale także problem społeczny i gospodarczy. Dlatego tak ważne jest, aby tej grupie chorych zapewnić wsparcie systemowe, które pozwoli im na szybki powrót do pełni zdrowia, aktywności społecznej i zawodowej, co może mieć istotne znaczenie w przeciwdziałaniu długofalowym negatywnym skutkom pandemii w obszarze życia społecznego i gospodarczego. Do najczęściej występujących i zaobserwowanych przez lekarzy powikłań po przejściu COVID-19 należy długotrwałe zmęczenie porównywane do CFS - zespołu chronicznego zmęczenia. Może ono dotknąć zarówno osoby ciężko przechodzące zakażenie koronawirusem, jak i chorych niemal bezobjawowo. Zgodnie z badaniami opublikowanymi przez naukowców z irlandzkiego Trinity College zmęczenie jest spowodowane prawdopodobnymi zaburzeniami systemu odpornościowego po zakażeniu koronawirusem i nadal toczącym się w organizmie lekkim stanem zapalnym. Innym, często spotykanym skutkiem ubocznym przejścia COVID-19, są problemy sercowo-naczyniowe. Pacjenci często skarżą się na szybsze, nierówne bicie serca i bóle w klatce piersiowej. Ozdrowieńcy po przebyciu COVID-19 mogą mieć duszności wysiłkowe, które pojawiają się w trakcie ćwiczeń lub innego typu

ruchu. Nawet u pacjentów w łagodny sposób przechodzących tę chorobę, tego typu skutki uboczne pojawiały się aż do 60 dni po zakażeniu. „Mgła mózgowa” jest niemedycznym określeniem używanym dla opisu innych skutków ubocznych COVID-19, zauważalnych zwłaszcza u pacjentów po ciężkim przebiegu tej choroby. Mają oni problemy z orientacją i komunikacją, skłonność do zapominania i niezdolność skupienia się na dłuższy czas. Coraz częściej obserwuje się również powikłania neurologiczne, typu majaczenie, splątanie lub parestezje - nietypowe odczucia skórne w postaci mrowienia, kłucia, pieczenia, drętwienia i uczucia chłodu, które nie są wywołane przez warunki zewnętrzne. Nietypowym i rzadziej zgłaszanym powikłaniem po przejściu COVID-19 u chorych, którzy w trakcie choroby utracili smak i węch, jest odczuwanie przez nich dziwnych zapachów lub występowanie urojeń węchowych. Czują oni często dym papierosowy, mimo braku osób palących w pobliżu, stęchliznę, chemikalia czy spaleniznę. U wielu z nich pojawia się wręcz parosmia, czyli zmiana przyjemnych do tej pory bodźców zapachowych w odrażające. Do innych, rzadszych powikłań zaobserwowanych u osób dorosłych po przejściu COVID-19, zalicza się powstawanie zakrzepów w naczyniach krwionośnych, które może podwyższać ryzyko wystąpienia udaru mózgu, zawałów serca oraz problemów z nerkami i płucami. Za rzadkie powikłanie będące wynikiem zakażenia koronawirusem uznaje się również zespół Guilliana-Barrego. To powikłanie neurologiczne powodujące postępujące osłabienie siły mięśniowej, a powodowane uszkodzeniem nerwów obwodowych. Lekarze zwracają uwagę, aby nie lekceważyć jego objawów, ponieważ osłabienie mięśni odpowiadających za oddychanie może być dużym problemem, zwłaszcza u pacjentów cierpiących w trakcie COVID-19 na wyraźne problemy układu oddechowego.

Ponieważ upośledzenie wydolności układu oddechowego, poprzez zmiany w płucach związane z ich uszkodzeniem w trakcie infekcji COVID-19, wiąże się bezpośrednio ze zwiększoną pracą serca, doprowadza to w konsekwencji do postępującej niewydolności układu krążenia. W takich przypadkach wskazana jest diagnostyka kardiologiczna z oceną pracy serca i układu krążenia (EKG, USG serca, Holter) oraz konsultacja kardiologiczna i realizacja zaleceń oraz uwzględnienie oceny kardiologicznej w planowaniu procesu rehabilitacji po chorobie COVID-19.

## I.2. Dane epidemiologiczne

Jak podaje Wikipedia, koronawirus - zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) zainfekował ponad 460 milionów ludzi na całym świecie. Na dzień 14 marca 2022 r. odnotowano ponad 6 milionów zgonów.

	<b>Łączna liczba przypadków</b>	<b>Zgony</b>
Polska	5,82 mln	113 000
Dolny Śląsk	440 299	7 151
Cały świat	460 mln	6,05 mln

Źródło: Wikipedia, Ministerstwo Zdrowia [www.gov.pl](http://www.gov.pl)

Z danych otrzymanych z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu wynika, że w okresie ostatniego roku / luty 2021- luty 2022/ , w populacji pełnoletnich mieszkańców gminy Kobierzyce zarejestrowano 2200 przypadków zakażeń i zachorowań wywołanych przez wirus SARS-CoV-2.

## I.3. Opis obecnego postępowania

Biorąc pod uwagę odnalezione dowody naukowe za rekomendowane uznaje się następujące technologie medyczne z obszaru rehabilitacji oddechowej po COVID-19:

- trening mięśni oddechowych - na urządzeniach oporowych (zastawka z dociskiem sprężynowym) ew. trenażerze oddechowym - 3 serie po 10 oddechów przy 60% maksymalnego ciśnienia wydechowego w ustach, z okresem odpoczynku 1 minuty między seriami;
- ćwiczenia kaszlu - 3 serie po 10 aktywnych kaszlnięć;
- trening przepony - do 30 dobrowolnych skurczów przepony w pozycji leżącej, z ciężarem 1 -3 kg na przedniej ścianie jamy brzusznej (w celu zapobieżenia obniżeniu przepony);
- ćwiczenia rozciągające - w pozycji leżącej lub w bocznej z ugiętymi kolanami pacjent zgina ręce, prostuje poziomo, w odwodzeniu i w rotacji na zewnątrz;

Biorąc pod uwagę istniejące dowody naukowe za nierekomendowane uznaje się następujące technologie medyczne z obszaru rehabilitacji oddechowej po COVID-19:



- zabiegi fizykoterapeutyczne - działanie ciepła, prądu elektrycznego, fal elektromagnetycznych, pola magnetycznego, itp.;
- hydroterapia.

Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego w gminie Kobierzyce przemawiają takie aspekty jak:

- zwiększająca się liczba ozdowieńców zmagających się z powikłaniami po chorobie – szczególnie w obrębie układu oddechowego, krążeniowego, neurologicznego i psychicznego,
- potrzeba zwiększenia świadomości, iż niezwykle istotnym elementem leczenia jest rehabilitacja, która pomaga zniwelować skutki przebytego zakażenia.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej:**

### **II.1. Cel główny**

Celem programu jest powrót do pełnej sprawności po przebytej chorobie COVID- 19 poprzez przeprowadzenie programu specjalistycznej rehabilitacji poprawiającej sprawność oddechową, wydolność wysiłkową i krążeniową, siłę mięśniową i ogólną sprawność fizyczną.

Główny cel to zwiększenie wydolności oddechowej u 85% mieszkańców gminy Kobierzyce, którzy rozpoczęli rehabilitację oddechową w ramach programu.

### **II.2. Cele szczegółowe:**

Cele szczegółowe programu to:

1. Podniesienie sprawności umożliwiającej podjęcie aktywności (w tym aktywności zawodowej) (cel dotyczy osób aktywnych zawodowo przed zachorowaniem) u 80% osób, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.
2. Zwiększenie niezależności osób w wieku 65 lat i powyżej, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.
3. Poprawa wyniku w kwestionariuszu oceny jakości życia o co najmniej 15% względem wartości początkowej u 75% osób po przebyciu COVID-19, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.
4. Edukacja pacjentów, dzięki której pacjenci będą wiedzieć więcej o samej chorobie i jej powikłaniach.

5. Udzielenie instruktażu samoopieki dzięki czemu uczestnik programu dowie się, jak radzić sobie ze skutkami choroby i co robić, aby jak najszybciej wrócić do pełnej sprawności.

### II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Mierniki efektywności realizacji programu

Cel	Miernik
Główny	Ocena wydolności oddechowej jest mierzona na początku i na końcu za pomocą testu 6MWT; ocena stopnia duszności jest mierzona na początku i na końcu wg zmodyfikowanej skali duszności Borga. Miernikiem jest odsetek osób, u których uzyskano podniesienie wartości 6MWT średnio o co najmniej 25% lub u których uzyskano zmniejszenie odczuwanego przez pacjenta uczucia duszności ocenianego wg zmodyfikowanej skali duszności Borga o co najmniej 1 pkt. Mianownikiem jest liczba osób, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.
1.	Odsetek osób uczestniczących w programie, które dzięki niemu mogły wrócić do zawodu wykonywanego przez zachorowaniem na COVID-19. Mianownikiem jest liczba osób aktywnych zawodowo przed zachorowaniem, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.
2.	Odsetek uczestniczących w programie osób w wieku 65 lat i powyżej, które zadeklarowały zwiększenie samodzielności w wykonywaniu różnych obowiązków
3.	Pomiar początkowy i końcowy z wykorzystaniem wystandaryzowanego kwestionariusza (np. EQ-5D/SF-36). Miernikiem jest odsetek osób, które uzyskały w pomiarze końcowym wynik lepszy o co najmniej 15% w porównaniu do pomiaru początkowego, względem liczby osób, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu.

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

#### III.1. Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowili mieszkańcy gminy Kobierzyce w szacunkowej liczbie 1000 osób, którzy kwalifikują się do włączenia do programu, po przeprowadzonej diagnostyce, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Konsultacja fizjoterapeutyczna	Mieszkańcy gminy Kobierzyce : Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 (wymagany wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania U.07.1 lub U07.2), u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły. W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów <ul style="list-style-type: none"><li>• leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii</li><li>• z wykluczeniem niewydolności serca III lub IV klasy NYHA.</li><li>• z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT &lt;300 m.</li><li>• w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń.</li></ul>

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19

Rehabilitacja oddechowa	<p>Mieszkańcy gminy Kobierzyce :</p> <p>Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 (wymagany wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania U.07.1 lub U07.2), u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.</p> <p>W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii</li> <li>• z wykluczeniem niewydolności serca III lub IV klasy NYHA.</li> <li>• z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT &lt;300 m.</li> <li>• w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń.</li> </ul>
-------------------------	--

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

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Tabela 1. Kryteria włączenia i wyłączenia do programu

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Konsultacja fizjoterapeutyczna	<p>Mieszkańcy gminy Kobierzyce :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 (wymagany wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania U07.1 lub U07.2), u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.</li> <li>• W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów</li> <li>• leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii</li> <li>• z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT &lt;300 m.</li> <li>• w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choroba płuc inna niż powikłania po COVID-19, np. POChP, astma;</li> <li>• Niewydolność serca w III i IV stopniu w skali NYHA;</li> <li>• Brak chęci współpracy/ motywacji do samodzielnego wykonywania ćwiczeń.</li> <li>• Wpis w dokumentacji medycznej o rozpoznaniu U07.1 lub U07.2 więcej niż 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu.</li> <li>• Udział w programie uwzględniającym rehabilitację oddechową po COVID-19 w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> </ul>
Rehabilitacja oddechowa	<p>Mieszkańcy gminy Kobierzyce :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osoby pełnoletnie, po przejściu COVID-19 (wymagany wpis w dokumentacji medycznej rozpoznania U.07.1 lub U07.2), u których powstałe w czasie COVID-19 ubytki funkcjonalne mimo upływu czasu nie ustąpiły.</li> <li>• W pierwszej kolejności należy włączać pacjentów</li> <li>• leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii</li> <li>• z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT &lt;300 m.</li> <li>• w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń.</li> </ul>	Kryteria wyłączenia jak dla konsultacji fizjoterapeutycznej.

### **III.3. Planowane interwencje**

Program zdrowotny zakłada następujące interwencje:

- 1) Działania informacyjne
- 2) Konsultacja fizjoterapeutyczna
- 3) Rehabilitacja oddechowa

#### **DZIAŁANIA INFORMACYJNE:**

Celem kampanii informacyjnej jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie. Kampania nakierowana będzie na informacje o rehabilitacji oddechowej oraz o prostych ćwiczeniach oddechowych, które można wykonywać w domu. W celu zwiększenia odbioru przekazywanych informacji, zastosowane zostaną możliwie liczne środki przekazu zarówno po stronie organizatora jak i realizatora programu. W kampanii będą wykorzystywane treści rzetelne i oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej.

Planuje się następujące działania:

1. Po stronie organizatora (Gmina Kobierzyce):
  - informacje o programie zamieszczone zostaną na stronie internetowej Gminy Kobierzyce, na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Gminy, w biuletynie gminnym Moja Gmina Moja Wieś, w mediach społecznościowych – TuKobierzyce
  - informacje o programie zostaną przekazane do ośrodków zdrowia działających na terenie gminy Kobierzyce, a także do radnych i do sołtysów.
2. Po stronie realizatora (podmiot leczniczy wyłoniony w drodze konkursu ofert)
  - informacja na stronie internetowej i w siedzibie realizatora
  - przygotowanie broszur, ulotek, plakatów informacyjnych na temat rehabilitacji oddechowej po COVID-19.

#### **KONSULTACJA FIZJOTERAPEUTYCZNA:**

W ramach konsultacji fizjoterapeutycznej przewidziane są: wstępna/kwalifikacyjna, końcowa a także w uzasadnionych przypadkach dodatkowa w trakcie realizacji programu, jeśli będzie to wynikało z bieżącego monitorowania indywidualnych efektów rehabilitacji.

- I. **Wstępna/kwalifikacyjna** konsultacja fizjoterapeutyczna:

1. **Analiza dokumentacji** pod kątem włączenia i wyłączenia z programu
2. **Wywiad** - określa się dolegliwości zgłaszane przez świadczeniobiorcę. Szczególną uwagę należy zwrócić na objawy charakterystyczne dla zespołu post-COVID (tzw. „long COVID”), tj. duszność, zmęczenie, bóle głowy, trudność ze skupieniem uwagi, zaburzenia pamięci.
  - Osoby, które nie odczuwają zwiększonych duszności jako następstwo przejścia COVID-19 kończą udział w programie.
3. **Pomiary spoczynkowe** (min. 15 minut w pozycji siedzącej) wykonywane są przed wykonaniem testu tolerancji wysiłku: temperatura ciała, tętno (HR), ciśnienie tętnicze krwi (BP), saturacja (przezskórny pomiar wysycenia tlenem hemoglobiny krwi tętniczej, SpO2).
4. **Przeprowadzenie badań spirometrycznych FEV1 i FVC oraz testu 6MWT lub oceny stopnia duszności wg zmodyfikowanej skali duszności Borga**
  - Ocena tolerancji wysiłku fizycznego wykonywana jest w oparciu o sześciominutowy test marszu (6MWT). Wynik zapisywany jest w metrach, z zaokrągleniem do cyfry jedności.
  - Wskazaniem do zakwalifikowania świadczeniobiorcy do rehabilitacji oddechowej jest wynik 6MWT lub wynik wg zmodyfikowanej skali duszności Borga.
5. **Powtórne pomiary spoczynkowe** (natychmiast po wysiłku)
6. **Wypełnienie kwestionariusza jakości życia** - Ocena jakości życia z użyciem EQ-5D.
  - Osoby, u których zidentyfikowano przeciwwskazania do udziału w rehabilitacji oddechowej, otrzymują indywidualne zalecenia odnośnie dalszego zalecanego postępowania i kończą udział w programie.

II. **Końcowa** (po zakończeniu maksymalnie 6 tygodniowej rehabilitacji oddechowej - w przypadku zakwalifikowania uczestnika do rehabilitacji oddechowej) :

1. **Pomiary spoczynkowe** (min. 15 minut w pozycji siedzącej) wykonywane są przed wykonaniem testu tolerancji wysiłku: temperatura ciała, tętno (HR), ciśnienie tętnicze krwi (BP), saturacja (przezskórny pomiar wysycenia tlenem hemoglobiny krwi tętniczej, SpO2).
2. **Przeprowadzenie badań spirometrycznych FEV1 i FVC oraz testu 6MWT lub oceny stopnia duszności wg zmodyfikowanej skali duszności Borga**
  - Ocena tolerancji wysiłku fizycznego wykonywana jest w oparciu o sześciominutowy test marszu (6MWT). Wynik zapisywany jest w metrach, z zaokrągleniem do cyfry jedności.
3. **Powtórne pomiary spoczynkowe** (natychmiast po wysiłku)
4. **Wypełnienie kwestionariusza jakości życia** - Ocena jakości życia z użyciem EQ-5D.

#### **REHABILITACJA ODDECHOWA:**

- Rehabilitacja oddechowa opiera się na kinezyterapii. Obejmuje:
  - instruktaż - indywidualne spotkanie z fizjoterapeutą (bezpośrednio, bez użycia rozwiązań teleinformatycznych), w czasie którego realizowany jest instruktaż poprawnego wykonywania ćwiczeń. Fizjoterapeuta koryguje błędy. Wskazane jest przedstawienie instruktażu technik manualnych przy ćwiczeniach przepony.
  - weryfikację opanowania umiejętności praktycznych,
  - ćwiczenia oraz działania wspomagające (ćwiczenia rozciągające/terapia manualna/ćwiczenia relaksacyjne).
- Przed przystąpieniem do ćwiczeń każdy ze świadczeniobiorców powinien zostać poddany pomiarowi temperatury ciała oraz saturacji.
- Interwencja trwa *do 6 tygodni*. W ramach interwencji prowadzone są *dwa spotkania tygodniowo*, w czasie których wykonywany jest **trening fizyczny pod nadzorem fizjoterapeuty**.

Osoby biorące udział w programie wykonują pod nadzorem fizjoterapeuty trening mięśni oddechowych (na urządzeniach oporowych, np. zastawka z dociskiem sprężynowym, ew. z wykorzystaniem trenażera oddechu). Ćwiczenia powinny być wykonywane



každorazowo w 3 seriach po 10 oddechów przy 60% maksymalnego ciśnienia wydechowego w ustach, z okresem odpoczynku 1 minuty między seriami; ćwiczenia kaszlu - 3 serie po 10 aktywnych kaszlnięć, trening przepony do 30 dobrowolnych skurczów przepony w pozycji leżącej, z ciężarem 1 -3 kg na przedniej ścianie jamy brzusznej (w celu zapobieżenia obniżeniu przepony), ćwiczenia rozciągające - w pozycji leżącej lub bocznej z ugiętymi kolanami pacjent zgina ręce, prostuje poziomo, w odwodzeniu i w rotacji na zewnątrz. Ćwiczenia w tym zakresie mogą trwać 60 minut i mogą być prowadzone indywidualnie lub grupowo. Liczba osób uczestniczących w zajęciach grupowych nie powinna przekraczać 10 osób i musi być dostosowana do potrzeb i możliwości świadczeniobiorców, a także uwzględniać cele terapeutyczne. Ćwiczenia muszą być prowadzone przy zachowaniu odpowiednich warunków sanitarnych.

- Osoby biorące udział w programie samodzielnie wykonują **ćwiczenia rehabilitacji oddechowej w warunkach domowych** (raz dziennie, minimum po 10 min):
  - o **trening mięśni oddechowych** - na urządzeniach oporowych, 3 serie po 10 oddechów przy 60% maksymalnego ciśnienia wydechowego w ustach, z okresem odpoczynku 1 minuty między seriami,
  - o **ćwiczenia kaszlu** - 3 serie po 10 aktywnych kaszlnięć,
  - o **trening przepony** - do 30 dobrowolnych skurczów przepony w pozycji leżącej, z ciężarem 1 -3 kg na przedniej ścianie jamy brzusznej, (w celu zapobieżenia opadaniu przepony),
  - o **ćwiczenia rozciągające** - w pozycji leżącej lub bocznej z ugiętymi kolanami pacjentom polecono poruszanie rękami w zgięciu, wyproście poziomym, odwodzeniu i rotacji na zewnątrz,
- Każdy świadczeniobiorca jest zobowiązany do codziennego uzupełniania dziennika aktywności. Wpisywane są wykonywane ćwiczenia (np. czas, liczba powtórzeń, opór). Dziennik aktywności jest analizowany w czasie wszystkich spotkań z fizjoterapeutą (indywidualnych i grupowych). Dziennik aktywności po zakończeniu rehabilitacji oddechowej stanowi dokumentację projektu i pozostaje u realizatora. Treść dziennika aktywności jest poddawana szczegółowej analizie na końcowej konsultacji fizjoterapeutycznej.
- W ramach programu zakłada się bezpośredni kontakt fizjoterapeuty ze świadczeniobiorcą podczas rehabilitacji oddechowej, a w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się telerehabilitację – np. w celu monitorowania przebiegu ćwiczeń, przypomnienia o

konieczności bieżącego wypełniania dziennika aktywności oraz udzielenia odpowiedzi na ewentualne pytania pacjenta.

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

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

### **III.5.Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Sposoby zakończenia udziału w programie:

- w przypadku świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do rehabilitacji oddechowej, udział w programie kończy się wraz ze zrealizowaniem konsultacji końcowej;
- w przypadku świadczeniobiorcy, u którego w trakcie konsultacji fizjoterapeutycznej stwierdzi się brak kwalifikacji do rehabilitacji oddechowej, udział w programie kończy się wraz z zakończeniem konsultacji;
- w przypadku wystąpienia u świadczeniobiorcy w dowolnym momencie realizacji programu, czynników, które są kryteriami wyłączenia z programu, udział świadczeniobiorcy w programie należy uznać za zakończony;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w programie na dowolnym etapie trwania programu;
- zakończenie realizacji programu.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **IV.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów**

1. Stworzenie Rady ds. programu, która będzie pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów programu oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art.



48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu programu z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie program, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym programem).
5. Przeprowadzenie interwencji zaplanowanych w programie: konsultacji fizjoterapeutycznych oraz rehabilitacji oddechowej.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji programu.
8. Rozliczenie finansowe programu.

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

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej realizator programu spełni wymagania dotyczące personelu, a także wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych.

<b>Interwencja</b>	<b>Wymagania dotyczące personelu</b>
Działania informacyjne	Pracownik administracyjny Fizjoterapeuta (opcjonalnie)
Konsultacja fizjoterapeutyczna	Fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do planowania postępowania fizjoterapeutycznego
Rehabilitacja oddechowa	Fizjoterapeuta

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W celu optymalnej realizacji programu, proponuje się zapewnienie następujących warunków:

1. Miejsce realizacji programu: teren gminy Kobierzyce.
2. Wymagania lokalowe:
  - a. gabinet fizjoterapeutyczny,
  - b. sala gimnastyczna.
3. Wymagania sprzętowe:
  - a. leżanka (co najmniej 1),
  - b. pulsoksymetr,
  - c. spirometr lub peakflowmetr,
  - d. wyposażenie każdego pacjenta w przyrząd oporowy do ćwiczeń oddechowych (ew. trenażer oddechowy).

Na wypadek wystąpienia nieprzewidzianych duszności, w miejscu udzielania świadczeń powinien być dostęp do suplementacji tlenowej, co może być zapewnione z zastosowaniem tlenu sprężonego w aerozolu. Realizator programu powinien nawiązać kontakt z jednostką, od której w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy będzie mógł uzyskać wsparcie.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **V.1. Monitorowanie**

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji programu. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie.
- Liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów.
- Liczba i odsetek osób, które zrealizowały cały program rehabilitacyjny.
- Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na którymkolwiek z zaplanowanych etapów.

Należy także na bieżąco uzupełniać indywidualne informacje o każdym z uczestników programu, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- Data wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- Numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych programu,
- Informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- Data zakończenia udziału w programie wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w programie, zmiana miejsca zamieszkania na obszar poza objęty działaniami programu).

#### *Ocena jakości świadczeń*

Realizator przeprowadzi ocenę jakości udzielanych świadczeń w ramach programu. W tym celu każdemu uczestnikowi programu zapewni możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Zbiórcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

### **V.2.Ewaluacja**

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

W ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji ogólnej na obszarze objętym programem, w tym co najmniej:

- odsetka osób, które uzyskały poprawę wyniku 6MWT średnio o co najmniej 25% lub uzyskały poprawę wyniku zmodyfikowanej skali duszności Borga o co najmniej 1 pkt (przeprowadzenie testu przed i testu po). Mianownikiem jest liczba osób, które ukończyły cały program,
- odsetka osób, które uzyskały poprawę wyniku 6MWT średnio o co najmniej 25% lub uzyskały poprawę wg zmodyfikowanej skali duszności Borga o co najmniej 1 pkt (przeprowadzenie testu przed i testu po). Mianownikiem jest liczba osób, które rozpoczęły rehabilitację oddechową w ramach programu,

Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19

- odsetka uczestników deklarujących powrót do poprzednio wykonywanego zawodu dzięki uczestnictwu w programie,
  - odsetka uczestników, u których uzyskano zwiększenie sprawności i niezależności dzięki uczestnictwu w programie (na podstawie deklaracji uczestnika lub oceny fizjoterapeuty).
- Ewaluację należy zawrzeć w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego programu.

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

Kwota przewidziana w budżecie programu wynosi 1 000 000 zł.

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

### **VI.1. Koszty jednostkowe**

Zestawienie szacunkowych kosztów jednostkowych programu:

<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>				
		Koszt jednostkowy	Liczba	Suma kosztów jednostkowych
1	Koszt przeprowadzenia konsultacji fizjoterapeutycznej wstępnej	100,00 zł	1000	100.000,00 zł
2	Koszt realizacji rehabilitacji oddechowej	600,00 zł	1000	600.000,00 zł
3	Koszt sprzętu do rehabilitacji oddechowej (m.in. trenażery oddechowe)	45,00 zł	1000	45.000,00 zł
4	Koszt przeprowadzenia konsultacji fizjoterapeutycznej końcowej	85,00 zł	1000	85.000,00 zł
<b>KOSZTY POŚREDNIE</b>				
1	Koszty organizacji programu – personel bezpośrednio zaangażowany w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych, w tym wynagrodzenia	80,00 zł	1000	80.000,00 zł
2	Koszty przygotowania broszur, ulotek, plakatów na potrzeby działań informacyjno-promocyjnych	5 zł	1000	5.000,00 zł
3	Ewaluacja i monitorowanie	85,00 zł	1000	85.000,00 zł
	Suma kosztów	1000,00 zł		1.000.000,00 zł

## VI.2. Koszty całkowite

Koszty całkowite realizacji programu:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2022 r.	1 000 000 zł
Koszt całkowity	1 000 000 zł

## VI.3. Źródła finansowania

Jednostką odpowiedzialną za finansowanie programu jest Gmina Kobierzyce. Środki na realizację programu pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – „Rosnąca odporność”.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. AOTMIT „Rekomendacja nr 1/2021 z dnia 14 maja 2021 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19”, maj 2021 r.
2. Wikipedia
3. Ministerstwo Zdrowia [www.gov.pl](http://www.gov.pl)

**Ankieta satysfakcji uczestników**  
**„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce**  
**po przebytej chorobie COVID-19”**

Szanowni Państwo,  
ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w programie.

*W pytaniach od 1 do 5 proszę zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:  
1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą.*

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak Pani/Pan ocenia personel prowadzący działania edukacyjne?

1 2 3 4 5

3. Jak Pani/Pan ocenia fizjoterapeutę prowadzącego zajęcia?

1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani/Pan organizację programu?

1 2 3 4 5

5. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania programu?

1 2 3 4 5

6. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w programie innym osobom?

- ☐ tak  
☐ nie

7. Co najbardziej Pani/Panu podobało się w trakcie uczestniczenia w programie?

.....  
.....  
.....

8. Co najmniej Pani/Panu podobało się w trakcie uczestniczenia w programie?

.....  
.....  
.....

9. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

- ☐ z podmiotu leczniczego (np. przychodnia);
- ☐ z Internetu;
- ☐ od znajomych/rodziny;
- ☐ od innej osoby uczestniczącej w tym programie;
- ☐ inne źródło (jakie?) .....

10. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji programu?

- ☐ tak (jeśli tak, to jakie?)

.....  
.....  
.....

- ☐ nie

11. Inne uwagi

.....  
.....  
.....  
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety. Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym uczestnikom.*

**Zgoda na udział w programie**

**„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19”**

.....  
*Imię i nazwisko uczestnika*

.....  
*Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Gminy Kobierzyce.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Kobierzyce.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzystam aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....  
*Data i podpis uczestnika*



### **Uzasadnienie**

Gmina Kobierzyce zajęła 1 miejsce w Konkursie "Rosnąca odporność" jako gmina z najwyższym poziomem wyszczepienia mieszkańców w powiecie wrocławskim. Nagroda z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w wysokości 1.000.000 zł będzie stanowiła budżet **"Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19"**.

Przygotowany projekt programu jest zgodny z rekomendacją 1/2021 z dnia 14 maja 2021 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących rehabilitacji leczniczej dla osób po chorobie COVID-19".