

ZARZĄDZENIE NR 78/2026

WÓJTA GMINY DĘBNICA KASZUBSKA

z dnia 22 maja 2026 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 – program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” oraz powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia postępowania konkursowego

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153, 1436, z 2026 r. 252, z 2023 r. 1688) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.¹⁾) oraz uchwały nr XXIII/294/2026 Rady Gminy Dębica Kaszubska z dnia 18 maja 2026 r., zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” w roku 2026.

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

§ 2. 1. Powołuje się Komisję Konkursową w składzie:

- 1) Karol Żukowski – przewodniczący;
- 2) Beata Matusik - zastępca przewodniczącego;
- 3) Alicja Pastwa – sekretarz.

2. Komisja Konkursowa, o której mowa w ust. 1, dokonuje sprawdzenia i oceny ofert oraz przygotowuje propozycję wyboru oferty lub niewybrania żadnej z ofert.

3. Wójt Gminy Dębica Kaszubska dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert lub zamknięcia konkursu bez dokonania wyboru.

4. Regulamin pracy Komisji Konkursowej stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wójt Gminy Dębica Kaszubska

Iwona Warkocka

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w 2025 r. poz. 1083, poz. 1537, poz. 1739, poz. 1537; z 2026 r. poz. 26, poz.203.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 78/2026

Wójta Gminy Dębica Kaszubska

z dnia 22 maja 2026 r.

Wójt Gminy Dębica Kaszubska ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora zadania w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” w roku 2026, zwanego dalej „Programem” zgodnie z warunkami szczegółowymi konkursu wraz z udzieleniem finansowania na jego realizację.

- 1) Organizatorem konkursu jest Gmina Dębica Kaszubska z siedzibą przy ul. Księdza Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska.
 - 2) Udział w konkursie mogą brać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156) – prowadzące działalność na terenie gminy Dębica Kaszubska.
 - 3) Czas realizacji zadania: od daty zawarcia umowy do 30.11.2026 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 Urzędzie Gminy Dębica Kaszubska, ul. Księdza Antoniego Kani 16A lub przesłać na adres: Urząd Gminy Dębica Kaszubska, ul. Księdza Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska. Oferta musi być złożona w zamkniętej kopercie, opatrzonej pieczętą oferenta oraz napisem „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”. Otwarcie kopert tylko w obecności komisji konkursowej. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. Ofertę należy przygotować zgodnie z poniższymi wymogami:
 - a) oferta powinna być sporządzona w języku polskim, na komputerze,
 - b) wszystkie strony oferty powinny być trwale spięte, a każda strona ponumerowana u dołu strony i zaparafowana lub podpisana przez osobę (osoby) umocowaną(e) do złożenia podpisu w imieniu Oferenta,
 - c) poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie oraz opatrzone podpisem osoby podpisującej ofertę,
 - d) wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, w której musi być zaoferowana tylko jedna cena,
 - e) Zamawiający nie przewiduje rozliczenia w walutach obcych,
 - f) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
 - 6) Termin składania ofert upływa w dn. 08.06.2026 r. o godz. 17:00.
 - 7) Spodziewany termin i miejsce otwarcia kopert w ramach postępowania konkursowego: 10.06.2026 r. godz. 10:00, Urząd Gminy Dębica Kaszubska, z siedzibą
ul. Księdza Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska. Zamawiający nie przewiduje publicznego otwarcia złożonych ofert.
 - 8) Spodziewany termin rozstrzygnięcia konkursu ofert: 11.06.2026 r.
 - 9) W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
2. Oferta na realizację zadania powinna zawierać:
- 1) Formularz ofertowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia wraz z dołączonymi poświadczonymi przez oferenta za zgodność z oryginałem kopiami dokumentów:

- a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny,
 - c) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź zobowiązanie Oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania umowy.
- 2) Formularz kalkulacji cenowej, stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego ogłoszenia.
- 3) Oświadczenia, stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego ogłoszenia, dotyczące:
- a) zapoznania się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i treścią programu polityki zdrowotnej (dalej PPZ),
 - b) dysponowania personelem o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do realizacji zadania objętego konkursem,
 - c) spełnienia wszystkich wymagań zawartych w szczegółowych warunkach konkursu oraz w punkcie IV.2 PPZ (załącznik nr 5 do umowy),
 - d) zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym ze stanem faktycznym i prawnym,
 - e) podpisania umów o współpracę z ewentualnymi podwykonawcami programu,
 - f) posiadania niezbędnej wiedzy i doświadczenia do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponowania potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu,
 - g) potwierdzenia faktu, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent nie będzie wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - h) niepodlegania wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 514 z późn. zm.),
 - i) zapoznania się z klauzulą informacyjną, która stanowi załącznik nr 6 do wzoru umowy.

3. Oferent zobowiązany jest przedstawić opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu z podaniem:

- 1) miejsca i czasu przeprowadzenia poszczególnych działań w ramach realizacji programu (dane teleadresowe oraz dni i godziny udzielania świadczeń),
- 2) planowany harmonogram poszczególnych etapów realizacji programu.

4. Oferty niespełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie zostaną odrzucone. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem uzupełnienia w terminie do następnego dnia roboczego 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.

6. Kryteria wyboru Oferty: Cena całkowita brutto – 100%

Sposób dokonywania oceny według kryterium:

- a) za kryterium można maksymalnie uzyskać 100 punktów
- b) ilość punktów przyznanych ofercie = najniższa cena całkowita brutto ze wszystkich ważnych ofert/cena całkowita brutto badanej oferty x 100 pkt

7. Oferta, która uzyska największą liczbę punktów, zostanie uznana za ofertę najkorzystniejszą.

8. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji na stronie internetowej Urzędu Gminy Dębica Kaszubska, w Biuletynie Informacji Publicznej (ug.debnickaszubska.ibip.pl) i pisemne powiadomienie Oferentów.

9. Wójt Gminy Dębica Kaszubska zastrzega sobie prawo bez podania przyczyny do zmiany warunków konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu oraz zamknięcia konkursu bez wyboru oferty.

10. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości założonych przez nich ofert.

11. Wójt Gminy Dębica Kaszubska ma prawo do wyboru jednej oferty na realizację całego zadania z udziałem podwykonawców. Gmina Dębica Kaszubska nie ponosi odpowiedzialności za rozliczenia Wykonawcy z podwykonawcami.

12. Złożenie oferty na realizację zadania, która zostanie uznana za spełniającą kryteria nie gwarantuje przyznania środków finansowych w wysokości, o którą występuje podmiot.

13. 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 Gminy Dębica Kaszubska.

14. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

15. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zawartej pomiędzy Gminą Dębica Kaszubska, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

16. Do postępowania konkursowego stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

17. W zakresie nieuregulowanych w ustawach, o których mowa w ust. 15, do trybu przeprowadzania konkursu ofert i zawarcia umów na realizację programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

18. Realizator zadania ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji zadania, w tym również szkody wyrządzone przez podwykonawców.

19. Maksymalna wysokość środków finansowych przeznaczonych ze strony Urzędu Gminy Dębica Kaszubska na realizację całego zadania w roku 2026 nie może przekroczyć kwoty 100 050,00 zł brutto (słownie sto tysięcy pięćdziesiąt złotych brutto). Gmina każdorazowo finansuje koszt 50% realizowanych interwencji, pozostałe 50% (tj. 100 050,00 zł brutto) finansowane jest ze środków uczestników PPZ.

20. Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie postępowania konkursowego jest Alicja Pastwa, tel.: 792 813 162, e-mail: a.pastwa@debnicakaszubska.eu.

Załączniki do ogłoszenia:

1. Szczegółowe warunki konkursu
2. Formularz ofertowy
3. Formularz kalkulacji cenowej
4. Oświadczenia oferenta
5. Wzór umowy na realizację programu

Szczegółowe warunki konkursu do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Nazwa zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” (zwanego dalej Programem lub PPZ); świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacji leczniczej na terenie Gminy Dębica Kaszubska i będą finansowane z budżetu Gminy Dębica Kaszubska.

2. Cel zadania: Celem głównym programu jest zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) według skali VAS u co najmniej 30%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2027.

3. Realizator: Podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156) - prowadzący działalność na terenie gminy Dębica Kaszubska.

4. Realizator zadania zatrudnia, na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, wykwalifikowany personel realizujący działania zaplanowane w programie.

5. Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz realizator zadania również musi brać czynny udział w wykonywaniu zadań określonych w pkt. 8. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z wykonawcami.

6. Miejsce realizacji zadania: infrastruktura pozostająca w dyspozycji Wykonawcy lub Podwykonawców. 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/miejscach wskazanym/wskazanych przez realizatora programu z podaniem dostępności do zaplanowanych działań i interwencji tj. danych teleadresowych oraz dni i godzin miejsca realizacji programu.

7. Adresaci zadania: mieszkańcy Dębica Kaszubska spełniający kryteria włączenia do Programu.

8. Zakres zadania: Realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” poprzez:

I. przeprowadzenie programu zgodnie z załączonym PPZ (załącznik nr 5 do umowy);

- 1) realizowanie działań informacyjnych o PPZ, zgodnie z punktem III.3.1 PPZ,
- 2) realizowanie wizyt fizjoterapeutycznych, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 1 PPZ,
- 3) realizowanie indywidualnych planów rehabilitacji, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 2 PPZ,
- 4) realizowanie działań edukacyjnych, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 3 oraz ppkt 4 PPZ,

- wraz z wypełnianiem kart uczestników programu (zał. 1 PPZ) oraz przekazywaniem rodzicom ankiet satysfakcji uczestnika (zał. 4 PPZ).

II. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji programu w ramach monitoringu i ewaluacji, w tym wymaganej przez NFZ w związku z dofinansowaniem programu, w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie Rozporządzenia 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) Dz. Urz. UE. L. 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie, na potrzeby programu, zgodnie z zapisami wynikającymi z Umowy.

9. Czas realizacji zadania: od dnia zawarcia umowy do dnia 30.11.2026 r.

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....

.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert):

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń/realizowania usług w ramach realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania
-------	-------	---	----------------------------------

--	--	--	--

14. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji PPZ:

.....

15. Harmonogram realizacji programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji programu
1	2026	II	
2	2026	III	
3	2026	IV	

16. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

.....

17. Planowane działania informacyjne:

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....

miejsce i data

.....

pieczęć i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta

Formularz kalkulacji cenowej do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt wizyt fizjoterapeutycznych (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
2	Koszt indywidualnych planów rehabilitacji (zgodnie z pkt. 8.I.3 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
3	Koszt działań edukacyjnych (zgodnie z pkt. 8.I.4 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
Koszt całkowity brutto (suma z poz. 1-3)				

Koszt całkowity brutto : zł (słownie)

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta

Oświadczenie oferenta do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i treścią programu polityki zdrowotnej (załącznik nr 5 do umowy).
2. Potwierdzam, że dysponuję personelem o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do realizacji zadania objętego konkursem.
3. Spełniam wszystkich wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu oraz w punkcie IV.2 PPZ (załącznik nr 5 do umowy).
4. Dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Podpisane zostały wstępne umowy o współpracy z ewentualnymi podwykonawcami.
6. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu.
7. Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę wykazywał świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.
8. Potwierdzam, że nie stwierdzono w stosunku do mnie niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
9. Nie jestem karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo/przestępstwo skarbowe.
10. Jestem jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
11. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
12. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2025 r. poz. 514 z późn. zm.).
13. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną, która stanowi załącznik nr 6 do wzoru umowy.

Umowa nr/2026

o przekazanie środków na realizację zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” (zwany dalej Programem lub PPZ)

pomiędzy:

zawarta w dniu w Dębicy Kaszubskiej pomiędzy:

Gminą Dębica Kaszubska, ul. Księdza Antoniego Kani 16a, 76-248 Dębica Kaszubska,

NIP: 8392192397, reprezentowaną przez

Panią Iwonę Warkocką – Wójta Gminy Dębica Kaszubska

zwanym dalej „**Zamawiającym**”,

a

.....
.....

zwanym dalej „**Wykonawcą**”

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2025 poz. 1153) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461) w związku z uchwałą nr XXIII/294/2026 Rady Gminy Dębica Kaszubska w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”, w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, strony ustalają co następuje:

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” z udziałem mieszkańców Dębica Kaszubska, spełniających kryteria włączenia do Programu.

2. Za dzień rozpoczęcia realizacji zadania publicznego uważa się datę zawarcia umowy, a zakończenia dzień 30.11.2026 r.

3. Zadanie realizowane będzie zgodnie z załączoną ofertą stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszej umowy oraz obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2. Koordynatorem zadania jest Urząd Gminy Dębica Kaszubska z siedzibą w Dębicy Kaszubskiej ul. Księdza Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska.

§ 3. 1. W ramach zadania publicznego, o którym mowa w § 1 Wykonawca zgodnie z załączonym programem polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” (załącznik nr 5) oraz ofertą (załącznik nr 1) zobowiązany jest do:

1) przeprowadzenia programu zgodnie z załączonym PPZ:

a) realizowanie działań informacyjnych o PPZ, zgodnie z punktem III.3.1 PPZ,

b) realizowanie wizyt fizjoterapeutycznych, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 1 PPZ,

c) realizowanie indywidualnych planów rehabilitacji, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 2 PPZ,

d) realizowanie działań edukacyjnych, zgodnie z punktem III.3.2 ppkt 3 oraz ppkt 4 PPZ,

- wraz z wypełnianiem kart uczestników programu (zał. 1 PPZ) oraz przekazywaniem pacjentom ankiet satysfakcji uczestnika (zał. 3 PPZ).

2) prowadzenia sprawozdawczości ewaluacyjnej w ramach monitorowania i ewaluacji

z realizacji programu (m.in. przeprowadzanie pre-testów i post-testów), w tym wymaganej przez NFZ w związku z dofinansowaniem programu, w formie pisemnej oraz elektronicznej edytowalnej, w tym zbieranie, opracowywanie, przetwarzanie i analiza danych, w tym danych wrażliwych i ochrony danych osobowych oraz pozostawanie administratorem tych danych na podstawie Rozporządzenia 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) Dz. Urz. UE. L. 2016 Nr 119, str. 1 oraz innymi przepisami w tym zakresie, na potrzeby programu, zgodnie z zapisami wynikającymi z Umowy, poprzez:

a. przekazywanie Zamawiającemu sprawozdań okresowych wg załącznika nr 3 w terminach tj. do dnia: 30.09.2026 r. i 30.11.2026 r.,

b. przekazanie Zamawiającemu sprawozdania końcowego wg załącznika nr 3 niniejszej umowy w terminie do dnia 30.11.2026 r.,

c. przekazywanie miesięcznych sprawozdań merytoryczno-finansowych z wykonania zadania wg zał. 4 niniejszej umowy w terminie do 15 dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego za poprzedni miesiąc, począwszy od 15.07.2026 r. za czerwiec 2026 r.,

3) wykonania przedmiotu umowy przy pomocy wykwalifikowanej kadry posiadającej niezbędną wiedzę i doświadczenie do prawidłowego wykonania zadania zgodnie z § 3 umowy w odpowiednich warunkach lokalowych z wyposażeniem w sprzęt niezbędny do realizacji zadania publicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami,

4) kreowania pozytywnego wizerunku Zamawiającego w sposób uzgodniony z Zamawiającym, w tym:

a. informowania, że zadanie jest finansowane ze środków Zamawiającego w formie „Program finansowany jest ze środków Gminy Dębica Kaszubska”. Informacja na ten temat powinna znaleźć się we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania;

b. umieszczania logo Zamawiającego na wszelkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizowanego zadania oraz zakupionych rzeczach, o ile wielkość i przeznaczenie tego uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność;

c. logo oraz treść wymaganych informacji Zamawiający przekazuje Wykonawcy. Wszystkie elementy przekazów promocyjnych Zamawiający dostarczy Wykonawcy na nośniku elektronicznym CD lub pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych;

d. oznakowanie przekazami promocyjnymi (logo, treść) Zamawiającego oraz akceptacja powinny odbywać się zgodnie z przyjętymi przez Urząd Gminy Dębica Kaszubska zasadami;

e. wszystkie materiały reklamowe wyprodukowane przez Wykonawcę po podpisaniu niniejszej umowy, oznakowane przekazem informacyjnym Zamawiającego oraz realizacja działań promocyjno-informacyjnych, wymagają akceptacji wyznaczonych pracowników Urzędu Gminy Dębica Kaszubska.

2. Wykonawca ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania.

3. W zakresie związanym z realizacją zadania, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Wykonawca jako administrator danych odbiera stosowne oświadczenia osób, których dane te dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

§ 4. 1. Świadczenia/działania, o których mowa w § 3 ust. 1 umowy udzielane/realizowane będą w poniższej/yh placówkach:

Nazwa	Adres	Tel. Kontaktowy, w tym telefon do rejestracji i udzielania informacji	Dni i godziny realizacji zadania

§ 5.1. Zamawiający zobowiązuje się do przekazania na realizację zadania publicznego środków finansowych w wysokości maksymalnej 100 050,00 zł brutto (słownie sto tysięcy pięćdziesiąt złotych brutto). Gmina każdorazowo finansuje koszt 50% realizowanych interwencji, pozostałe 50% (tj. 100 050,00 zł brutto) finansowane jest ze środków uczestników PPZ.

2. Wynagrodzenie za wykonanie zadania zostanie przekazane na rachunek bankowy nr w 6 transzach w wysokości kwoty brutto wynikającej z przedłożonego rachunku lub faktury VAT zgodnej ze sprawozdaniem merytoryczno-finansowym stanowiącym zał. 4 do niniejszej umowy przedstawionym przez Wykonawcę w terminach wskazanych w § 3 ust. 1 pkt 2c, obejmującym faktycznie poniesiony koszt wykonanych świadczeń zdrowotnych wskazanych w kosztorysie wg zał. 2 do niniejszej umowy. Wynagrodzenie zostanie przekazane na ww. rachunek bankowy w terminie 14 dni od daty złożenia sprawozdania merytoryczno-finansowego oraz rachunku/faktury.

3. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia numeru umowy i nazwy zadania w treści rachunku lub faktury VAT.

4. Fakturę należy wystawić na :

Nabywca (Podmiot2), NIP 8392192397, Gmina Dębica Kaszubska, ul. ks. Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska

Podmiot inny (Podmiot3), NIP 8392932291, Urząd Gminy Dębica Kaszubska, ul. ks. Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska

Podmiot inny (Podmiot3), identyfikator wewnętrzny: 8392932291-01003, nazwa: Referat Administracyjno-Organizacyjny

5. Zgodnie z przepisami ustawowymi od 01.02.2026 r. faktury mogą być wystawiane i otrzymywane przy użyciu Krajowego Systemu e-Faktur (dalej: KSeF). Wówczas faktury płatne będą w terminie 14 dni od daty przesłania faktury do KseF.

6. W przypadku konieczności udostępnienia faktury w sposób uzgodniony (tryb awaryjny) – faktury przekazane poza KSeF płatne będą w terminie 14 dni od daty faktycznego otrzymania wizualizacji faktury. Wizualizacje faktur przekazywanych poza KSeF wykonawca będzie przysyłał na adres: informacja@debnicakaszubska.eu lub drogą elektroniczną e-PUAP: /ugdebnicakaszubska/SkrytkaESP. Datą otrzymania będzie wówczas data przesłania faktury. Wykonawca może również przekazywać wizualizacje faktur w formie papierowej (np. w razie pojawienia się przejściowych problemów technicznych) i doręczać je na adres siedziby Zamawiającego. Powyższe znajdzie zastosowanie odpowiednio w przypadku awarii całkowitej KseF.

7. Wykonawca oświadcza, że numer rachunku rozliczeniowego wskazany we wszystkich fakturach, które będą wystawione w jego imieniu, jest rachunkiem, dla którego zgodnie z rozdziałem 3a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe prowadzony jest rachunek VAT.

8. Wykonawca na swój koszt i ryzyko dokona zakupu materiałów medycznych wykorzystanych w ramach realizacji programu. W przypadku niewykorzystania całości lub części zakupionych materiałów medycznych, Wykonawca nie może domagać się od Zamawiającego zwrotu kosztów ich zakupu.

9. Podstawą do przyjęcia rozliczenia przez Zamawiającego jest wykonanie świadczeń zdrowotnych. Wykonawcy nie przysługuje wynagrodzenie, jeśli nie wykonał usługi.

10. Za datę płatności strony przyjmują datę polecenia przelewu przez Zamawiającego.

11. Płatność nastąpi po uprzednim sprawdzeniu rachunku lub faktury przez Zamawiającego pod względem merytorycznym i rachunkowym.

12. W przypadku, gdy rachunek lub faktura nie spełni wymagań pod względem merytorycznym lub rachunkowym, zostanie zwrócona Wykonawcy bez obowiązku zapłaty wynagrodzenia w terminie.

§ 6.1. Zamawiający ma prawo żądać, aby Wykonawca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania okresowego lub końcowego.

2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania i wyjaśnień, Zamawiający wzywa pisemnie Wykonawcę do ich złożenia.

§ 7. 1. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania, o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Zamawiającego lub przez inny podmiot na zlecenie Zamawiającego, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.

4. Zamawiający udzieli odpowiedzi Wykonawcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Wykonawcę wyjaśnień

§ 8. 1. Wykonawca przenosi na Zamawiającego całość autorskich praw majątkowych do materiałów informacyjnych, opracowanych w ramach realizacji zadania wskazanego w § 3 ust. 1 pkt 1a niniejszej umowy, uprawniających do nieograniczonego w czasie korzystania i rozporządzania ww. materiałami w kraju i zagranicą, na wszystkich polach eksploatacji znanych w dniu zawarcia umowy, w szczególności obejmujących:

- a) utrwalanie, kopiowanie, zwielokrotnianie, wprowadzanie do pamięci komputerów i serwerów sieci komputerowych, utrwalanie w całości lub w części poprzez wytwarzanie egzemplarzy jakkolwiek techniką drukarską, zapisu magnetycznego, wszelkimi technikami graficznymi oraz techniką cyfrową;
- b) wystawianie na publiczną prezentację (na ekranie), w tym podczas seminariów i konferencji;
- c) wykorzystywanie w materiałach wydawniczych oraz we wszelkiego rodzaju mediach audiowizualnych i komputerowych;
- d) rozpowszechnianie poprzez publiczne wystawianie, a także publiczne udostępnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć dostęp w czasie i miejscu przez siebie wybranym, a w szczególności przez wprowadzanie do pamięci komputera i umieszczanie w sieci internetowej.

§ 9. 1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

2. W przypadku rozwiązania umowy Wykonawcy przysługuje kwota za prawidłowo i faktycznie zrealizowaną usługę do czasu rozwiązania umowy

3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, Zamawiający może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 10. 1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:

a. nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych,

b. jeżeli Wykonawca odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez Zamawiającego nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

2. Wykonawca zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez Zamawiającego.

3. W przypadku rozwiązania umowy przez którąkolwiek ze Stron z przyczyn, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca, Wykonawca zapłaci na rzecz Zamawiającego karę umowną w wysokości 10% wartości umowy, o której mowa w § 5 ust. 1 umowy.

4. Zamawiający ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

5. Rozwiązanie umowy powinno nastąpić w formie pisemnej pod rygorem nieważności takiego oświadczenia i musi zawierać uzasadnienie.

6. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w terminie 10 dni od daty wystąpienia przez Zamawiającego z żądaniem zapłacenia kary. W razie opóźnienia w zapłacie Zamawiający może potrącić należną mu karę z dowolnej należności przysługującej Wykonawcy względem Zamawiającego.

§ 11. Wykonanie umowy nastąpi z chwilą zaakceptowania przez Zamawiającego sprawozdania końcowego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 2b umowy.

§ 12. 1. W przypadkach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

2. Strony umowy wyłączają możliwość przelewu wierzytelności wynikających z umowy na osoby trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego.

§ 13. Wszelkie zmiany niniejszej umowy pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej w formie aneksu.

§ 14. Spory mogące wyniknąć przy realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 15. Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z których 2 egzemplarze otrzymuje Zamawiający, a 1 egzemplarz Wykonawca.

Załączniki:

1. Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”.

2. Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”.

3. Sprawozdanie ewaluacyjne okresowe/końcowe z realizacji umowy.

4. Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy.

5. Program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”.

6. Obowiązek informacyjny wynikający z RODO.

7. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych.

Strony

Zamawiający

Wykonawca

.....

.....

Oferta do konkursu na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

Formularz Ofertowy – Informacje o ofercie do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....

.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.:

b) adres e-mail:

4. Osoba upoważniona do reprezentacji oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru – imię i nazwisko, funkcja, nr telefonu/fax, adres e-mail):

.....

5. Nr NIP Oferenta:

.....

6. Nr REGON Oferenta:

.....

7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

8. Nr wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej:

.....

9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego oferenta:

.....

10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

11. Koordynator zadania (imię i nazwisko, nr tel/fax, adres e-mail):

.....

12. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę (jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert):

.....

.....

13. Miejsce udzielania świadczeń/realizowania usług w ramach realizacji programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, dni i godziny realizacji zadań w ramach programu)

Nazwa	Adres	tel. kontaktowy, w tym telefon do	Dni i godziny realizacji
-------	-------	-----------------------------------	--------------------------

		rejestracji i udzielania informacji	zadania

14. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych, planowanych do wykorzystania w celu realizacji PPZ:

.....

15. Harmonogram realizacji programu z podziałem na kwartały.

Lp.	Rok	Kwartał	Rodzaj działań w ramach realizacji programu
1	2026	II	
2	2026	III	
3	2026	IV	

16. Informacja o podmiotach współpracujących (nazwa i zasady współpracy):

.....

17. Planowane działania informacyjne:

.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu:

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta

Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

Formularz kalkulacji cenowej do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia w roku 2026 - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....

2. Kalkulacja kosztów zadania:

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt wizyt fizjoterapeutycznych (zgodnie z pkt. 8.I.2 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
2	Koszt indywidualnych planów rehabilitacji (zgodnie z pkt. 8.I.3 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
3	Koszt działań edukacyjnych (zgodnie z pkt. 8.I.4 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) – 50% kosztu	145		
Koszt całkowity brutto (suma z poz. 1-3)				

Koszt całkowity brutto : zł (słownie)

.....

miejsowość i data

.....

pieczętka i podpis osoby/osób
upoważnionych do reprezentacji oferenta

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.	

* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym

.....,dnia

.....

pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy

Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

1. Pełna nazwa wykonawcy (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....
.....

2. Dokładny adres siedziby wykonawcy:

.....

3. Dane kontaktowe wykonawcy:

a) numer tel.:

b) adres e-mail:

4. Okres realizacji zadania: od do

5. Opis działań podjętych w ramach realizacji zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”:

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

6. Cele realizowanych działań:

.....
.....

7. Koszty realizowanych działań

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
1	Koszt wizyt fizjoterapeutycznych – 50% kosztu			
2	Koszt indywidualnych planów rehabilitacji – 50% kosztu			
3	Koszt działań edukacyjnych – 50% kosztu			
Koszt całkowity brutto (suma z poz. 1-3)				

8. Efekty realizowanych działań:

.....
.....

9. Uwagi dotyczące realizacji programu

.....
.....

Sporządził:

.....
data, pieczętka i podpis Wykonawcy

AKCEPTUJĘ

.....

data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do
realizacji



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Dębica Kaszubska, 2026

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027

Okres realizacji programu: 2026-2027

Program został zaplanowany jako pilotażowy. Dopuszcza się możliwość kontynuacji programu w latach kolejnych po analizie zasadności prowadzenia dalszych działań w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz możliwości finansowych Gminy Dębica Kaszubska

Autorzy programu: dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Karolina Klimek
dr hab. n. med. i n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Klimek
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:

Urząd Gminy Dębica Kaszubska

ul. Księdza Antoniego Kani 16a

76-248 Dębica Kaszubska

E-mail: informacja@debnicakaszubska.eu

Data opracowania programu: I kwartał 2026 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	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
1. Cel główny.....	13
2. Cel szczegółowy.....	13
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	14
1. Populacja docelowa	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	14
3. Planowane interwencje	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów..	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	24
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	26
1. Koszty jednostkowe.....	26
2. Koszty całkowite.....	27
3. Źródło finansowania	27
Bibliografia.....	29
Załączniki	32

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 ok. 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 szacunków nawet 40% populacji w wieku 40 lat i więcej⁵. Wśród głównych czynników ryzyka pojawienia się

¹ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Postepy 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.

zwyródnień 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, terapię manualną, masaże lecznicze, 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 rozwoju choroby: okres I wczesny, okres II ze zmianami umiarkowanymi, okres III ze

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).

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, terapię manualną, masaże lecznicze, fizykoterapię, 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 użytkowaniem, 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. Za ograniczone uszkodzenia uznaje się także skręcenia stawu, którym towarzyszą

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/>.

naderwania więzadeł i torebek stawowych, jednakże bez przerwania ich ciągłości. Poważnym urazem narządu ruchu jest zwichnięcie, podczas którego dochodzi do całkowitego przemieszczenie 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 złamaniami 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. Ok. 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% populacji europejskiej, natomiast mononeuropatie do 15% populacji. Pomimo

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

¹³ Halik R, Seroka 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 Państwowy Zakład 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.

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

Liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego w roku 2021 na całym świecie przekraczała 1,7 mld, a dolegliwości bólowe w tej grupie były głównie konsekwencją zaburzeń w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz zwyrodnień stawów¹⁸. Według szacunków WHO, każdego roku na świecie, wskutek urazów zewnętrznych umiera 4,4 miliona osób. Czyni to urazy zewnętrzne jedną z głównych przyczyn zgonów w ujęciu globalnym, odpowiedzialną za 8% przypadków śmierci każdego roku. Jednocześnie jednak urazy śmiertelne stanowią jedynie nieznaczną część zdarzeń tego typu. W wielu innych przypadkach ich konsekwencją jest niepełnosprawność, lub co najmniej konieczność leczenia szpitalnego, co wiąże się z indywidualnym i ogólnospołecznym obciążeniem w wymiarze ekonomicznym i dotyczącym jakości życia. Najczęstszą przyczyną urazów w skali globalnej są wypadki drogowe, stanowiące 24% przyczyn urazów. Na miejscu drugim znajdują się inne kategorie niecelowych urazów i uszkodzeń ciała (18%), zaś w dalszej kolejności przyczynami urazów są: próby samobójcze (16%), upadki (14%), zabójstwa (10%), utonięcia (7%), oparzenia związane z pożarami (5%), zatrucia (4%) oraz wojny (2%)¹⁹.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2024²⁰ ze świadczeń rehabilitacji leczniczej skorzystało prawie 3,6 mln Polaków, w tym 72% z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz ok. 16% z powodu chorób układu nerwowego. Wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł

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 Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.

¹⁹ Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.

²⁰ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

w roku 2024 w Polsce 8 495/100 tys. mieszkańców. W województwie pomorskim wskaźnik ten był wyższy (8 867/100 tys.), a na terenie powiatu słupskiego, gdzie leży Gmina Dębica Kaszubska, osiągnął wartość znacznie wyższą od ogólnokrajowej i wojewódzkiej (9 139/100 tys.). W analizowanym okresie udzielono w Polsce ponad 1,65 mln rehabilitacyjnych porad lekarskich (4 419/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim było to ponad 102,3 tys. porad (4 339/100 tys.; siódme miejsce w kraju), a w powiecie słupskim – 5,2 tys. (5 421/100 tys.). Ponadto zrealizowano w Polsce ponad 5,98 mln wizyt fizjoterapeutycznych (15 967/100 tys. mieszkańców). W województwie pomorskim było to ponad 405 tys. wizyt (17 167/100 tys.; szóste miejsce w kraju), a w powiecie słupskim – ponad 21,9 tys. porad (22 925/100 tys. – wynik wyższy od tego w kraju). W roku 2024 wykonano w Polsce ponad 279,8 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (746 368/100 tys. mieszkańców), w województwie pomorskim ponad 18,6 mln (791 957/100 tys.; szóste miejsce w kraju), w powiecie słupskim – prawie 1,1 mln (1 133 768/100 tys. – jest to wynik znacznie wyższy niż ten dla kraju i województwa pomorskiego). Powyższe dane wyraźnie wskazują na wysokie zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w powiecie słupskim, w tym także na terenie gminy Dębica Kaszubska.

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 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 masażu²¹. 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 ambulatoryjne²². 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 stacjonarnych²³.

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.

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności mieszkańców gminy Dębica Kaszubska, 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. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie gminy dostępność do

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2024 poz. 529].

²³ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].

świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2026²⁴ nie podpisano żadnej umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotem świadczącym usługi na terenie gminy. Na terenie powiatu działa 5 podmiotów udzielających świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, ale średni czas oczekiwania na świadczenia w tym zakresie to ponad 8 miesięcy, a czas oczekiwania na świadczenia w podmiocie zlokalizowanym w najmniejszej odległości od gminy to ok. 11 miesięcy²⁵. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów²⁶. Wydaje się to mieć szczególne znaczenie w populacji osób starszych, często zmagających się z wielochorobowością.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe 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.²⁷: 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 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026²⁸: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna.
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031³⁰: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego: Obszar rehabilitacja medyczna:

²⁴ Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>; dostęp: 07.02.2025 r.].

²⁵ Informator NFZ o terminach leczenia – stan na 07.02.2025 r. [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

²⁶ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

²⁷ Ibidem.

²⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642 z późn. zm.].

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

Rekomendacja 8.1. Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa pomorskiego³¹: Obszar Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja: Podejmowanie systematycznych działań w celu zwiększenia zabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych.

³¹ Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022- 2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.5655].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) według skali VAS u co najmniej 30%* uczestników Programu, dotkniętych problemem urazów, chorób obwodowego układu nerwowego lub chorób układu ruchu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2026-2027

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej urazów, chorób obwodowego układu nerwowego oraz chorób układu ruchu u co najmniej 70%* osób z populacji docelowej w latach 2026-2027

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, biorąc pod uwagę m. in. dane ewaluacyjne z realizacji PPZ pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kobylnica w wieku 60 lat i więcej na lata 2024-2025” oraz „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Ożarów Mazowiecki na rok 2024”, wskazujące na możliwość uzyskania w ramach PPZ zaplanowanych wartości docelowych. Dodatkowo, uwzględniono także wnioski z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów, potwierdzające, że poziom 30% w przypadku celu głównego stanowi próg świadczący o skuteczności interwencji, a jednocześnie uwzględnia możliwość wystąpienia licznych czynników niezależnych od realizatora programu (np. brak współpracy pacjenta, niestosowanie się do zaleceń, schorzenia współistniejące).

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
Szczegółowy	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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 Dębница Kaszubska w wieku od 18 roku życia, których liczba wynosi ok. 7,2 tys. osób³². Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż współczynnik chorobowości AOS z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, nerwowego oraz urazów wynosi w powiecie słupskim 9 139/100 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w gminie Dębница Kaszubska oszacowano na poziomie ok. 660 pacjentów. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie ok. 290 dorosłych mieszkańców (ok. 44% populacji docelowej).

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

1) Kryteria włączenia:

Program skierowany jest do mieszkańców Gminy Dębница Kaszubska, którzy:

- ukończyli 18 rok życia,
- rozpoznano u nich chorobę przewlekłą lub zapalną układu ruchu, uraz lub chorobę obwodowego układu nerwowego,
- wyrazili pisemną zgodę na dobrowolny udział w programie,
- zamieszkują na terenie Gminy Dębница Kaszubska,
- rozliczają podatek dochodowy od osób fizycznych (PIT), wskazując Gminę Dębница Kaszubska jako miejsce zamieszkania.

2) Kryteria wyłączenia:

- wiek <18 r.ż.,
- przeciwwskazania zdrowotne do rehabilitacji,
- korzystanie w danym roku kalendarzowym ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska
- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez gminę Dębница Kaszubska, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek

³² Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2026 r.].

chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie uczestnika).

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Dębica Kaszubska (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Wizyta fizjoterapeutyczna:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do Programu, w tym potwierdzenie uprzedniego lekarskiego rozpoznania choroby przewlekłej lub zapalnej układu ruchu, urazu lub choroby obwodowego układu nerwowego - na podstawie przeprowadzonego badania fizjoterapeutycznego i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza POZ/specjalisty (załącznik 5),
- uwzględniająca zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- uwzględniająca ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS;

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do Programu,

- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli I o łącznej sumie punktów 550 (+/- 10pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni,
- uwzględniający ponowną ocenę dolegliwości bólowych w skali VAS w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie;

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

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub dietetyka,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 3),
- 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. II. 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 nr 1 do zarządzenia nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 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.

Tab. III. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba zabiegów	Liczba punktów	Suma punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	6	36,49	218,94
Zabiegi kinezyterapii	9	8,55	76,95
Zabiegi fizykalne	21	5,27	110,67
Zabieg masażu	8	18,25	146,00
Razem	42	--	552,56

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 4).

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 chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)³³,
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)³⁴,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)³⁵,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)³⁶,
- North American Spine Society (NASS 2020)³⁷,
- American College of Physicians (ACP 2017)³⁸,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)³⁹.
- Institute of Health Economics (IHE 2017)⁴⁰,
- National Stroke Foundation (NSF 2010)⁴¹,
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)⁴²,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)⁴³,
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR 2017)⁴⁴,

³³ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

³⁴ Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

³⁵ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

³⁶ Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].

³⁷ Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].

³⁸ Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].

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 Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].

⁴¹ Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].

⁴² Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].

⁴³ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.

⁴⁴ Ibidem.

- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLR 2017)⁴⁵,

Zgodnie z zaleceniami NICE (2014) w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów należy dokonywać oceny wpływu choroby na aktywność dnia codziennego, jakość życia, pracę zawodową, nastrój, relacje społeczne oraz spędzanie wolnego czasu. Formułowanie planu leczenia i rehabilitacji, a także omawianie z pacjentem ryzyka i korzyści wynikających z proponowanego postępowania, wymaga uwzględnienia chorób współistniejących. Pacjentom dotkniętym zmianami zwyrodnieniowymi należy zapewnić stały dostęp do pełnej informacji o chorobie i rokowaniach, możliwość zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a także interwencje mające na celu utratę masy ciała, w przypadku pacjentów z nadwagą lub otyłością. Ponadto nie należy zapominać o konieczności włączenia pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących planu terapeutycznego. Odpowiednie ćwiczenia fizyczne (miejscowo wzmacniające mięśnie oraz poprawiające ogólną sprawność aerobową) powinny być zalecane wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ponadto, w celu uśmierzania bólu, zaleca się stosowanie przezskórnej stymulacji nerwów (TENS). Osobom z chorobą zwyrodnieniową kończyn dolnych należy zapewnić poradnictwo w zakresie stosowania odpowiedniego obuwia. Ćwiczenia grupowe powinny być wykonywane pod nadzorem, z tego powodu grupa nie powinna przekraczać liczby 10 osób (NICE 2009).

W przypadku pacjentów z bólem w dolnej partii pleców ACP (2017) zaleca, obok terapii farmakologicznej, podejmowanie działań nefarmakologicznych, w tym m.in. intensywną interdyscyplinarną rehabilitację, terapię ruchową, akupunkturę, masaże, jogę, terapię zajęciową (poznawczo-behawioralną), a także relaksację. APS (2009) dodatkowo zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom z ostrymi bólami pleców, pełnej informacji na temat powrotu do zdrowia, ewentualnych nawrotów choroby, bezpiecznej i uzasadnionej modyfikacji codziennej aktywności, a także najbardziej efektywnych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem.

⁴⁵ Ibidem.

Liczne wytyczne zalecają krótkie interwencje edukacyjne, zachęcające do powrotu do normalnej aktywności w celu ograniczenia absencji chorobowej i niepełnosprawności związanej z przewlekłym bólem krzyża (COST 2006, NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016). Ponadto wytyczne te wskazują na konieczność zapewnienia pacjentom pełnej informacji o jednostce chorobowej oraz podejmowania kompleksowych programów rehabilitacji w odniesieniu do pacjentów przebywających na zwolnieniach lekarskich ponad 4-8 tygodni, a także tych, u których postępowanie monodyscyplinarne (farmakoterapia) nie przyniosło oczekiwanych efektów (IHE 2017, DAI 2017, ICSI 2018).

Pacjentom cierpiącym z powodu przewlekłego bólu pleców zaleca się, zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013), krótkie interwencje edukacyjne, mogące ograniczać ryzyko absencji chorobowej oraz niepełnosprawności. W grupie tej, poza farmakoterapią, należy rozważyć dodatkowo stosowanie progresywnej relaksacji mięśni, metody EMG Biofeedback, a także kognitywnej terapii behawioralnej. Ponadto eksperci, w przypadku przewlekłego bólu dolnej partii pleców oraz szyi, zalecają stosowanie terapii manualnej. Wszystkich pacjentów z omawianą dolegliwością należy zachęcać do wykonywania ćwiczeń fizycznych, przy czym powinny być one nadzorowane przez specjalistę, dopasowane do potrzeb grupy, a także stanowić kombinację ćwiczeń wykonywanych w grupie oraz w warunkach domowych. SIGN zaleca także w postępowaniu terapeutycznym wzięcie pod uwagę przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej. W wybranych przypadkach przewlekłego bólu grzbietu lub choroby zwyrodnieniowej, w celu krótkotrwałego złagodzenia bólu, można rozważyć zastosowanie akupunktury.

Ponadto warto podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi SIGN (2013), w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Nawet w obrębie jednej jednostki chorobowej, potrzeby rehabilitacyjne pacjentów różnią się znacznie, dlatego terapia rehabilitacyjna powinna być zindywidualizowana i prowadzona w oparciu o indywidualny plan interwencji, określający cele, typ, częstotliwość i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb oraz możliwości chorych. Pacjenci

powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010).

Niewątpliwie według ekspertów naukowych ważnym elementem programu zdrowotnego powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas wykonywania zwykłych czynności codziennych. Należy skupić się na eliminowaniu czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości chorób układu ruchu i rozwijaniu przydatnych strategii ruchowych (PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017).

W bólu ostrym kręgosłupa zaleca się zapewnienie komfortu, edukację (w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej) oraz farmakoterapię (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017). Z kolei w bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną oraz masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017). Ponadto niektóre rekomendacje wskazują, że terapia manualna kręgosłupa (spinal manipulative therapy; SMT) może być brana pod uwagę w leczeniu bólu i wpływać na poprawę funkcjonalną u pacjentów z ostrym lub przewlekłym bólem krzyża (NASS 2020, ICSI 2018, ACP 2017).

Ponadto zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględniać ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty i poddane leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny⁴⁶.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów zawartymi w dokumencie Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.⁴⁷: należy kontynuować wdrażanie programów

⁴⁶ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].

profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitacja. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Celem działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. Istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się, powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń. Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m.in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim Internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Zgodnie z rekomendacjami ekspertów zawartymi w aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych⁴⁸, w obszarze rehabilitacji leczniczej należy m.in.:

- obejmować rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio objęci opieką w tym zakresie,

⁴⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

⁴⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy... op. cit.

- dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych, w celu wspomaganie procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności (w celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów),
- ograniczyć liczbę zabiegów fizykoterapii i popularyzować kinezyterapię,
- rozpowszechnić rehabilitację w warunkach domowych,
- należy rozpowszechnić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- należy rozpowszechnić telerehabilitację (ćwiczenia wykonywane przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy), szczególnie w odniesieniu do pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń.

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 obowiązującego prawa, w tym o rodzajach dokumentacji medycznej i sposobach jej przetwarzania oraz 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 w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach program pacjent:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

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 polityki zdrowotnej (I kwartał 2026);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (II kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (II kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (II kwartał 2026 – IV kwartał 2027);
 - akcja informacyjna,
 - wizyty fizjoterapeutyczne,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne,
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;

- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028).

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

Koordynatorem programu będzie Wójt Gminy Dębica Kaszubska. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej fizjoterapeuty na terenie Gminy Dębica Kaszubska,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2025 r. poz. 450 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, a także zapewnienie realizacji świadczeń zdrowotnych (zabiegi fizjoterapeutyczne) zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.] – w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów i masażyстів,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

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. 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 4). Ponadto realizator będzie przekazywał

koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie 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, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
- liczba osób zakwalifikowanych do programu
- liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych
- liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji

2) Ocena jakości świadczeń w programie na podstawie:

- wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 4)
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników efektywności:

- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami,
- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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

Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 1 380 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 550 (+/- 10pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający 10 dni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono po zaokrągleniu na 2,18 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w powiecie słupskim w województwie pomorskim (5 podmiotów) tj. 1,74 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 25%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano po zaokrągleniu na 1 200 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 550 punktów (550 pkt. x 2,18 zł = 1 199 zł), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II. Będzie to 10-dniowy cykl, średnio po ok. 4-5 zabiegów dziennie. Koszt wizyty fizjoterapeutycznej, obejmującej zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacji, oszacowano na 120 zł, natomiast koszt działań edukacyjnych na 60 zł (na podstawie badania rynku lokalnych podmiotów świadczących tego typu usługi).

Łączny koszt jednostkowy udziału w programie, obejmujący wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualny plan rehabilitacji oraz działania edukacyjne, oszacowano na 1 380 zł. Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, a także chęć objęcia programem jak największej liczby mieszkańców z populacji docelowej, gmina dofinansuje uczestnikom 50% kosztów udziału w programie tj. max. 690 zł (pozostałe 50% kosztów tj. 690 zł będzie finansowane przez uczestnika programu).

1. Koszty jednostkowe

Tab. IV. Koszty jednostkowe w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Cena (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%), w tym:	690,00

1. Wizyta fizjoterapeutyczna	60,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	600,00
3. Działania edukacyjne	30,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%), w tym:	690,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna	60,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	600,00
3. Działania edukacyjne	30,00

2. Koszty całkowite

Tab. V. Koszty programu w podziale na poszczególne interwencje w latach 2026-2027

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Koszty ponoszone przez Gminę (50%):			
Wizyta fizjoterapeutyczna	290	60,00	17 400,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	290	600,00	174 000,00
Działania edukacyjne	290	30,00	8 700,00
Suma	290	690,00	200 100,00
Koszty ponoszone przez pacjenta (50%):			
Wizyta fizjoterapeutyczna	290	60,00	17 400,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny	290	600,00	174 000,00
Działania edukacyjne	290	30,00	8 700,00
Suma	290	690,00	200 100,00
Koszty programu			400 200,00

Program zakłada również realizację ewaluacji i bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Dębica Kaszubska. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Dębica Kaszubska oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie gminy. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 200 100 zł (100 050 zł w roku 2026 i 100 050 zł w roku 2027). Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych gminy Dębica Kaszubska (50%) oraz środków pacjentów (50%). Gmina bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Pomorski 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. 2025 poz. 1461 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. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.
2. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [<https://extranet.who.int/>].
3. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. PNN 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
4. Davidson J, Marian S. Falls. Rev Clin Gerontol 2007;17, s. 93-107.
5. Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>].
6. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [<https://www.spine.org/>].
7. Edbom-Kolarz A, Marcinkowski J.T. Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011, 46(3), s. 313-318.
8. Halik R, Seroka 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 Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2016 s. 244-262.
9. Injuries and violence. The facts. World Health Organization, Geneva 2024.
10. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [www.zus.pl].
11. Informator NFZ – Gdzie się leczyć [<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL>].
12. Informator NFZ o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
13. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
14. 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.
15. Kozubski W., Liberski P., Choroby układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2003.
16. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
17. Low Back Pain Guideline, 2017 [<https://www.ihe.ca/>].
18. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [<https://www.icsi.org/>].

19. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
20. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).
21. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Engl J Med* 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011).
22. Musculoskeletal health. The facts. World Health Organization, Geneva 2022.
23. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [<http://annals.org>].
24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
25. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
26. Obwieszczenie Wojewody Pomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022- 2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.5655].
27. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. [<https://bipold.aotm.gov.pl/>].
28. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
29. P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.
30. 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.
31. 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].
32. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

33. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review*; 19(3): 323–334.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
37. 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.
38. T. Żuk, A. Dziak, A. Gusta: Podstawy ortopedii i traumatologii. Warszawa: PZWL, 1980, s. 206-211.
39. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
40. 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.
41. Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 *The Lancet*, Volume 388, Issue 10053, s. 1545 - 1602
42. Wytoczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii <http://spartanska.pl/wytoczne-postepowania-rehabilitacyjnego/>.
43. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369.
44. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Oświadczam, że rozliczam podatek dochodowy od osób fizycznych w Urzędzie Skarbowym właściwym dla osoby zamieszkałej na terenie Gminy Dębica Kaszubska, ze wskazaniem Gminy Dębica Kaszubska jako miejsca zamieszkania, na potwierdzenie czego okażę do wglądu jeden z trzech niżej wymienionych dokumentów (właściwy zaznaczyć X):

- pierwsza strona PIT opatrzona prezentatą Urzędu Skarbowego (pieczętką wpływu) lub z potwierdzeniem jego złożenia
- pierwsza strona PIT wraz z Urzędowym Poświadczeniem Odbioru tego PIT (UPO)
- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

II. Zgoda na udział w Programie

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

.....
(data i podpis uczestnika Programu)

III. Kwalifikacja do Programu

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji Programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
<i>Działania edukacyjne</i>	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy o co najmniej 20% <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>Indywidualny plan rehabilitacji</i>	Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS przed rozpoczęciem rehabilitacji: Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS po zakończeniu rehabilitacji: Zmiana pozytywna w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	
Ewaluacja*	
odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami	
odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.	

* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

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

Załącznik 3

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
 - A) Witamina C
 - B) Błonnik
 - C) Wapń
 - D) Magnez

2. Jaka jest główna rola diety w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu?
 - A) Zwiększenie masy mięśniowej niezależnie od aktywności
 - B) Ograniczenie procesów zapalnych i wspomaganie regeneracji tkanek
 - C) Eliminacja konieczności leczenia farmakologicznego
 - D) Zastąpienie rehabilitacji

3. Jaką rolę odgrywa regularna aktywność fizyczna w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu?
 - A) Może być stosowana tylko po całkowitym ustąpieniu objawów
 - B) Zwiększa ryzyko nawrotu urazów
 - C) Wzmacnia mięśnie stabilizujące i poprawia zakres ruchu
 - D) Jest wskazana wyłącznie u osób młodych

4. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas pracy biurowej?
 - A) Co 2 godziny
 - B) Tylko po zakończeniu pracy
 - C) Co 30–60 minut
 - D) Raz dziennie

5. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
 - A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
 - B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
 - C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
 - D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy

6. Która metoda jest skuteczna w radzeniu sobie ze stresem w życiu zawodowym?
- A) Tłumienie emocji
 - B) Praca bez przerw
 - C) Techniki oddechowe, aktywność fizyczna i planowanie odpoczynku
 - D) Zwiększenie ilości obowiązków
7. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście ergonomii?
- A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
 - B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
 - C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
 - D) Utrzymywanie lekkiego skrętu tułowia podczas siedzenia
8. Który z poniższych nawyków stylu życia ma udowodniony wpływ na rozwój przewlekłych zespołów bólowych układu ruchu?
- A) Brak ekspozycji na światło słoneczne
 - B) Przewlekłe odwodnienie
 - C) Brak snu i przewlekły stres
 - D) Wszystkie powyższe
9. Profilaktyka wtórna chorób układu ruchu polega przede wszystkim na:
- A) Zapobieganiu pierwszemu zachorowaniu
 - B) Leczeniu wyłącznie operacyjnym
 - C) Zapobieganiu nawrotom choroby i pogłębianiu się dysfunkcji
 - D) Eliminacji aktywności fizycznej
10. Jakie działanie najlepiej zmniejsza ryzyko urazów podczas aktywności fizycznej?
- A) Pomijanie rozgrzewki
 - B) Intensywny trening bez przerw
 - C) Stopniowe zwiększanie obciążenia i prawidłowa technika
 - D) Trening tylko raz w miesiącu

SKIEROWANIE NA ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE W RAMACH PPZ

„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026-2027” (wzór)

Proszę o włączenie do programu Pacjenta:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

ROZPOZNANIE ICD 10 |.....|.....|

Adres zamieszkania:

.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów.....

.....

Proponowany rodzaj i liczba zabiegów.....

.....

Przeciwwskazania.....

.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza

Załącznikiem do dokumentu powinna być klauzula RODO stosowana w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, zgodnie z przepisami Rozporządzenia 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

Obowiązek informacyjny wynikający z RODO

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Dębica Kaszubska, ul. ks. Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębica Kaszubska.

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować pod adresem e-mail iod@debnicakaszubska.eu

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach związanych z zadaniami definiującymi konkurs ofert na realizację programu profilaktyki zdrowotnej zgodnie z zarządzeniem nr 78/2026 Wójta Gminy Dębica Kaszubska - zgodnie z art. 6 ust 1 lit. c) rozporządzenia 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 przesyłu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być: podmioty świadczące dla Administratora usługi pocztowe, prawne oraz inne organy publiczne, sądy i inni odbiorcy legitymujący się interesem prawnym w pozyskaniu danych osobowych.

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie przez okres przewidziany w Instrukcji kancelaryjnej, stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. W przypadku gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

zawarta w dniu w Dębnicy Kaszubskiej pomiędzy:

Gminą Dębница Kaszubska, ul. Księdza Antoniego Kani 16A, 76-248 Dębница Kaszubska

NIP: 8392192397, reprezentowaną przez:

Panią Iwonę Warkocką – Wójta Gminy Dębница Kaszubska - zwaną dalej „**Administratorem**”,

a

.....
.....

zwanym dalej „**Procesorem**”

zwanymi każdą z osobna w dalszej części umowy „Stroną”, a łącznie „Stronami”.

Zważywszy, że:

- Procesor w ramach współpracy będzie miał dostęp do danych osobowych (określić kategorię)
- Strony niniejszym postanawiają zawrzeć umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, o następującej treści:

§ 1. Oświadczenia Stron

1. Administrator powierza Procesorowi do przetwarzania dane osobowe, które zgromadził zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i przetwarza w zbiorze danych o nazwie „*Beneficjenci PPZ*”.

2. Procesor oświadcza, że dysponuje środkami umożliwiającymi prawidłowe przetwarzanie danych osobowych powierzonych przez Administratora, w zakresie i celu określonym umową.

3. Procesor oświadcza również, że osobom zatrudnionym przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych:

- nadane zostały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych;
- osoby te zostały zapoznane z przepisami o ochronie danych osobowych;
- osoby te zostały poinformowane o odpowiedzialności za ich nieprzestrzeganie;
- osoby te zobowiązały się do ich przestrzegania i do bezterminowego zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych i sposobów ich zabezpieczenia.

§ 2. Cel, zakres, miejsce przetwarzania powierzonych danych osobowych

1. Administrator powierza Procesorowi przetwarzanie danych osobowych zawartych

w zbiorze danych o nazwie „*Beneficjenci PPZ*” jedynie w celu prawidłowego rozliczenia dofinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia usługi realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębница Kaszubska na lata 2026-2027” oraz w celu przygotowania raportu końcowego z realizacji tego programu dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

2. Procesor zobowiązuje się do przetwarzania powierzonych danych osobowych wyłącznie w celach związanych z realizacją umowy i wyłącznie w zakresie, jaki jest niezbędny do realizacji tych celów.

3. Na wniosek Administratora lub osoby, której dane dotyczą, Procesor wskaże miejsca, w których przetwarza powierzone dane.

§ 3. Zasady przetwarzania danych osobowych

1. Strony zobowiązują się wykonywać zobowiązania wynikające z niniejszej umowy

z najwyższą starannością zawodową w celu zabezpieczenia prawnego, organizacyjnego i technicznego interesów stron w zakresie przetwarzania powierzonych danych osobowych.

2. Procesor zobowiązuje się zastosować środki techniczne i organizacyjne mające na celu należyte, odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, zabezpieczenie powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w szczególności zabezpieczyć je przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem przepisów prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

3. Procesor oświadcza, że zastosowane do przetwarzania powierzonych danych systemy informatyczne spełniają wymogi aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

4. Procesor przetwarza dane osobowe wyłącznie na udokumentowane polecenie Administratora.

5. Procesor, biorąc pod uwagę charakter przetwarzania, w miarę możliwości pomaga Administratorowi poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne wywiązać

się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw.

6. Procesor, uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomaga Administratorowi wywiązać się z obowiązków określonych w art. od 32 do 36 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

7. Procesor po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem zależnie od decyzji Administratora usuwa lub zwraca mu wszelkie dane osobowe oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że szczególnie przepisy prawa nakazują przechowywanie danych osobowych.

8. Procesor udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w niniejszej umowie oraz umożliwia Administratorowi lub audytorowi upoważnionemu przez Administratora przeprowadzanie audytów, w tym inspekcji, i przyczynia się do nich.

5. Procesor nie korzysta z usług innego podmiotu przetwarzającego bez uprzedniej szczegółowej lub ogólnej pisemnej zgody Administratora.

§ 4. Odpowiedzialność Stron

1. Administrator ponosi odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów prawa w zakresie przetwarzania i ochrony danych osobowych według rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1781 z późn. zm.)

2. Powyższe nie wyłącza odpowiedzialności Procesora za przetwarzanie powierzonych danych niezgodnie z umową.

3. Procesor odpowiada za szkody spowodowane przetwarzaniem, jeśli nie dopełnił obowiązków, które nakłada na niego niniejsza umowa, lub gdy działał poza zgodnymi

z prawem instrukcjami Administratora lub wbrew tym instrukcjom.

§ 5. Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy powinny być dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

3. W przypadku gdy niniejsza umowa odwołuje się do przepisów prawa, oznacza to również inne przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, a także wszelkie nowelizacje, jakie wejdą w życie po dniu zawarcia umowy, jak również akty prawne, które zastąpią wskazane ustawy i rozporządzenia.

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

5. Niniejsza umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych obowiązuje na czas trwania umowy na świadczenie przez Procesora usług na rzecz Administratora usług z zakresu realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Dębica Kaszubska na lata 2026-2027”

.....

Administrator danych

.....

Procesor

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 78/2026

Wójta Gminy Dębica Kaszubska

z dnia 22 maja 2026 r.

Regulamin pracy Komisji Konkursowej

Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Wójta Gminy Dębica Kaszubska zwana dalej „Komisją”, pracuje zgodnie z poniższym regulaminem:

§ 1. 1. Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów.

2. Pracami Komisji kieruje i posiedzenia prowadzi Przewodniczący Komisji. W przypadku nieobecności Przewodniczącego pracami Komisji kieruje Zastępca Przewodniczącego.

3. Posiedzenia Komisji są ważne, jeżeli w posiedzeniu uczestniczy co najmniej ½ jej składu osobowego.

4. Rozstrzygnięcia Komisji podejmowane są zwykłą większością głosów.

5. W przypadku równego rozkładu głosów, głos rozstrzygający należy do Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności – Zastępcy Przewodniczącego.

6. Z przebiegu posiedzeń Komisji sporządza się protokoły.

7. Protokoły, o których mowa w ust. 6 sporządza Sekretarz Komisji i przedkłada do podpisu wszystkim członkom Komisji obecnym na posiedzeniu.

8. Komisja może zasięgać opinii specjalistów z danej dziedziny medycyny w sprawach dotyczących przedmiotu konkursu.

§ 2. 1. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, jeżeli pozostaje w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa lub jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentem lub członkami organów zarządzających oferenta, oferent lub członkowie organów zarządzających oferenta pozostają wobec członka Komisji w stosunku nadrzędności służbowej, bądź pozostają z nim w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności członka Komisji.

2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 Wójt Gminy Dębica Kaszubska może uzupełnić skład Komisji i powołać do Komisji nowego członka.

§ 3. 1. W ramach swoich prac Komisja:

- a) stwierdza liczbę otrzymanych ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej,
- b) tworzy listę ofert złożonych po terminie,
- c) otwiera koperty z ofertami złożonymi w terminie i zapoznaje się z treścią każdej z nich.

2. Komisja dokonuje sprawdzenia ofert pod względem spełnienia wymogów formalnych.

3. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 6 punktu VIII Ogłoszenia o konkursie ofert i / lub niejasności co do treści oferty i / lub załączonych do oferty dokumentów, Komisja może wezwać oferenta do złożenia wyjaśnień – w wyznaczonym przez siebie terminie.

4. W przypadku braku złożenia wyjaśnień o których mowa w ust. 3 w wyznaczonym przez Komisję terminie, oferta zostaje odrzucona z przyczyn formalnych.

5. Komisja tworzy listę ofert spełniających wymogi formalne oraz listę ofert, które nie kwalifikują się do konkursu, wraz z podaniem przyczyny.

6. Wszystkie oferty zakwalifikowane do konkursu Komisja Konkursowa porównuje i ocenia.

7. Podstawowym kryterium wyboru oferty będzie łączna liczba punktów uzyskanych przez oferenta za koszt oraz za spełnienie dodatkowych kryteriów.

8. Przy wyborze oferty bierze się pod uwagę możliwość rzeczywistej realizacji przedmiotu konkursu w warunkach określonych przez oferenta.

9. Komisja przeprowadza dyskusję na temat każdej z ofert. Każdy z członków Komisji ma prawo do wypowiedzenia się.

10. Komisja przygotowuje propozycję wyboru oferty lub nie wybrania żadnej z ofert.

11. Swoje stanowisko Komisja przedstawia w protokole Wójtowi Gminy Dębica Kaszubska do zatwierdzenia.

12. W razie, gdy na konkurs ofert zostanie zgłoszona tylko jedna oferta, może zostać wybrana, jeśli spełnia ona wymagania określone w warunkach konkursowych.

§ 4. 1. Wójt Gminy Dębica Kaszubska dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia konkursu ofert, od którego nie przysługuje odwołanie lub zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert, w tym zamknięcia konkursu z uwagi na brak ofert spełniających wymogi formalne.

2. Komisja rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia lub zamknięcia konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1.

3. W sytuacjach nieprzewidzianych niniejszym regulaminem Komisja podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów zgodnie z § 1.