

AKCEPTUJĘ

.....

Województwo Mazowieckie

ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa,
tel. (22) 59-79-900, e-mail: zdrowie@mazovia.pl



Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19

Okres realizacji: 2021 r.

Program opracowano we współpracy
z Krajową Izbą Fizjoterapeutów

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

*Do programu wydana została Opinia Prezesa Agencja Oceny Technologii Medycznych
i Taryfikacji nr 24/2021 z dnia 23 kwietnia 2021 r.*

Warszawa, 2021 r.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Spis treści

Słowniczek.....	3
I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	5
I.1. Opis problemu zdrowotnego	5
I.2. Dane epidemiologiczne	5
I.3. Opis obecnego postępowania	8
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności programu	9
II.1. Cel główny.....	9
II.2. Cele szczegółowe	9
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	10
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
III.1. Populacja docelowa	13
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	13
III.3. Planowane interwencje	14
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	23
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	24
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	24
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	24
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	25
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	28
V.1. Monitorowanie	28
V.2. Ewaluacja	29
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	30
VI.1. Koszty jednostkowe	30
VI.2. Koszty całkowite	34
VI.3. Źródła finansowania.....	34
VII. Bibliografia.....	34
Załączniki.....	38
Załącznik A. Wzór sprawozdania rocznego/kwartalnego	38
Załącznik B. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu.....	40
Załącznik C. Wzór świadomej zgody na udział w programie.....	42
Załącznik D. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie.....	43

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Słowniczek

1RM – maksymalny ciężar, jaki może być podniesiony przez chorego, z zaangażowaniem określonej grupy mięśni.

6MWT - test 6-minutowego marszu.

30CST – 30-sekundowy test wstawania z krzesła.

ARDS - zespół ostrej niewydolności oddechowej

Fizjoterapeuta – osoba o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

HADS – Szpitalna Skala Depresji i Lęku.

ISWT – stopniowany, wahadłowy test chodu

Koszty bezpośrednie – koszty kwalifikowalne, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie – koszty kwalifikowalne, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w ramach programu. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki itp., amortyzacja, najem lub zakup aktywów, środków trwałych i wartości niematerialnych, koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną projektu, koszty sprzątnięcia pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości. Do kosztów pośrednich zaliczamy także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia – warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

Kryteria wyłączenia – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

MCDI – minimalna różnica istotna klinicznie (minimal clinically important difference).

MFIS – Zmodyfikowana Skala Wpływu Zmęczenia.

mMRC - zmodyfikowana skala MRC (0-4) do oceny duszności.

MRC – Clinical grading scale employed for functional assessments (0-10) – skala oceny funkcjonalnej.

OIT – Oddział Intensywnej Terapii.

Organizator – Województwo Mazowieckie.

Osoba bliska – osoba wskazana przez uczestnika programu jako bliska dla niego.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

POCHP – Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc.

Program – „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”, na 2021 r.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Szczegółowe warunki jakie powinien spełniać oferent zostaną zawarte w ogłoszeniu o konkursie.

SPPB - test sprawności fizycznej.

test marszowy; 6MST – 6-minutowy test na stepie.

Uczestnik – osoba spełniająca kryteria włączenia i bezpośrednio korzystająca z interwencji przewidzianych w programie.

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Koronawirusy należą do rodziny Coronaviridae i są szeroko rozpowszechnione u ludzi i innych ssaków. Można je podzielić na dwie grupy: o niskiej chorobotwórczości i o wysokiej patogenności. Pierwsza grupa powoduje infekcje górnych dróg oddechowych, prowadząc do łagodnych i umiarkowanych objawów podobnych do przeziębienia. Wysoce patogenne koronawirusy są przyczyną ciężkiego zapalenia płuc i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.¹ Do transmisji wirusa zwierzęcego dochodziło już w poprzednich latach, a w 2002 r. nastąpiła adaptacja wirusa do komórek ludzkich i szczep stał się wirulentny. Wirus SARS-CoV był przyczyną zakażenia urzęsionych komórek górnych i dolnych dróg oddechowych.² W grudniu 2019 r. w populacji ludzi pojawił się nowy koronawirus 2019-nCoV, który stał się przyczyną pandemii. Pierwsze zachorowania opisali Huang i wsp., przedstawiając raport dotyczący 41 pacjentów hospitalizowanych w mieście Wuhan, w prowincji Hubei w Chinach, przyjętych w grudniu 2019 r. Wśród pacjentów odnotowano przypadki zapalenia płuc spowodowane przez nowego koronawirusa 2019 (2019-nCoV). Obraz kliniczny choroby bardzo przypominał SARS-CoV. Mediana wieku leczonych pacjentów wynosiła 49 lat. Wśród chorych nie odnotowano dzieci i młodzieży. Mniej niż połowa leczonych osób miała choroby współistniejące (cukrzycę, nadciśnienie tętnicze i choroby sercowo-naczyniowe).³ Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała oficjalną nazwę choroby wywołanej przez nowego koronawirusa 2019-nCoV (SARS-CoV-2), którą jest COVID-19.⁴

W patofizjologii zakażenia znaczenie mają czynniki wirusowe i odpowiedź immunologiczna gospodarza. Podczas procesu chorobowego dochodzi do obrzęku tkanki płucnej i napływu komórek zapalnych. Występuje złuszczenie nabłonka pęcherzykowego, niszczenie przegród pęcherzykowych i uszkodzenie śródbłonka naczyń płucnych. Te zmiany mogą prowadzić do łagodnych zaburzeń czynnościowych, jak również do ciężkiej niewydolności oddechowej i śmierci pacjenta.⁵ Badania pacjentów, którzy zmarli w wyniku SARS oraz badania na modelach zwierzęcych wskazywały na rozregulowaną odpowiedź immunologiczną powodującą rozległe zapalenie i ciężką, śmiertelną chorobę.⁶

I.2. Dane epidemiologiczne

Koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) zainfekował ponad 53 miliony ludzi na całym świecie, a WHO odnotowała ponad 1,3 miliona zgonów na dzień 16 listopada 2020 r.

¹ „Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny”, A. Welz, A. Brześ-Targowska, Farmacja Polska, ISSN 0014-8261, wyd. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne;

² „Ludzkie koronawirusy”, K. Pyrc, Post. Nauk Medycznych, s. 48-54, 2015 r.;

³ „Clinical Features of Patients Infected With 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*”, s. 497-506, 2020 r.;

⁴ WHO Global research on coronavirus disease (COVID-19). Dostęp online: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>, 19 stycznia 2021 r., g. 12:35;

⁵ „Bats and Coronaviruses. *Viruses*”, A. Banerjee, K. Kulcsar, V. Misra i in., MDPI, s. 1-10, 2019;

⁶ „Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny”, A. Welz, A. Brześ-Targowska, Farmacja Polska, ISSN 0014-8261, wyd. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Obecnie zarówno na Świecie, w Europie oraz w Polsce odnotowujemy każdego dnia coraz większą liczbę osób zakażonych.⁷

Większość chorych nie wymaga hospitalizacji. U około 13,8% odnotowuje się ciężki przebieg zakażenia, a 6,1% wymaga pobytu na OIT, z powodu zespołu ostrej niewydolności oddechowej - ARDS.⁸ Większość chorych przyjmowanych na OIT ma niewydolność wielonarządową, w tym ARDS (67%), ostre uszkodzenie nerek (29%), uszkodzenie serca (23%) i zaburzenia czynności wątroby (29%).⁹

Bazując na wcześniejszych doniesieniach na temat długofalowych skutków pobytu na OIT, związanej z ARDS należy wnioskować, że chorzy opuszczający szpitale (ozdrowieńcy) będą zmagali się z wieloma dolegliwościami, istotnie upośledzającymi ich codzienne funkcjonowanie i ograniczającymi ich aktywność w życiu społecznym i zawodowym. U chorych hospitalizowanych na OIT z powodu ARDS, wentylowanych mechanicznie obserwuje się znaczne pogorszenie funkcji płuc i ogólnej sprawności. Co istotne zmiany utrzymują się od kilku miesięcy do kilku lat i istotnie wpływają na jakość życia chorych.¹⁰

Należy podkreślić, że okres dwóch miesięcy po wypisie ze szpitala jest kluczowy w odzyskiwaniu utraconej sprawności.¹¹ Co istotne, dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują, że część chorych, którzy przebyli COVID-19 bez konieczności hospitalizacji również zgłasza dokuczliwe objawy, wpływające na ich codzienne funkcjonowanie i aktywność, w tym m.in. aktywność zawodową.¹² Obejmują one przede wszystkim: obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego, zmniejszenie siły mięśniowej, duszność i przewlekłe zmęczenie. Każdego dnia powiększa się liczba osób, które wyzdrowiały. Na podstawie statystyk publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 16 listopada 2020 r., liczba ozdowieńców w Polsce wynosi ponad 300 tysięcy.¹³ Ważne, aby tej grupie chorych zapewnić wsparcie systemowe, które pozwoli im na szybki powrót do pełni zdrowia i aktywności zawodowej, co może mieć istotne znaczenie w przeciwdziałaniu długofalowym negatywnym skutkom pandemii w obszarze życia społecznego i gospodarczego.

Stanowisko ekspertów dwóch największych towarzystw naukowych z zakresu leczenia chorób układu oddechowego: *American Thoracic Society (ATS)* oraz *European Respiratory Society (ERS)* wskazuje na ogromną potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki dla ozdowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, opierających się na wczesnej ocenie problemów i potrzeb

⁷ „Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. *Lancet*”, Alwan NA, Burgess RA, Ashworth A, i in., Vol 396, Oct. 31, 2020;

⁸ <https://covid19.who.int/>, dostęp: 19 stycznia 2021 r., g. 12:55;

⁹ „Clinical course and outcomes of critically ill with SARS-Cov-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study.” *Lancet Respir Med.* 2020 May, 8(5), s. 475-481;

¹⁰ „Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome”, Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D., i in. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 Feb 15;171(4), s.340-347;

¹¹ „Physical function trajectories in survivors of acute respiratory failure”, S. Gandotra, J. Lovato, D. Case, i in., *Am Thorac Soc.* 2019 Apr;16(4), s. 471-477;

¹² „Care Dependency in Non-Hospitalized Patients with COVID-19”, Vaes AW, Machado FVC, Meys R., *Clin Med.* 2020 Sep 12;9(9):2946;

¹³ Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus>, dostęp: 19 stycznia 2021 r. g. 13:15.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

zgłaszanych przez tę grupę pacjentów.¹⁴¹⁵ Ekspertki wskazują, że fizjoterapeuci jako specjaliści profesjonalnie zajmujący się oceną wydolności krążeniowo-oddechowej i sprawności chorych, mogą dokonywać stosownej oceny potrzeb w zakresie kontynuowania leczenia poprzez uczestniczenie w indywidualnie skonstruowanych programach fizjoterapii. Autorzy stanowiska ATS/ERS wskazują, że proponowane formy usprawniania powinny opierać się na sprawdzonych protokołach postępowania fizjoterapeutycznego, dedykowanych chorym z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (m.in. programy rehabilitacji pulmonologicznej stosowane u chorych z POChP). Programy te wymagają jednak modyfikacji, ze względu na złożoność problemów, z jakimi zmagają się osoby po przebyciu COVID-19. Ekspertki podkreślają również, że biorąc pod uwagę skalę problemu i ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu (m.in. do oceny wydolności fizycznej chorych) wskazane jest wykorzystywanie prostych narzędzi oceny, możliwych do zastosowania przez każdego fizjoterapeutę.¹⁶

Podobne stanowisko, wskazujące na potrzebę wczesnego włączenia chorych po przebyciu COVID-19 do programów rehabilitacji prezentują autorzy włoskiego konsensusu, powstałego w oparciu o metodę Delphi.¹⁷¹⁸ Konieczność zapewnienia opieki dla chorych po przebyciu COVID-19 podkreślają także eksperci WHO.¹⁹

Badania przeprowadzone wcześniej w populacji chorych po przebyciu ARDS (nie związanym z COVID-19) wskazują na wysoką skuteczność interwencji fizjoterapeutycznych w poprawie wydolności fizycznej i jakości życia chorych po pobyciu na OIT z powodu ARDS. Podobnie w przypadku pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, u których trening fizyczny i edukacja - wdrażane przez fizjoterapeutów jako element programów rehabilitacji pulmonologicznej charakteryzują się wysoką skutecznością.²⁰

Dotychczasowe doniesienia naukowe wskazują na występowanie wielu dokuczliwych objawów po przebyciu COVID-19, zarówno u osób, które były hospitalizowane, jak i tych chorujących w domu. Obejmują one m. in. zmęczenie, duszność, obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego, bóle stawowe, uczucie sztywności w klatce piersiowej i wiele innych objawów.²¹²² W literaturze fachowej i pozycjach popularno-naukowych coraz częściej pojawiają się takie określenia jak zespół post-COVID-19 i long-COVID-19. Brytyjski National Institute for Health and Care Excellence (NICE) wraz ze Scottish

¹⁴ „Report of an ad-hoc international task force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after the acute hospital setting) in COVID-19 survivors”, Spruit MA, Holland AE, Singh SJ. i in.;

¹⁵ „COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force”, Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, i in., Eur Respir J 2020; in press;

¹⁶ Jw.;

¹⁷ „Italian suggestions for pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients recovering from acute respiratory failure: results of a Delphi proces”, M. Vitacca, M. Lazzeri, E. Guffanti, i in., Monaldi Arch Chest Dis. 2020;90(2);

¹⁸ „COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three”, M. Polastri, S. Nava, E. Clini, Eur Respir J. 2020;55(6).

¹⁹ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52035/NMHMCOVID19200010_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y, dostęp: 19 stycznia 2021 r., g. 13:45;

<https://kif.info.pl/rosnaca-rola-fizjoterapii-w-obliczu-epidemii-covid-19/>, dostęp: 19 stycznia 2021 r., g. 13:50.

²⁰ „An official ATS/ERS statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation”, Spruit MA, Singh SJ, Garvey C., Am J Respir Crit Care Med. 2013 Oct 15;188(8):13-64;

²¹ Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. Carfi et al. JAMA. 2020;324(6):603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603;

²² Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? Yvonne MJ Goertz et al. ERS Open Res. 2020; 6:00542-2020;

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Intercollegiate Guidelines Network oraz The Royal College of General Practitioners definiują zespół post-COVID-19 jako dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają powyżej 12 tygodni i nie wynikają z innego rozpoznania. Z kolei long-COVID-19 to zjawisko występowania objawów związanych z zakażeniem SARS-CoV-2 przez ponad 3–4 tyg.^{23,24} Szacuje się, że problem long-COVID-19 dotyczy 10-20% osób, które chorowały na COVID-19.^{25,26,27,28}

Co istotne, przedłużające się objawy po przebyciu COVID-19 to nie tylko problemy zdrowotne, ale także społeczne i gospodarcze.²⁹ Dlatego tak ważne jest, aby tej grupie chorych zapewnić wsparcie systemowe, które pozwoli im na szybki powrót do pełni zdrowia, aktywności społecznej i zawodowej, co może mieć istotne znaczenie w przeciwdziałaniu długofalowym negatywnym skutkom pandemii w obszarze życia społecznego i gospodarczego.

W projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 wskazuje się, że niewątpliwym wyzwaniem dla zdrowia publicznego – zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej jak również w Europie i na świecie – jest pandemia COVID-19.

I.3. Opis obecnego postępowania

Obecnie w Polsce realizowany jest „Program pilotażowy w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19”.³⁰ Celem programu pilotażowego jest przetestowanie programu rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, ukierunkowanego na remisję tej choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego, a także ocena jego efektywności organizacyjnej i klinicznej. Program pilotażowy jest realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II. Program obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizowane według modeli fizjoterapii oddechowej po przeprowadzeniu kwalifikacji do nich.

W związku z tym, że program pilotażowy realizowany jest tylko przez jeden podmiot, a jego zakres dotyczy wyłącznie świadczeń rehabilitacji realizowanej w warunkach stacjonarnych a nie ambulatoryjnych i domowych, które są przedmiotem niniejszego programu polityki zdrowotnej,

²³ „NICE: COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19.” NICE guideline [NG188]. data publikacji na stronie 18.12.2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>;

²⁴ „Następstwa zdrowotne COVID-19 i nowe warianty SARS-CoV-2”. Rymer W. Med. Prakt., 2021; 1: 97–103;

²⁵ „Long-COVID”: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19”. Mandal S., Barnett J., Brill S.E. i wsp. ARC Study Group. Thorax, 2020. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215818;

²⁶ „Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services”. Ladds et al. BMC Health Services Research (2020) 20:1144 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>;

²⁷ „Why the Patient-Made Term ‘Long Covid’ is needed [version 1; peer review: awaiting peer review]”. Perego E, Callard F, Stras L et al. Wellcome Open Res. 2020;5(224);

²⁸ „Care dependency in non-hospitalized patients with COVID-19”. Vaes AW, Machado FV, Meys R et al. J Clin Med. 2020;9(9):2946;

²⁹ „Why rehabilitation must have priority during and after the COVID-19 pandemic: a position statement of the global rehabilitation alliance”. Gutenbrunner C et al. J Rehabil Med 2020; 52: jrm00081;

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

zasadnym jest wdrożenie programu dedykowanego grupie pacjentów, którzy przeszli zakażenie wirusem SARS-COV-2 realizowanych w warunkach **ambulatoryjnych i domowych**.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności programu

II.1. Cel główny

Celem głównym jest uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie w okresie jego realizacji.

II.2. Cele szczegółowe

1. Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie.
2. Zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono duszności.
3. Zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie.
4. Zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju.
5. Poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% osób uczestniczących w programie.
6. Zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19 u co najmniej 75% uczestników programu.

Testy, którymi mierzone będą cele wskazane w pkt 1-5 opisane są w podrozdziale *III.3 Planowane interwencje Interwencja terapeutyczna*. Każdy test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test).

Termin „poprawa” rozumiany jest jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym uczestnika programu, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCDI). Aby osiągnąć każdy z celów szczegółowych konieczna jest poprawa stanu funkcjonalnego uczestnika nie mniejsza niż MCDI.

MCDI dla poszczególnych skal wynosi:

1. mMRC redukcja punktowa o 0,5-1,³¹
2. Skala Borga: 1,³²

³¹ „Minimal clinically important difference and predictive validity of the mMRC and mBorg in acute exacerbations of COPD”. European Respiratory Journal 2017 50: Araújo Oliveira AL, Andrade L, Marques A. PA4705; DOI: 10.1183/1393003.congress-2017.PA4705;

³² Ries AL. Minimally clinically important difference for the UCSD Shortness of Breath Questionnaire, Borg Scale, and Visual Analog Scale. COPD 2005 Mar;2(1):105-10. doi: 10.1081/copd-200050655.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

3. mFIS – redukcja punktowa o 3,86-8,11,³³
4. HADS - redukcja punktowa o 2 w każdej z kategorii,³⁴
5. SPPB – wzrost liczby punktów > 1,³⁵
6. 6MWT – wydłużenie dystansu o 14-35,5 m,³⁶
7. ISWT: 47,5 m,³⁷
8. 6MST: 20 kroków,³⁸
9. 30 CST: ≥ powtórzenia.³⁹

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Wskaźnik nr 1 - iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na ich obszar aktywności i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (dotyczy celu głównego). Wartość docelowa miernika nr 1: minimum 70%.

Wskaźnik nr 1 = (liczba osób, u których wystąpiła poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na ich obszar aktywności / liczba osób korzystających z programu) x 100%

Poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu stanowi różnicę w wynikach testów pomiędzy wizytą wstępną a końcową w zakresie: tolerancji wysiłku fizycznego, natężenia występowania duszności, natężenia występowania przewlekłego zmęczenia, natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju i poprawy sprawności fizycznej. Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 2 - iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (dotyczy celu szczegółowego nr 1). Wartość docelowa miernika nr 2: minimum 70%.

Wskaźnik nr 2 = (liczba osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego / liczba osób korzystających z programu) x 100%

³³ „Minimally important difference of the fatigue severity scale and modified fatigue impact scale in people with multiple sclerosis”. Rooney S, McFadyen A, Wood L Clinical Trial, <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.07.028>

³⁴ „The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Bronchiectasis: Response to pulmonary rehabilitation (PR) and Minimum Clinically Important Difference (MCID)”. European Respiratory Journal 2019 54: PA3407; Wynne S, Patel S, Barker RE et al. DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA3407

³⁵ „Functional capacity assessment and Minimal Clinically Important Difference in post-acute cardiac patients: the role of Short Physical Performance Battery”. Eur J Prev Cardiol. 2021 Apr 12; Rinaldo L, Caligari M et al. zwab044. doi: 10.1093/eurjpc/zwab044

³⁶ „Minimal clinically important difference for change in 6-minute walk test distance of adults with pathology: a systematic review”. Eval Clin Pract 2017 Apr;23(2):377-381. Bohannon RW, Crouch R. doi: 10.1111/jep.12629. Epub 2016 Sep 4.

³⁷ Singh SJ, Jones PW, Evans R et al. Minimum clinically important improvement for the incremental shuttle walking test. Thorax 2008;63:775-777. doi:10.1136/thx.2007.081208

³⁸ Pichon R, Couturoud F et al. Responsiveness and Minimally Important Difference of the 6-Minute Stepper Test in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Respiration 2016;91:367-373, <https://doi.org/10.1159/000446517>

³⁹ 4. Zanini A, Crisafulli E et al. Minimum Clinically Important Difference in 30-s Sit-to-Stand Test After Pulmonary Rehabilitation in Subjects With COPD. Respiratory Care October 2019, 64 (10) 1261-1269; DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.06694>

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 3 – iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono duszności (dotyczy celu szczegółowego nr 2).

Wartość docelowa miernika nr 3: minimum 50%.

Wskaźnik nr 3 = (liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu / liczba osób, u których stwierdzono duszności) x 100%

Test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 50%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 4 – iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie (dotyczy celu szczegółowego nr 3).

Wartość docelowa miernika nr 4: minimum 50%.

Wskaźnik nr 4 = (liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu / liczba osób, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie) x 100%

Test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 50%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 5 – iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju (dotyczy celu szczegółowego nr 4).

Wartość docelowa miernika nr 5: minimum 50%.

Wskaźnik nr 5 = (liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu / liczba osób, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju) x 100%

Test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test). Osiągnięcie zaplanowanej wartości

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

miernika na poziomie minimum 50%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 6 – liczba osób, u których wystąpiła poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (dotyczy celu szczegółowego nr 5).

Wartość docelowa miernika nr 6: minimum 50%.

Wskaźnik nr 6 = (liczba osób, u których wystąpiła poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu / liczba osób korzystających z programu) x 100%

Test wykonywany będzie dwukrotnie – w momencie wejścia do programu oraz po przeprowadzeniu interwencji wskazanych w programie (pre-test – post-test). Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 50%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Wskaźnik nr 7 – iloraz liczby osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 i liczby osób, które skorzystały z edukacji zdrowotnej (dotyczy celu szczegółowego nr 6).

Wartość docelowa miernika nr 7: minimum 75%.

Wskaźnik nr 7 = (liczba osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 / liczba osób, które skorzystały z edukacji zdrowotnej) x 100%

Osiągnięcie wskaźnika będzie zależne m. in. od treści informacji przekazywanych przez osoby edukujące, na co realizatorzy mogą mieć wpływ. Badanie wiedzy u każdego uczestnika zostanie przeprowadzone dwukrotnie: przed rozpoczęciem zajęć edukacyjnych (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test). Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 75%, pozwoli ocenić skuteczność działań podejmowanych przez realizatorów.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

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

III.1. Populacja docelowa

Do programu zostaną włączone osoby z województwa mazowieckiego, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w podrozdziale III.2. *Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.*

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

Osoby z populacji docelowej będą mogły uzyskać wiedzę o możliwości aplikowania do programu w ramach działań informacyjno-promocyjnych prowadzonych przez realizatora programu. Osoby zainteresowane udziałem w programie będą same zgłaszać się do realizatora w celu aplikowania do programu. Celem działań informacyjno-promocyjnych jest poinformowanie jak największej liczby osób z populacji docelowej o możliwości uczestnictwa w programie.

Informacja o programie będzie zamieszczona m.in. w mediach społecznościowych (np. Facebook - fanpage Zdrowe Mazowsze), na stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego, które nie generują dodatkowych kosztów oraz po wyłonieniu Realizatorów na ich stronach internetowych.

Celem przeprowadzenia kwalifikacji do udziału w programie jest zweryfikowanie przez realizatora czy osoba aplikująca spełnia wszystkie kryteria włączenia do programu. Tylko osoby, które jednocześnie spełniają wszystkie kryteria włączenia mogą otrzymać świadczenia w ramach programu.

Zgodnie z danymi dostępnymi na dzień 18 stycznia 2021 r.⁴⁰ liczba ozdowieńców w Polsce wynosi 1 187 719 osób. Zgodnie z przedstawioną epidemiologią szacuje się, że problem long-COVID-19 dotyczy 10-20% osób, które chorowały na COVID-19. Biorąc pod uwagę powyższe dane, możemy oszacować, że w województwie mazowieckim liczba ozdowieńców wynosi 168 823 osoby, a więc liczba osób z problemem long-COVID-19 to ok. 33 765. Jest to populacja docelowa, która może ubiegać się o udział w programie.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

Do programu mogą być zakwalifikowane osoby, które w momencie aplikacji do programu spełniają łącznie następujące kryteria wskazane w pkt. od 1-5:

- 1) osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia do programu, musi mieć ukończone 18 lat;
- 2) osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia do programu musi:
 - a) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego (tj. musi być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego⁴¹);

⁴⁰ <https://koronawirusunas.pl/>, dostęp: 18 stycznia 2021 r., g. 14:15.

⁴¹ Weryfikacja na podstawie oświadczenia – druk zgodny z załącznikiem A. W przypadku wystąpienia wątpliwości realizatora w tym zakresie, weryfikacja może nastąpić na podstawie dokumentu przedstawionego do wglądu realizatorowi (np. dowód osobisty,

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- b) udzielić świadomej zgody na udział w programie;
- c) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Weryfikacja kryteriów z pkt 2 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku C do programu.

Dodatkowe kryterium medyczne i kliniczne, weryfikowane podczas kwalifikacji do programu:

- 3) osoba aplikująca do programu przebyła COVID-19 – warunek potwierdzony testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzony zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09;
- 4) u osoby aplikującej do programu występuje przedłużający się objawowy COVID-19 - dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.

Kwalifikację do programu przeprowadzi fizjoterapeuta.

Kryteria szczegółowe kwalifikacji do poszczególnych form opisane są w rozdziale III.3

Kryteria wyłączenia z udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik jest wykluczany z udziału w programie w przypadku, gdy:

- niespełnienia któregoś z wyżej wymienionych kryteriów włączenia;
- występują u niego przeciwwskazania medyczne do wykonywania aktywności zaplanowanej w programie;
- osoba była już uczestnikiem programu i zostały jej udzielone wszystkie interwencje w nim przewidziane (Osoba może zostać ponownie przyjęta do programu tylko w przypadku ponownego zakażenia potwierzonego kolejnym testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierzonego kolejnym zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09; oraz występuje u niej przedłużający się objawowy COVID-19 - dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.).

III.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie interwencji:

1. edukacyjnej;
2. terapeutycznej:
 - 1) dla chorych hospitalizowanych:

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony;
 - b) fizjoterapia domowa:
 - program rozszerzony
- 2) dla chorych przebywających w domu:
- a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony
 - b) fizjoterapia domowa:
 - program rozszerzony

Interwencja edukacyjna

Edukacja zdrowotna realizowana będzie zarówno dla chorych hospitalizowanych jak i chorych przebywających w domu. Zajęcia odbywają się w formie indywidualnej. Dopuszcza się możliwość prowadzenia interwencji edukacyjnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Celem edukacji pacjenta jest zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Edukacja powinna obejmować poniższe zagadnienia:

1. Czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie? (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej),
2. Czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie radzić z tym objawem? (zasady postępowania nefarmakologicznego),
3. Jak planować aktywność fizyczną? (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość).

U chorych, u których występują inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OIT program edukacji należy poszerzyć o dodatkowe zagadnienia związane z problemami zgłaszanymi przez chorych.

Edukacja zdrowotna składa się z:

- a.) *badania wiedzy, w formie pre-testu,*

sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z zakresu samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Podczas badania zostanie użyte narzędzie stworzone przez realizatora programu. Badanie ma za zadanie sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu z ww. zakresu, przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej.

b.) *edukacji zdrowotnej;*

c.) *ponownego badania wiedzy, w formie post-testu,*

sprawdzającego poziom wiedzy uczestników z zakresu samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. W ramach post-testu zostanie użyte to samo narzędzie, co podczas pre-testu. Zostanie wykonane po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej. O wzroście poziomu wiedzy świadczy wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej w post-teście w porównaniu do pre-testu.

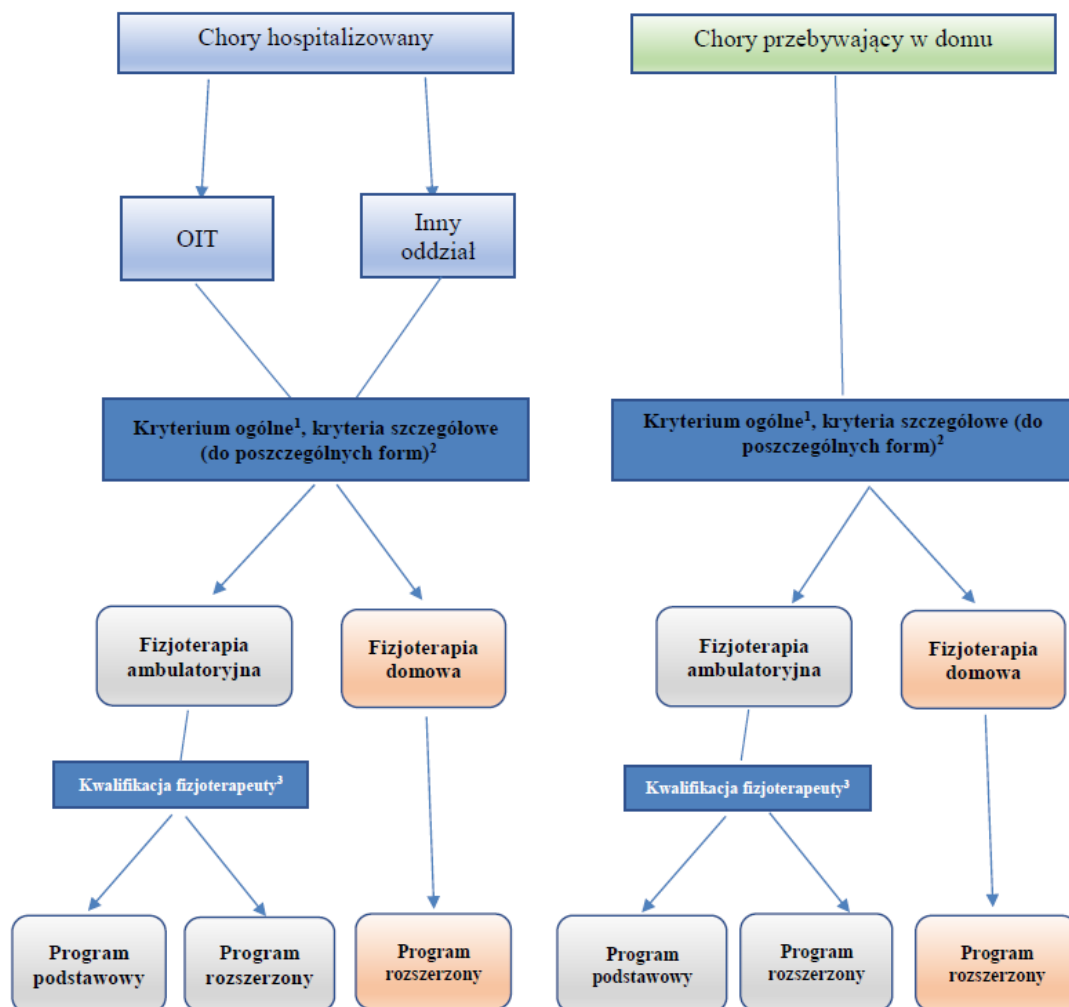
Na etapie konkursu, realizator przedstawi kwestionariusz ankietowy, którym będzie badał wiedzę uczestników programu z ww. zakresu. Test zawierał będzie co najmniej 10 pytań jednokrotnego wyboru.

Zajęcia edukacyjne przeprowadzi fizjoterapeuta w trakcie wizyty terapeutycznej. Koszt interwencji edukacyjnej wliczony jest w koszt wizyty terapeutycznej.

Interwencja edukacyjna może być rozszerzona dla osób bliskich uczestnika programu. W takim przypadku koszt interwencji edukacyjnej nie ulega zmianie.

Interwencja terapeutyczna

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.



¹Kryterium ogólne (zarówno chorzy hospitalizowani i niehospitalizowani): w skali duszności mMRC (Modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4).

²Kryterium szczegółowe dla poszczególnych form: kwalifikacja do fizjoterapii domowej – 3-9 w ocenie funkcjonalnej (MRC clinical grading scale, 0-10).

³Kryteria włączenia do programu podstawowego lub rozszerzonego:

- Program podstawowy:
Kryterium włączenia: nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego (ocena wstępna), w skali mMRC = 1,
- Program rozszerzony:
Kryterium włączenia: pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego (ocena wstępna), w skali mMRC ≥ 2 .

Do programu mogą zostać zakwalifikowane wyłącznie osoby, u których, występuje przedłużający się objawy COVID-19 - dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania. Przebycie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 potwierdzone będzie

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzone zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09.

Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki ambulatoryjne

Dodatkowe warunki:

- Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się po co najmniej 4 tygodniach występowania dolegliwości i objawów, które występują po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, potwierdzonym testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzonym zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09;
- Klincznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów- w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4).

Zakres świadczeń:

- Realizacja **programu podstawowego** dla pacjentów, u których występuje nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik = 1, obejmuje:
 - 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
 - 2) wizytę terapeutyczną,
 - 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzoną po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.
- Realizacja **programu rozszerzonego** dla pacjentów, u których występuje pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0-4), obejmuje:
 - 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
 - 2) wizytę terapeutyczną – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni,
 - 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje:
 - 1) Badanie podmiotowe:
 - a) wywiad w zakresie występowania:
 - chorób współistniejących,

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- przeciwwskazań do fizjoterapii;
 - b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym:
 - duszności – zmodyfikowana skala Borga [0-10], mMRC (0-4),
 - zmęczenia – MFIS,
 - lęku, zaburzeń nastroju – HADS;
 - 2) Badanie przedmiotowe:
 - a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów,
 - b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny),
 - c) badanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) pulsoksymetria,
 - e) analizę badań dodatkowych (jeśli są dostępne): spirometria, RTG klatki piersiowej, wyniki badania krwi,
 - f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych.
 - 3) Ocenę sprawności fizycznej (SPPB),
 - 4) Analizę zebranych informacji,
 - 5) Określenie programu fizjoterapii.
2. Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta.

Ambulatorium – wizyta terapeutyczna

Procedury podstawowe:

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.13 Usprawnianie czynne z oporem

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym

93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym

93.3603 Trening stacyjny

93.3604 Trening marszowy

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną

Procedury dodatkowe (fakultatywnie)

93.18 Usprawnianie układu oddechowego

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem

93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania

93.1901 Ćwiczenia równoważne

93.1904 Ćwiczenia samoobsługi

93.3605 Trening marszowy z przyborami

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje:

- 1) ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC; zmęczenie – MFIS; lęk, depresja – HADS),
- 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych,
- 3) ocenę sprawności fizycznej (SPPB),
- 4) analizę zebranych informacji,
- 5) zalecenia.

Sprzęt i aparatura medyczna:

- 1) pulsoksymetr napalcowy,
- 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku),
- 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- 4) stoper,
- 5) korytarz o długości min. 30 m lub step (wysokość nie mniej niż 20 cm),
- 6) sprzęt do treningu o zmiennym oporze,
- 7) cykloergometr.

Personel:

Świadczenia udzielane będą przez fizjoterapeutę. W zadeklarowanym czasie pracy gabinetu wymagane jest zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty (dotyczy programu w warunkach ambulatoryjnych i domowych).

Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki domowe

Dodatkowe warunki:

- Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się po co najmniej 4 tygodniach występowania dolegliwości i objawów, które występują po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, potwierdzonym testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzonym zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09;
- Klinikznymi kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem są:
 - 1) 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10)
 - 2) duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0-4), lub
 - 3) zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. ICU- Acquired Weakness)

Zakres świadczeń:

Realizacja programu obejmuje:

- 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- 2) wizyty terapeutyczne – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni,
- 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje:
 - 1) Badanie podmiotowe:
 - a) wywiad w zakresie występowania:
 - chorób współistniejących,
 - przeciwwskazań do fizjoterapii;
 - b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym:
 - duszności – zmodyfikowana Skala Borga [0-10], mMRC,
 - zmęczenia – MFIS,
 - lęku, zaburzeń nastroju – HADS;
 - 2) Badanie przedmiotowe:
 - a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów,
 - b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny),
 - c) badanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) pulsoksymetria,
 - e) analizę badań dodatkowych (jeśli są dostępne): spirometria, RTG klatki piersiowej, wyniki badania krwi,
 - f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych.
 - 3) Inne testy w zależności od stanu chorego (np. skala Barthel),
 - 4) Analiza zebranych informacji,
 - 5) Określenie programu fizjoterapii.
2. Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta.

Opieka domowa – wizyta terapeutyczna

Procedury podstawowe:

- 93.1901 Ćwiczenia równoważne
- 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne
- 93.13 Usprawnianie czynne z oporem
- 93.1904 Ćwiczenia samoobsługi
- 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
- 93.3807 Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath
- 93.3808 Metody neurofizjologiczne – PNF

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną.

Procedury dodatkowe (fakultatywnie):

93.18 Usprawnianie układu oddechowego

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem

93.1814 nauka kaszlu i odkrztuszania

93.22 Reedukacja chodu

93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje:

- 1) ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC; zmęczenie – MFIS; lęk, depresja – HADS),
- 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych,
- 3) analizę zebranych informacji,
- 4) zalecenia.

Sprzęt i aparatura medyczna:

Warunki wymagane:

- 1) pulsoksymetr napalcowy,
- 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku),
- 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- 4) stoper,
- 5) step (wysokość nie mniej niż 20 cm).

Przykłady ćwiczeń/treningów do wykonania

Trening aerobowy

W zależności od poziomu tolerancji wysiłku fizycznego trening ciągły lub interwałowy o intensywności określonej na podstawie wyników z badania wstępnego. O rodzaju treningu decyduje fizjoterapeuta.

Tabela nr 1 Trening aerobowy

	Trening wytrzymałościowy ciągły	Trening wytrzymałościowy interwałowy
Tryb	Ciągły	Interwałowy: <ul style="list-style-type: none"> • 30 sek. ćwiczeń, 30 sek. przerwy, • 20 sek. ćwiczeń, 40 sek. przerwy.
Intensywność	Początkowo niska lub umiarkowana*	Początkowo niska lub umiarkowana*

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

Czas trwania	Początkowo 10-12 min. przez pierwsze 3-4 sesje	Początkowo 12-15 min. przez pierwsze 3-4 sesje
Progresja	Wzrost intensywności o 5-10% (ocena tolerancji)	Wzrost intensywności o 5-10% (ocena tolerancji)
	Docelowy czas trwania 30 min.	Docelowy czas trwania 40 min. (włączając przerwy)
Postrzeżenie wysiłku	2-3 w skali Borga** początkowo, przy dobrej tolerancji możliwe zwiększenie intensywności	2- 3 w skali Borga** początkowo, przy dobrej tolerancji możliwe zwiększenie intensywności

*Ocena tolerancji poprzez kontrolę natlenienia (pulsoksymetr),

**Skala Borga 10-punktowa określająca intensywność odczuwanego wysiłku.

Trening oporowy

Trening oporowy dobrany indywidualnie dla pacjenta na podstawie jednostki RM oraz tolerancji wysiłku fizycznego pacjenta (ocena występowania desaturacji). Wskazany jest trening siłowo-wytrzymałościowy.

Tabela nr 2 Trening oporowy

	Siła	Siła, wytrzymałość	Wytrzymałość
Obciążenie	80-100% z 1RM	70-85% z 1RM	30-80% z 1RM
Objętość	1-3 serie po 1-8 powtórzeń	3 serie po 8-12 powtórzeń	1-3 serie po 20-30 powtórzeń
Odoczynek	2-3 min.	1-2 min.	1 min.
Progresja	2-10% wzrostu	60-70% z 1RM	----

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

Realizator zobowiązuje się zapewnić miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia spełniające wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Podczas wykonywania działań w ramach programu realizator będzie stawił dobro uczestnika jako wartość najwyższą.

Realizator zobowiązany jest do zapewnienia przeprowadzenia interwencji przewidzianych w programie przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego ich wykonania. Działania stosowane podczas programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu będzie zapewniona przez realizatora przez co najmniej 5 dni w tygodniu, w godz. 9.00 – 18.00, w tym co najmniej raz w tygodniu do godziny 20.00. Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

telefonicznej lub elektronicznej przez co najmniej 5 dni w tygodniu przez co najmniej 7 godzin dziennie.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w podrozdziale *III.3. Planowane interwencje* zgodnie ze wskazaniami medycznymi i klinicznymi oraz mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie, gdy wystąpi co najmniej jeden z poniższych warunków:

1. zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie;
2. zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w podrozdziale *III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej*;
3. uczestnik programu złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie.
4. zakończy się okres realizacji programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1. Wybór realizatorów w drodze konkursu.
2. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu.
3. Kwalifikacja uczestników do programu.
4. Przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie.
5. Rozliczenie finansowe programu.
6. Monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

Ad 1. Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26.

Realizatorami programu mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Szczegółowe warunki jakie powinien spełniać oferent zostaną zawarte w ogłoszeniu o konkursie.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

Ad 2. Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora i wskazanych w ofercie (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt).

Ad 3. Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikację uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w podrozdziale *III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.*

Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie. Kryteria szczegółowe kwalifikacji do poszczególnych form opisane są w rozdziale *III.3 Planowane interwencje.*

Ad 4. Program zakłada przeprowadzenie interwencji:

1. edukacyjnej;
2. terapeutycznej:
 - 1) dla chorych hospitalizowanych:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony;
 - b) fizjoterapia domowa
 - program rozszerzony
 - 2) dla chorych przebywających w domu:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony
 - b) fizjoterapia domowa
 - program rozszerzony

Szczegółowy opis poszczególnych interwencji znajduje się w rozdziale *III.3. Planowane interwencje.*

Ad 5. Z wybranymi realizatorami programu zostaną podpisane umowy, w których określone będą warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

Ad 6. W trakcie realizacji programu będzie prowadzony monitoring, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale *V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.*

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

z dnia

15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Każdy realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:

1. Realizator będzie wykonywał działania w ramach programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
2. Realizator zapewni uczestnikowi najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie programu.
3. Realizator będzie przeprowadzał działania programu, w taki sposób, aby jak najefektywniej wykorzystać czas przebywania uczestnika w placówce realizującej program.
4. Świadczenia w ramach programu są udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
5. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie nie wymaga skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika C, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnicy programu muszą zostać poinformowani o źródłach finansowania programu.
7. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń.
8. Do programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
9. Świadczenia programu będą przerywane, a uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, kiedy zaistnieje kryterium wyłączenia.
10. Sprzęt stosowany w programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty.
11. Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego realizatora.
12. Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki realizator zadeklarował na etapie konkursu na realizację programu.
13. Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może ponownie wziąć w nim udziału (Osoba może zostać ponownie przyjęta do programu tylko w przypadku ponownego zakażenia potwierdzonego kolejnym testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzonego zaświadczeniem od lekarza w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub jest kod ICD 10 - U07.1 lub U09; oraz występuje u niej przedłużający się objawy COVID-19 - dolegliwości i

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.

14. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, a ich administratorem będzie realizator programu.
15. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
16. Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.
17. Świadczenia udzielane będą przez personel medyczny opisany w programie.

Tabela 3 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	19 stycznia 2021 r.	19 stycznia 2021 r.
2.	Opracowanie projektu programu wraz z konsultacjami projektu programu	ZD	19 stycznia 2021 r.	16 lutego 2021 r.
3.	Zaakceptowanie projektu programu	ZWM	23 lutego 2021 r.	23 lutego 2021 r.
4.	Opiniowanie projektu programu	AOTMiT	23 lutego 2021 r.	23 kwietnia 2021 r.
5.	Aktualizowanie projektu programu	ZD	26 kwietnia 2021 r.	13 maja 2021 r.
6.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	13 maja 2021 r.	14 maja 2021 r.
7.	Uchwała o przyjęciu do realizacji PPZ	ZWM	18 maja 2021 r.	18 maja 2021 r.
8.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów programu	ZD	18 maja 2021 r.	18 maja 2021 r.
9.	Składanie ofert konkursowych	potencjalni realizatorzy	20 maja 2021 r.	4 czerwca 2021 r.
10.	Ocena formalna i merytoryczna	ZD	7 czerwca 2021 r.	25 czerwca 2021 r.
11.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	29 czerwca 2021 r.	29 czerwca 2021 r.
12.	Podpisywanie umów	ZD, realizatorzy	29 czerwca 2021 r.	10 lipca 2021 r.
13.	Realizacja programu polityki zdrowotnej	realizatorzy	24 czerwca 2021 r.	15 grudnia 2021 r.
14.	Przekazanie sprawozdania rocznego/końcowego z realizacji programu w 2021 r.	realizatorzy	1 stycznia 2022 r.	31 stycznia 2022 r.
15.	Ewaluacja programu – opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ	ZD	31 stycznia 2022 r.	30 kwietnia 2022 r.
16.	Zaakceptowanie raportu z ewaluacji programu przez ZWM	ZWM	4 maja 2022 r.	4 maja 2022 r.
17.	Przekazanie raportu z ewaluacji programu do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	4 maja 2022 r.	7 maja 2022 r.

Źródło: opracowanie własne

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.I. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- a) oceny zgłaszalności do programu,
- b) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- c) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, Realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdanie roczne z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik A;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnych ze wzorem stanowiącym załącznik B;
- 3) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu – wykorzystując do tego, stworzone przez realizatora narzędzie;
- 4) sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu.

Sprawozdanie roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne.

a) ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

1. imię i nazwisko uczestnika ubiegającego się o udział w programie;
2. dane kontaktowe do osoby ubiegającej się o udział w programie (sugeruje się zebranie takich danych jak: numer telefonu, adres korespondencyjny, adres e-mail).

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie sprawozdania rocznego zgodnego z załącznikiem A.

b) ocena jakości świadczeń w programie

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z załącznikiem B. Uczestnik programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi kwestionariusza zgodnego z załącznikiem B po udzieleniu uczestnikowi wszystkich świadczeń.

Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Poniżej przedstawiono wytyczne do sporządzenia analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu:

1. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:
 - 1) liczbę uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji uczestników programu;
 - 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji uczestników programu;
 - 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
 - 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
 - 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analiza wyników może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu.

Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

c) ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu - zgodnie z załącznikiem A. Wzór sprawozdania rocznego.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

V.2. Ewaluacja

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia, jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu, w całym okresie trwania programu.

Realizator przedkłada jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, w całym okresie trwania programu.

Realizator przedkłada jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu, w całym okresie trwania programu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Realizator przedkłada jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej, w całym okresie trwania programu.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Dla celów rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu stosuje się ceny jednostkowe wraz z 5% kosztów pośrednich:

- 1) za wizytę fizjoterapeutyczną w warunkach ambulatoryjnych - $70,21 \text{ zł} + 5\% = 73,72 \text{ zł}$.
- 2) za wizytę terapeutyczną w warunkach ambulatoryjnych - $99,17 \text{ zł} + 5\% = 104,13 \text{ zł}$.
- 3) za wizytę fizjoterapeutyczną w warunkach domowych – $95,13 \text{ zł} + 5\% = 99,89 \text{ zł}$.
- 4) za wizytę terapeutyczną w warunkach domowych – $132,94 \text{ zł} + 5\% = 139,59 \text{ zł}$.

Koszt interwencji edukacyjnej wliczony jest w koszt wizyty terapeutycznej.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

Maksymalny koszt uczestnictwa 1 osoby w danym wariantcie postępowania wynosi:

1. program podstawowy w warunkach ambulatoryjnych: $73,72 + 104,13 + 73,72 = 251,57 \text{ zł}$.
2. program rozszerzony w warunkach ambulatoryjnych: $73,72 + 18 \times 104,13 + 73,72 + 73,72 = 2\,095,50 \text{ zł}$.
3. program rozszerzony w warunkach domowych: $99,89 + 18 \times 139,59 + 99,89 + 99,89 = 2\,812,29 \text{ zł}$.

Poniżej została przedstawiona szczegółowa kalkulacja kosztów, która nie obejmuje kosztów pośrednich

I. OPK – gabinet, pracownia, zakład fizjoterapii – świadczenia w warunkach ambulatoryjnych

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

1. Koszty osobowe

Średnia płaca w sektorze przedsiębiorstw we wrześniu 2020 r. – 5371,56 zł brutto 1 etat – fizjoterapeuta – 1,05 x 5371,56 zł brutto – 5 640,13 zł brutto Koszty ponoszone przez pracodawcę z tytułu umowy o pracę – 21 %

$$\text{Stawka godzinowa} = \frac{\text{koszty wynagrodzeń z umów o pracę} + \text{koszty wynagrodzeń z umów cywilno-prawnych i kontraktów}}{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) / 160 \text{ godz.}}$$

$$\text{Stawka godzinowa} = \frac{5640,13 + (5640,13 \times 21\%)}{0,9 \times 160} = \frac{6824,55}{144} = 47,39$$

Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień

$$\text{Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień} = \frac{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) \times 160 \text{ godz.}}{\text{liczba osobodni}}$$

Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień dla wizyty terapeutycznej

$$= \frac{0,9 \times 160}{105} = 1,37$$

Średni czas pracy w godzinach przypadający dla wizyty fizjoterapeutycznej

$$= \frac{0,9 \times 160}{147} = 0,97$$

Koszt osobowy 1 osobodnia dla wizyty terapeutycznej = stawka godzinowa x średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień wizyty terapeutycznej

Koszt osobowy 1 osobodnia dla wizyty terapeutycznej = 47,39 x 1,37 = 64,92 zł

Koszt osobowy dla wizyty fizjoterapeutycznej = stawka godzinowa x średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 wizytę fizjoterapeutyczną

Koszt osobowy dla wizyty fizjoterapeutycznej = 47,39 x 0,97 = 45,96 zł

2. Koszty infrastruktury

Dla świadczeń prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych przyjęto średnie miesięczne koszty infrastruktury na poziomie 4000 zł/etat

$$\text{Koszty infrastruktury w przeliczeniu na 1 godzinę} = \frac{4000}{160} = 25 \text{ zł}$$

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

Koszty infrastruktury w przeliczeniu na średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień dla wizyty terapeutycznej = $25 \times 1,37 = 34,25$ zł

Koszty infrastruktury w przeliczeniu na średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 wizytę fizjoterapeutyczną = $25 \times 0,97 = 24,25$ zł

3. Koszt osobodnia

Osobodzień = (stawka godzinowa kategorii personelu x czas pracy na jeden osobodzień) + koszt infrastruktury na jeden osobodzień

Dla wizyty terapeutycznej = $47,39 \times 1,37 + 34,25 = 99,17$ zł

Dla wizyty fizjoterapeutycznej = $47,39 \times 0,97 + 24,25 = 70,21$ zł

4. Koszt świadczenia

Postępowanie krótkie = koszt wizyty fizjoterapeutycznej wstępnej + koszt wizyty terapeutycznej + koszt wizyty fizjoterapeutycznej końcowej.

Koszt świadczenia (program podstawowy w warunkach ambulatoryjnych) = $70,21 + 99,17 + 70,21 = 239,59$ zł

Postępowanie pełne = koszt wizyty fizjoterapeutycznej wstępnej + 18 x koszt wizyty terapeutycznej + koszt wizyty fizjoterapeutycznej końcowej + opcjonalnie dodatkowa wizyta fizjoterapeutyczna.

Koszt świadczenia (program rozszerzony w warunkach ambulatoryjnych) = $70,21 + 18 \times 99,17 + 70,21 + 70,21 = 1\,995,69$ zł

II. OPK – gabinet, pracownia, zakład fizjoterapii, praktyka zawodowa w miejscu wezwania – świadczenia w warunkach domowych.

1. Koszty osobowe

Średnia płaca w sektorze przedsiębiorstw we wrześniu 2020 r. – 5371,56 zł brutto 1 etat – fizjoterapeuta – $1,05 \times 5371,56$ zł brutto – 5640,13 brutto Koszty ponoszone przez pracodawcę z tytułu umowy o pracę – 21 %

Stawka godzinowa =
$$\frac{\text{koszty wynagrodzeń z umów o pracę} + \text{koszty wynagrodzeń z umów cywilno-prawnych i kontraktów}}{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) / 160 \text{ godz.}}$$

Stawka godzinowa = $\frac{5640,13 + (5640,13 \times 21\%)}{0,9 \times 160} = \frac{6824,55}{144} = 47,39$

Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień

Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień =
$$\frac{(0,9 \times \text{etaty z umów o pracę} + \text{etaty z umów cywilno-prawnych i kontraktów}) \times 160 \text{ godz.}}{\text{liczba osobodni}}$$

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

$$\begin{aligned} \text{Średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień dla wizyty terapeutycznej} \\ = \frac{0,9 \times 160}{68} = 2,11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Średni czas pracy w godzinach przypadający dla wizyty fizjoterapeutycznej} = \frac{0,9 \times 160}{95} = \\ 1,51 \end{aligned}$$

Koszt osobowy 1 osobodnia dla wizyty terapeutycznej = stawka godzinowa x średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień wizyty terapeutycznej.

Koszt osobowy 1 osobodnia dla wizyty terapeutycznej = 47,39 x 2,11 = 99,99 zł.

Koszt osobowy dla wizyty fizjoterapeutycznej = stawka godzinowa x średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 wizytę fizjoterapeutyczną.

Koszt osobowy 1 osobodnia dla wizyty terapeutycznej = 47,39 x 1,51 = 71,55 zł.

2. Koszty infrastruktury

Dla świadczeń prowadzonych w warunkach domowych przyjęto średnie miesięczne koszty infrastruktury na poziomie 2500 zł/etat

$$\text{Koszty infrastruktury w przeliczeniu na 1 godzinę} = \frac{2500}{160} = 15,62$$

Koszty infrastruktury w przeliczeniu na średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 osobodzień dla wizyty terapeutycznej = 15,62 x 2,11 = 32,95 zł.

Koszty infrastruktury w przeliczeniu na średni czas pracy w godzinach przypadający na 1 wizytę fizjoterapeutyczną = 15,62 x 1,51 = 23,58 zł.

3. Koszt osobodnia

Osobodzień = (stawka godzinowa kategorii personelu x czas pracy na jeden osobodzień) + koszt infrastruktury na jeden osobodzień

Dla wizyty terapeutycznej = 47,39 x 2,11 + 32,95 = 132,94 zł.

Dla wizyty fizjoterapeutycznej = 47,39 x 1,51 + 23,58 = 95,13 zł.

4. Koszt świadczenia

Postępowanie pełne = koszt wizyty fizjoterapeutycznej wstępnej + 18 x koszt wizyty terapeutycznej + koszt wizyty fizjoterapeutycznej końcowej + opcjonalnie dodatkowa wizyta fizjoterapeutyczna.

Koszt świadczenia (program rozszerzony w warunkach domowych) = 95,13 + 18 x 132,94 + 95,13 + 95,13 = 2 678,31 zł.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

VI.2. Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na 2021 r. Planowany budżet programu został określony w wysokości 2 000 000 zł. Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

W celu określenia szacunkowej liczby osób, którzy będą mogli skorzystać ze świadczeń przewidzianych w programie przyjęto założenie, że średni koszt przypadający na 1 uczestnika programu wynosi 1 719,79 zł i stanowi średnią trzech możliwych wariantów udziału w programie tj. [koszt świadczeń programu podstawowego w warunkach ambulatoryjnych (251,57 zł) + koszt świadczeń programu rozszerzonego w warunkach ambulatoryjnych (2 095,50 zł) + koszt świadczeń programu rozszerzonego w warunkach domowych (2 812,29 zł)] / 3).

W związku z powyższym szacunkowa liczba osób, które będą mogły skorzystać z programu wynosi 1 162 osoby (nie wliczając osób bliskich - interwencja edukacyjna).

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony.

VI.3. Źródła finansowania

Program sfinansowany zostanie w całości z budżetu Województwa Mazowieckiego.

VII. Bibliografia

a) publikacje:

- „An official ATS/ERS statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation”, Spruit MA, Singh SJ, Garvey C., Am J Respir Crit Care Med. 2013 Oct 15;188(8):13-64;
- ARC Study Group. ‘Long-COVID’: a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19, Mandal S., Barnett J., Brill S.E. i wsp. Thorax, 2020. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215 818;
- „Bats and Coronaviruses. Viruses”, A. Banerjee, K. Kulcsar, V. Misra i in., MDPI, s. 1-10, 2019;
- „Care Dependency in Non-Hospitalized Patients with COVID-19”, Vaes AW, Machado FVC, Meys R., Clin Med. 2020 Sep 12;9(9):2946;
- Carti et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603;
- „Clinical course and outcomes of critically ill with SARS-Cov-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study.” Lancet Respir Med. 2020 May, 8(5), s. 475-481;
- „Clinical Features of Patients Infected With 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. Lancet”, s. 497-506, 2020 r.;
- „COVID-19 and pulmonary rehabilitation: preparing for phase three”, M. Polastri, S. Nava, E. Clini, Eur Respir J. 2020;55(6).

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- „COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force”, Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, i in., Eur Respir J 2020; in press;
- “Functional capacity assessment and Minimal Clinically Important Difference in post-acute cardiac patients: the role of Short Physical Performance Battery”. Eur J Prev Cardiol. 2021 Apr 12; Rinaldo L, Caligari M et al. zwab044. doi: 10.1093/eurjpc/zwab044;
- „Italian suggestions for pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients recovering from acute respiratory failure: results of a Delphi proces”, M. Vitacca, M. Lazzeri, E. Guffanti, i in., Monaldi Arch Chest Dis. 2020;90(2);
- „Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny”, A. Welz, A. Breś-Targowska, Farmacja Polska, ISSN 0014-8261, wyd. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne;
- „Ludzkie koronawirusy”, K. Pyrc, Post. Nauk Medycznych, s. 48-54, 2015 r.;
- „Muscle weakness, functional capacities and recovery for COVID-19 ICU- survivors.” BMC Anesthesiology (2021), Medrinal C, Prieur G, Bonnevie T et al. 21:64;
- “Minimal clinically important difference and predictive validity of the mMRC and mBorg in acute exacerbations of COPD”. European Respiratory Journal 2017 50: Araújo Oliveira AL, Andrade L, Marques A. PA4705; DOI: 10.1183/1393003.congress-2017.PA4705;
- “Minimal clinically important difference for change in 6-minute walk test distance of adults with pathology: a systematic review”. Eval Clin Pract 2017 Apr;23(2):377-381. Bohannon RW, Crouch R. doi: 10.1111/jep.12629. Epub 2016 Sep 4;
- Minimally clinically important difference for the UCSD Shortness of Breath Questionnaire, Borg Scale, and Visual Analog Scale. Ries AL. COPD 2005 Mar;2(1):105-10. doi: 10.1081/copd-200050655;
- “Minimally important difference of the fatigue severity scale and modified fatigue impact scale in people with multiple sclerosis”. Rooney S, NcFadyen A, Wood L Clinical Trial,
- Minimum clinically important improvement for the incremental shuttle walking test. Singh SJ, Jones PW, Evans R et al Thorax 2008;63:775–777;
- Minimum Clinically Important Difference in 30-s Sit-to-Stand Test After Pulmonary Rehabilitation in Subjects With COPD. Zanini A, Crisafulli E et al., Respiratory Care October 2019, 64 (10) 1261-1269;
- “Następstwa zdrowotne COVID-19 i nowe warianty SARS-CoV-2”. Rymer W. Med. Prakt., 2021; 1: 97–103;
- „NICE: COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19”. NICE guideline [NG188];
- „Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services”. BMC Health Services Research (2020), Ladds et al. 20:1144 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>;
- “Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome?” Yvonne MJ Goertz et al. ERS Open Res. 2020; 6:00542-2020

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19, na 2021 r.

- „*Physical function trajectories in survivors of acute respiratory failure*”, S. Gandotra, J. Lovato, D. Case, i in., Am Thorac Soc. 2019 Apr;16(4), s. 471-477;
- „*Report of an ad-hoc international task force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after the acute hospital setting) in COVID-19 survivors*”, Spruit MA, Holland AE, Singh SJ. i in.;
- *Responsiveness and Minimally Important Difference of the 6-Minute Stepper Test in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Pichon R, Couturoud F et al., Respiration 2016;91:367-373;
- „*Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. Lancet*”, Alwan NA, Burgess RA, Ashworth A, i in., Vol 396, Oct. 31, 2020;
- “*The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Bronchiectasis: Response to pulmonary rehabilitation (PR) and Minimum Clinically Important Difference (MCID)*”. European Respiratory Journal 2019 54: PA3407; Wynne S, Patel S, Barker RE et al. DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA3407
- „*Two-year cognitive, emotional, and quality-of- life outcomes in acute respiratory distress syndrome*”, Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D., i in. Am J Respir Crit Care Med. 2005 Feb 15;171(4), s.340-347;
- “*Why rehabilitation must have priority during and after the COVID-19 pandemic: a position statement of the global rehabilitation alliance*”. J Rehabil Med 2020; Gutenbrunner C et al. 52: jrm00081;
- “*Why the Patient-Made Term ‘Long Covid’ is needed [version 1; peer review: awaiting peer review]*”. Wellcome Open Res. 2020, Perego Callard F, Stras L et al.;5(224);

b) źródła internetowe:

- <https://covid19.who.int/>;
- https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52035/NMHMHCOVID19200010_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y;
- <https://kif.info.pl/rosnaca-rola-fizjoterapii-w-obliczu-epidemii-covid-19/>;
- <https://www.gov.pl/web/koronawirus>;
- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>;
- WHO Global research on coronavirus disease (COVID-19)
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>.

c) akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Załączniki

Załącznik A. Wzór sprawozdania rocznego/kwartalnego

Dane realizatora: (nazwa, adres, NIP, REGON)

Nr umowy:

Sprawozdanie za okres:

Sprawozdanie z realizacji programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu		
Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób objętych programem	
2.	Liczba osób, u których wystąpiła poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar ich aktywności	
3.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na ich obszar aktywności i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (wynik wyrażony w %)	
4.	Liczba osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego	
5.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (wynik wyrażony w %)	
6.	Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu	
7.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono duszności (wynik wyrażony w %).	
8.	Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu	
9.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie (wynik wyrażony w %)	
10.	Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu	
11.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń w post-teście względem pre-testu i liczby osób, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju (wynik wyrażony w %)	
12.	Liczba osób, u których wystąpiła poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu	
13.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (wynik wyrażony w %)	
14.	Liczba osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.	
15.	Iloraz liczby osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z	

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

	przebiegiem COVID-19 i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu (wynik wyrażony w %)	
--	--	--

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach programu w danym okresie		
Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
3.	Liczba osób niezakwalifikowanych do programu	
4.	Liczba osób, które zrezygnowały z dalszego uczestnictwa w programie.	
5.	Liczba osób, u których przeprowadzono interwencję edukacyjną	
6.	Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem podstawowym	
7.	Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem rozszerzonym	
8.	Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią domową (program rozszerzony)	
9.	Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem podstawowym	
10.	Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem rozszerzonym	
11.	Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią domową – (program rozszerzony)	
12.	Łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych wstępnych	
13.	Łączna liczba przeprowadzonych wizyt terapeutycznych	
14.	Łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych końcowych	
15.	Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych	
16.	Liczba wizyt terapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych	
17.	Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach domowych	
18.	Liczba wizyt terapeutycznych w warunkach domowych	

Uwagi:

.....

Część opisowa:

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu:

.....

Analiza badania poziomu wiedzy uczestników programu:

.....

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Załącznik B. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Ankieta satysfakcji uczestników „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

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

W pytaniach od 1 do 5 proszę zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 – oznacza ocenę najniższą, 5 – oznacza ocenę najwyższą.

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

3. Jak Pani/Pan ocenia fizjoterapeutę prowadzącego zajęcia?

1 2 3 4 5

4. Jak ocenia Pani/Pan organizację programu?

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

tak

nie

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

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

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

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

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

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

10. Czy uważa Pani/Pan, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- tak
- nie

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

- tak (jeśli tak, to jakie?)
.....
.....
.....

- nie

12. Inne uwagi

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

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

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Załącznik C. Wzór świadomej zgody na udział w programie

Świadoma zgoda na udział w „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”

oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego.

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

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

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić

Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19, na 2021 r.

Załącznik D. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

.....

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19”.

Powodem mojej rezygnacji jest:

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

.....

Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*

* niepotrzebne skreślić