**REGULAMIN PROJEKTU**

**„Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa**

**w powiecie wieluńskim”**

**RPLD.10.03.01-10-B016/22**

**§ 1**

**Postanowienia ogólne**

**Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**

1. Projekt jest realizowany od dnia 1 stycznia 2023 do 31 październik 2023 roku na terenie województwa łódzkiego w powiecie wieluńskim przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.
2. Celem projektu jest poprawa stanu funkcjonalnego przez 350 osób tj. 190 K i 160 M (wyłonionych z grupy 370 osób objętych w projekcie poradą rehabilitacyjną) zamieszkałych Województwo Łódzkie w powiecie wieluńskim, będących w wieku aktywności zawodowej (z czego min 50% UP to osoby w wieku 50 lat i więcej – 185 osób , a 30% UP to osoby wykonujące pracę siedzącą – minimum 111 osób), ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii: M47–M51 i M53–M54 i stanem zdrowia umożliwiającym podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym, poprzez objęcie ww. 350 osób (190K, w tym ON jeśli się pojawią) rehabilitacją medyczną z elementami edukacji i warsztatami psychoedukacyjnymi , dzięki czemu min. 10% UP (min 10% z ogółu UP i min 10% z gr os po 50r.ż.) podejmie pracę lub będzie kontynuować zatrudnienie w okresie realizacji projektu: 01.01.2023- 31.10.2023.

1. Informacje dotyczące projektu, w tym wzory dokumentów, znajdują się w biurze projektu tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu ul. Szpitalna 16 , 98-300 Wieluń oraz na stronie internetowej www. szpital-wielun.pl
2. Projekt pt. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa”realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, *Oś Priorytetowa 10 - X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie**01 - X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej*

**§ 2**

**Słownik pojęć**

Wyjaśnienie pojęć użytych w niniejszym regulaminie:

1. Beneficjent – instytucja odpowiedzialna za realizację projektu: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu ; ul. Szpitalna 16 , 98-300 Wieluń .
2. Projekt – RPLD.10.03.01-10-B016/22– pn. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w powiecie wieluńskim”.
3. Uczestnik Projektu (UP) – osoba fizyczna, zakwalifikowane do udziału w Projekcie.
4. Biuro Projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu ul. Szpitalna 16 , 98-300 Wieluń.
5. Program – Regionalny Program zdrowotny – „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”
6. Kandydat – osoba ubiegająca się o możliwość wzięcia udziału w projekcie pn. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w powiecie wieluńskim”.
7. Uczestnik projektu (UP) – osoba zakwalifikowana do udziału w projekcie pn. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w powiecie wieluńskim”, spełniająca wszystkie kryteria kwalifikowalności.
8. Osoba w wieku aktywności zawodowej – osoba w wieku 15 lat i więcej. O przynależności danej osoby decyduje nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym).
9. Osoby bezrobotne – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną w rozumieniu Wytycznych w zakresie przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020.
10. Osoba pracująca – osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoba prowadząca działalność na własny rachunek – prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - jest również uznawana za pracującą, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

1. osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;

2. osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np.: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); 3. osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierz poborowy, który wykonuje określoną pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk nie jest uznawany za "osobę pracującą".

Osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) jest uznawana za „osobę pracującą”. Osobę przebywającą na urlopie wychowawczym należy uznawać za bierną zawodowo zgodnie z definicją osoby biernej zawodowo.

1. Osoba niepełnosprawna –osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadku projektów realizowanych w celu tematycznym 10 Inwestowanie w kształcenie, szkolenie i szkolenie zawodowe na rzecz zdobywania umiejętności i uczenia się przez całe życie osoba z niepełnosprawnością to również uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym, posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, oraz dzieci i młodzież, posiadające orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno wychowawczych, wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia te są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologicznopedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej.
2. Osoby pochodzące z obszarów wiejskich - należy rozumieć jako osoby przebywające na obszarach słabo zaludnionych zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3). Obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie.

**§ 3**

**Warunki uczestnictwa w projekcie**

1. W Projekcie mogą uczestniczyć osoby, które
2. zamieszkują województwo łódzkie w powiecie wieluńskim
3. są w wieku aktywności zawodowej[[1]](#footnote-2)
4. mają zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:

* M47 Spondyloza
* M48 Inne choroby kręgosłupa
* M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
* M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
* M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
* M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
* M54 Bóle grzbietu

Przedstawią dokumentację medyczną potwierdzającą w/w diagnozę nie starszą niż rok.

1. Stan zdrowia umożliwiający podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym
2. nie korzystały w ciągu ostatnich 6m-cy ze świadczeń takich jak zaplanowane w projekcie finansowane z innych środków publicznych w tym NFZ
3. które wyrażą pisemną zgodę na udział w projekcie
4. O włączeniu osób do Programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób.
5. Rekrutacja będzie się odbywać do wyczerpania puli 370 miejsc, jednak w ramach limitu miejsc zarezerwowano min. 185 miejsc dla osób w wieku 50 lat i więcej, 190 miejsc dla kobiet, 111 miejsc dla osób wykonujących pracę siedzącą, 111 miejsc dla osób zamieszkujących w miejscowościach poniżej 20 tyś mieszkańców, w tym obszarach wiejskich (DEGURBA3) i/lub miastach średnich w tym tracących funkcje społeczno-gospodarcze (powyżej 20 tyś mieszkańców z wyłączeniem miast wojewódzkich lub mniejsze z liczbą osób 15-20 tysięcy będące stolicą powiatu) .
6. Zgłoszenia do udziału w Projekcie dokonuje się poprzez wypełnienie i złożenie przez Kandydata „Formularza zgłoszeniowego” wraz z załącznikami:
7. Kandydat/ka oświadcza, iż zapoznał/a się z Regulaminem Projektu oraz spełnia warunki uczestnictwa w nim określone.
8. Uczestnik Projektu jest świadomy odpowiedzialności, w tym odpowiedzialności cywilnej, wynikającej z Kodeksu Cywilnego, za składanie nieprawdziwych oświadczeń, na podstawie których został zakwalifikowany do udziału w Projekcie.

**§ 4**

**Zakres wsparcia**

1. Projekt obejmuje następujące wsparcie:
2. **I Porada rehabilitacyjna – Kwalifikacja medyczna do programu**

W ramach zadania dokonana zostanie ostateczna kwalifikacja kandydata/tki do projektu przy użyciu narzędzia ICF. Każda osoba wstępnie zakwalifikowana do projektu spotka się indywidualnie z fizjoterapeutą/lekarzem. Podczas wizyty z 370 UP przeprowadzony zostanie szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. takie aspekty jak zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacja o wykonywanej pracy zawodowej, aktywności fizycznej; wykonane zostanie odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakres ruchów, oceny zjawiska bólu).

Przeprowadzone zostaną co najmniej nast. pomiary:

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

-pomiar dolegliwości bólowych w skali VAS

-pomiary antropometryczne

-określenie wskaźników BMI, WHR

-wypełnienie przez UP IPAQ.

Wszystkie wyniki będą odnotowywane w karcie pacjenta, niezależnie od dalszego zakwalifikowania. Dokonana zostanie też analiza dokumentacji medycznej, którą dysponuje UP, zawierającej wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, itp. potwierdzające jednostkę chorobową dotyczącą układu ruchu zgodnie z kodami ICD-10; sprawdzone zostanie też występowanie symptomów ostrzegawczych (czerwonych i żółtych flag zgodnie z Regionalnym Programem Zdrowotnym).

Na podstawie ww. wywiadu i analizy dokumentów osoba dokonująca kwalifikacji sporządzi pisemną dokumentację precyzującą powód przyjęcia (Zał. A do Programu - karta pacjenta nr 1) lub odmowy przyjęcia danej osoby do projektu. Następnie UP zostanie poinformowany o przebiegu Programu i udzieli pisemnej zgody na udział w projekcie. Po uzyskaniu zgody na udział w projekcie zostanie ustalony program usprawnienia leczniczego (PUL), w tym ustalone z UP cele uwzględniające preferencje UP.

1. **Rehabilitacja z elementami edukacji**

W ramach zadania dla 350 UP zakwalifikowanych do dalszej części projektu realizowana będzie rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych - cykle rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej .

Realizowane będą zabiegi z zakresie :

* Kinezyterapia: indywidualna praca z pacjentem – nie mniej niż 30 min
* Kinezyterapia: ćwiczenia wspomagane minimum 15 minut
* Kinezyterapia: ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – minimum 15 minut
* Kinezyterapia: ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut
* Kinezyterapia: ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut
* Kinezyterapia: nauka czynności lokomocji – minimum 15 minut
* Kinezyterapia: wyciągi
* Kinezyterapia: inne formy usprawniania (kinezyterapia) – minimum 15 minut
* Masaże: Masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu
* Masaże: Masaż limfatyczny ręczny – leczniczy
* Masaże: Masaż mechaniczny
* Elektrolecznictwo: galwanizacja
* Elektrolecznictwo: jonoforeza
* Elektrolecznictwo: elektrostymulacja
* Elektrolecznictwo: tonoliza
* Elektrolecznictwo: prądy diadynamiczne
* Elektrolecznictwo: prądy interferencyjne
* Elektrolecznictwo: prądy TENS
* Elektrolecznictwo: prądy TRAEBERTA
* Elektrolecznictwo: prądy KOTZA
* Elektrolecznictwo: ultradźwięki miejscowe
* Elektrolecznictwo: ultrafonoforeza
* Leczenie polem elektromagnetycznym: impulsowe pole magnetyczne wysokiej częstotliwości
* Leczenie polem elektromagnetycznym: diatermia krótkofalowa, mikrofalowa
* Leczenie polem elektromagnetycznym: impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości
* Światłolecznictwo i termoterapia: naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe
* Światłolecznictwo i termoterapia: laseroterapia skaner
* Światłolecznictwo i termoterapia: laseroterapia punktowa
* Krioterapia: krioterapia miejscowa (pary azotu)

Cykle zabiegowe będą dostosowane do potrzeb i stanu zdrowia UP, UP otrzymają tyle świadczeń, ile potrzebują i będą w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągniecia niezależności funkcjonowania (rodzaj, częstotliwość i czas trwania zabiegów ustalany będzie przez fizjoterapeutę, każda zmiana zostanie odnotowana w karcie UP i zostanie zaktualizowany PUL po konsultacji z osobą układającą PUL).

* dla 280 UP zrealizowane zostaną 10 dniowe cykle zabiegów, na które składać się będzie max. 50 zabiegów
* dla 70 UP zrealizowane zostaną 15 dniowe cykle zabiegowe z ilością max. 75 zabiegów (w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, decyzją lekarza rehabilitanta/fizjoterapeuty układającego PUL, cykl zabiegów zostanie wydłużony do 15 dni).

Realizowane będą min. 3 dni zabiegowe w tygodniu, max 5 zabiegów/dzień; każdy cykl będzie zawierać min. 5 kinezyterapii indywidualnych dla UP, a w sytuacji wykonywania dziennie liczby zabiegów mniejszej niż 5, udział zabiegów w zakresie kinezyterapii nie będzie mniejszy niż 60% wykonywanych zabiegów.

W ramach elementu edukacji fizjoterapeuta podczas zabiegów przedstawi każdemu UP m.in. przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznej wykonywanych w domu, zapozna UP z tematyką znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia, omówi z UP ryzyko wystąpienia bólów kręgosłupa, poinformuje o zasadach ergonomii w życiu codziennym i pracy, przekazane UP zasady ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas czynności codziennych.

1. **Warsztaty psychoedukacyjne**

Każdy UP weźmie udział w dwóch indywidualnych warsztatach psychoedukacyjnych prowadzonych przez:

* dietetyka (1 spotkanie 60 minut/UP),
* psychologa (1 spotkanie 60 min/UP

Zakres tematów będzie ustalany indywidualnie po uwzględnieniu specyficznych potrzeb zgłaszanych przez UP warsztatów podczas ich trwania, obejmować będzie do wyboru tematykę:

1.dieta w schorzeniach narządu ruchu

2.psychospołeczne i organizacyjne czynniki związane z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego

3.rozwój umiejętności psychospołecznych

4.związek pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną - stres i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne,

Przy czym pierwsze trzy obszary stanowią treści podstawowe , obowiązkowe dla każdego UP.

Przeprowadzona zostanie ocena dotycząca zmiany stanu wiedzy UP - przed warsztatami przeprowadzone zostaną testy wstępne, a po warsztatach końcowe.

1. **II Porada rehabilitacyjna- końcowa konsultacja (315 porad po 1h/UP)**

Po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych i po odbyciu warsztatów psychoedukacyjnych UP odbędzie II poradę rehabilitacyjną- indywidualne konsultacje końcowe z fizjoterapeutą/lekarzem.

W czasie konsultacji podsumowującej przeprowadzone zostaną wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie I porady rehabilitacyjnej, tj.:

* badanie diagnostyki funkcjonalnej zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodnie z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej
* pomiar dolegliwości bólowych w skali VAS
* pomiar antropometrycznych tożsamych jak podczas I porady rehabilitacyjnej
* wysokość i masa ciała, obwód talii
* określenie wskaźnika BMI,WHR -analiza kwestionariusza IPAQ.

UP wypełni też ankietę satysfakcji (Załącznik C do Programu).

Osoba przeprowadzająca końcową konsultację porównana wyniki pomiarów wykonywanych podczas I i końcowej konsultacji i określi dalsze zalecenia dla UP, w razie potrzeby pokieruje do kontynuowania leczenia finansowanego ze środków publicznych.

1. Dodatkowo w projekcie zaplanowano:
   1. refundację kosztów dojazdu dla 20 UP znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, dla których dojazd stanowi istotną barierę w udziale w terapii.
   2. Refundacja kosztów opieki nad osobą zależną lub zapewnienie opieki nad osobą zależną na czas działań realizowanych w ramach Programu, dla 5 UP, dla których konieczność zapewnienia opieki nad osobą zależną stanowi istotną barierę udziału w Projekcie.
2. W ramach projektu 350 osób zostanie objętych wsparciem w zakresie rehabilitacji medycznej. Wskaźnikiem rezultatu udzielonego wsparcia będzie podjęcie pracy lub kontynuowanie zatrudnienia przez min. 37 osoby, w tym 19 osób w wieku 50 lat i więcej.
3. W ramach wsparcia przewidziano pokrycie kosztów zatrudnienia wykwalifikowanego personelu oraz zapewnienie wymaganych wyrobów medycznych (sprzęt, materiały szybko zużywalne).
4. Realizacja wsparcia w ramach Projektu odbywa się również w godzinach popołudniowych po godzinie 18 ( 2 dni w tygodniu) i wybrane dni wolne od pracy – co najmniej jedną sobotę w miesiącu .
5. Wsparcie w ramach projektu jest świadczone w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa, z dostępem dla osób z niepełnosprawnościami, bez barier architektonicznych.
6. Wszystkie podejmowane w Projekcie działania są prowadzone zgodne z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym równości płci oraz dostępności dla osób niepełnosprawnych. Beneficjent zapewni w razie potrzeby niezbędne udogodnienia dla osób niepełnosprawnych oraz umożliwi skorzystanie z usług dostępowych m.in. tłumacza języka migowego, czy pomocy asystenta osoby niepełnosprawnej przypadku zaistnienia takiej potrzeby.
7. Wsparcie jest realizowane zgodnie z wymaganiami określonymi w Programie.

**§ 5**

**Procedury rekrutacji**

1. Rekrutacja będzie prowadzona w sposób bezstronny, jawny, z warunkami jednakowymi dla wszystkich uczestników, zgodnie z zasadą powszechnej dostępności.
2. Rekrutacja ma charakter otwarty i prowadzona jest w formie rekrutacji ciągłej do wyczerpania puli 370 miejsc w okresie od 01.01.2023 do 31.10.2023 r. Ocena w trybie dwutygodniowym.
3. Dokumenty dotyczące rekrutacji, jak i inne dokumenty dotyczące projektu znajdują się w wersji papierowej w Biurze projektu pod adresem Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu ul. Szpitalna 16 , 98-300 Wieluń, a także są dostępne w wersji elektronicznej na stronie internetowej Beneficjenta
4. Procedura rekrutacji obejmuje następujące etapy:
   1. zgłoszenie Uczestnika poprzez złożenie formularza zgłoszeniowego (stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu) wraz z załącznikami .
   2. weryfikacja kryteriów formalnych zgodnie z kartą oceny formularza zgłoszeniowego (stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu).
   3. weryfikacja kryteriów punktowych zgodnie z kartą oceny formularza zgłoszeniowego, (stanowiącą załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu).
   4. kwalifikacja medyczna do programu - I porada rehabilitacyjna , wywiad z pacjentem. Pozytywne wyniki badań, testów, pomiarów - zakwalifikowanie do dalszego udziału w projekcie.
   5. podpisanie umowy uczestnictwa w projekcie (stanowiącej załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu).
5. Kryteria dostępu do projektu (kryteria warunkujące udział w projekcie, muszą być spełnione łącznie)
   1. zamieszkanie w województwie łódzkim w powiecie wieluńskim
   2. osoby w wieku aktywności zawodowej
   3. zdiagnozowana u kandydata choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii:

* M47 Spondyloza
* M48 Inne choroby kręgosłupa
* M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
* M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych
* M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
* M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
* M54 Bóle grzbietu
  1. przedstawienie dokumentacji medycznej potwierdzającej ww. diagnozę nie starszą niż rok
  2. stan zdrowia umożliwiającym podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym
  3. niekorzystanie w ciągu ostatnich 6m-cy ze świadczeń takich jak zaplanowane w projekcie finansowane z innych środków publicznych w tym NFZ
  4. pisemna zgoda na udział w projekcie

1. Kryteria premiujące ( preferencje w pierwszeństwie dostępu do projektu)
2. Wiek 50+ - 10 pkt
3. Płeć – kobieta – 10 pkt
4. Wykonywanie pracy siedzącej – 10 pkt
5. Osoba zamieszkująca w miejscowości poniżej 20 tyś mieszkańców , w tym obszarze wiejskich (DEGURBA3) i/lub miastach średnich w tym tracących funkcje społeczno -gospodarcze (powyżej 20 tyś mieszkańców z wyłączeniem miast wojewódzkich lub mniejsze z liczbą osób 15-20 tysięcy będące stolicą powiatu) – 4 pkt
6. Osoby najbardziej narażona na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych – 8 pkt
7. Zasady przyjmowania zgłoszeń:
   1. Dokumenty zgłoszeniowe należy wypełnić czytelnie, podpisać we wskazanych miejscach oraz dostarczyć osobiście lub pocztą do Biura Projektu wraz z wymaganymi załącznikami.
   2. O przyjęciu decyduje spełnienie warunków uczestnictwa w projekcie wskazanych w § 3 oraz kolejność zgłoszeń do wyczerpania limitu 500 miejsc przewidzianych w Projekcie.
   3. Warunkiem ostatecznego zakwalifikowania do udziału w projekcie jest:
   * Zaakceptowanie niniejszego Regulaminu,
   * Złożenie kompletu poprawnie wypełnionych i podpisanych dokumentów zgłoszeniowych wraz z załącznikami,
   * Podpisanie umowy uczestnictwa w projekcie.
   1. O zakwalifikowaniu do udziału w Projekcie Beneficjent poinformuje Uczestnika Projektu drogą mailową, telefoniczną lub bezpośrednio przed rozpoczęciem wsparcia.
   2. Dokumenty rekrutacyjne będą przechowywane w Biurze Projektu.
   3. Komisja Rekrutacyjna składa się z przedstawicieli Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu.
8. Komisja Rekrutacyjna weryfikuje dokumenty rekrutacyjne złożone przez Kandydatów na podstawie karty oceny formularza zgłoszeniowego, stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
9. W przypadku braków w dokumentacji, lub niezłożenia wszystkich niezbędnych załączników, Komisja Rekrutacyjna zwróci się do Kandydata z prośbą o uzupełnienie braków w terminie do 10 dni roboczych od momentu wpływu dokumentów rekrutacyjnych Kandydata do Biura Projektu.
10. Kandydat, w ciągu 3 dni roboczych od momentu otrzymania informacji o konieczności uzupełnienia dokumentów rekrutacyjnych, ma obowiązek dostarczenia brakujących załączników oraz skorygowania formularza zgłoszeniowego. W przypadku niezastosowania się do zaleceń Komisji we wskazanym czasie, formularz zostanie odrzucony. Od decyzji Komisji Rekrutacyjnej przysługuje możliwość złożenia odwołania w terminie do 3 dni roboczych (z zachowaniem formy pisemnej).
11. Komisja rekrutacyjna rozpatruje odwołanie wniesione przez Kandydata w terminie do 10 dni roboczych od dnia jego złożenia.
12. Beneficjent, w terminie 5 dni roboczych od zakończenia procedury odwoławczej, poinformuje Kandydatów o jej wynikach. Ocena wynikająca z procedury odwoławczej jest oceną wiążącą i ostateczną, od której nie przysługują żadne środki odwoławcze.
13. W przypadku zgłoszenia się większej liczby zainteresowanych udziałem w Projekcie zostanie utworzona lista rezerwowa, tworzona na takich samych zasadach jak lista podstawowa.
14. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie, wolne miejsce zajmie pierwsza osoba z listy rezerwowej.

**§ 6**

**Uprawnienia i obowiązki Uczestników Projektu**

1. W ramach udziału w Projekcie, Uczestnicy otrzymają wsparcie szczegółowo opisane w § 4 pkt. 1 niniejszego Regulaminu.
2. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do:
   1. wyrażenia zgody na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych,
   2. regularnego i punktualnego uczestnictwa we wszystkich, przewidzianych dla niego w ramach realizacji Projektu formach wsparcia, tj. I porada rehabilitacyjna (1x 1h), rehabilitacja z elementami edukacji ( 10 dniowe cykle zabiegów lub 15 dniowe cykle zabiegów), warsztaty psychoedukacyjne (1x 2h), II porada rehabilitacyjna (1x 1h).
   3. wypełniania testów monitoringowych, ewaluacyjnych oraz wszelkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu w czasie jego trwania,
   4. przestrzegania Regulaminu projektu,
   5. dostarczenia dokumentów potwierdzających podjęcie lub kontynuację zatrudnienia do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, tj. Oświadczenie UP, Zaświadczenie z zakładu pracy w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub wpis do CEIDG w przypadku osób prowadzących własna działalność gospodarczą,
   6. przestrzegania oraz realizowania zapisów umowy uczestnictwa w projekcie,
   7. natychmiastowego informowania koordynatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w formularzu zgłoszeniowym, o zmianie sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia) oraz udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w projekcie instytucjom zaangażowanym we wdrażanie Regionalnego Programu Operacyjnego WŁ na lata 2014-2020.
   8. w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie poinformowania Beneficjenta w formie pisemnej.
3. Zakłada się, że po opuszczeniu programu min. 37 osoby z 370 uczestników projektu, u których świadczenia rehabilitacyjne przyniosą największą poprawę, podejmą pracę lub będą kontynuowały zatrudnienie. Uczestnik projektu, który powróci na rynek pracy w okresie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie jest zobowiązany do dostarczenia do Biura Projektu następujących dokumentów w celu potwierdzenia ww. faktu:
   1. oświadczenie UP o podjęciu zatrudnienia
   2. zaświadczenia o zatrudnieniu lub potwierdzenie prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
4. Uczestnicy Projektu są zobowiązani do udzielania wszelkich informacji związanych z uczestnictwem w Projekcie instytucjom zaangażowanym we wdrażanie Poddziałania 01 - X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

**§ 7**

**Zasady monitoringu Uczestników Projektu**

1. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do wypełniania list obecności, ankiet oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu.
2. Uczestnik Projektu wyraża zgodę na wykorzystanie jego wizerunku w celu udokumentowania prowadzonych form wsparcia.
3. Uczestnik Projektu zobowiązuje się podać Beneficjentowi dane, które wymagane są do wprowadzenia w systemie SL2014.
4. Uczestnik Projektu już w trakcie rekrutacji akceptuje zasady ewaluacji Projektu, co poświadcza osobiście podpisem na oświadczeniu o zgodzie na udostępnianie i przetwarzanie danych osobowych.
5. Dane osobowe, o których mowa w pkt. 4 przetwarzane będą w celu umożliwienia monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu.

**§ 8  
Zasady rezygnacji z udziału w projekcie**

1. Beneficjent może dokonać jednostronnego wypowiedzenia umowy uczestnictwa w projekcie z powodu:
2. istotnego naruszenia przez Uczestnika postanowień umowy lub regulaminu projektu,
3. podania nieprawdziwych danych w dokumentach rekrutacyjnych.
4. Niniejsze postanowienie wynika z faktu, iż Projekt jest finansowany ze środków publicznych, w związku z czym na Beneficjencie spoczywa szczególny obowiązek dbałości o ich prawidłowe i zgodne z założonymi celami wydatkowanie.

**§ 9**

**Postanowienia końcowe**

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem rozpoczęcia realizacji projektu tj. 01.01.2023 i obowiązuje do końca realizacji projektu tj. do 31.10.2023 roku.
2. Beneficjent zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w Regulaminie.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie znajdują postanowienia umowy uczestnictwa.
4. Sprawy nieuregulowane w niniejszym Regulaminie i ww. umowie rozstrzygane są przez Beneficjenta.
5. Uczestnik Projektu pisemnie potwierdza zapoznanie się z Regulaminem Projektu.
6. Regulamin jest dostępny w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej www.szpital-zdwola.info/program-rehabilitacji-leczniczej

ZAŁĄCZNIKI

Do Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” :

A – Karta pacjenta nr 1

B - Przykładowa ankieta dla pacjenta – do modyfikacji i/lub rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program

C – Karta pacjenta nr 2

D – Minimalny wzór oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych

**Załącznik A**

**KARTA PACJENTA NR 1**

**Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy**

Imię i nazwisko:……………………………………………….

PESEL lub data urodzenia: …………………………..…….

Nr telefonu: ……………………………………………………

**1. Wywiad i badanie** ….......................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2. Wyniki testów zgodnych z ICF i diagnostyką funkcjonalną dotyczących zaburzeń funkcjonalnych** ….......................................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**2. BMI …..... kg/m2**

**3. WHR ………….. 65**

**4. Dolegliwości bólowe wg skali VAS** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**5. Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ)** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**5. Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie:**

**TAK NIE**

**Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych)** – wg ICD 10 .....…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Zabiegi zlecone w ramach Programu** 1..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. ........................................................................................................................................................ ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

5..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Czerwone lub żółte flagi:** ….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Dodatkowe informacje:** …..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……......…………… …………………………

**data podpis osoby kwalifikującej do programu**

**Załącznik B**

**Ankieta dla pacjenta**

**Szanowni Państwo,**

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.  
**Ankieta jest anonimowa.**

**Płeć: kobieta mężczyzna**

**1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?**

zdecydowanie tak .....  
raczej tak .....  
trudno powiedzieć .....  
raczej nie .....  
zdecydowanie nie .....

1. **Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?**zdecydowanie tak .....  
   raczej tak .....  
   trudno powiedzieć .....  
   raczej nie .....  
   zdecydowanie nie .....
2. **Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?**zdecydowanie tak .....  
   raczej tak .....  
   trudno powiedzieć .....  
   raczej nie .....  
   zdecydowanie nie .....
3. **Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?**zdecydowanie tak .....  
   raczej tak .....  
   trudno powiedzieć .....  
   raczej nie .....  
   zdecydowanie nie .....
4. **Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:**zdecydowanie wyższa .....   
   raczej wyższa .....   
   taka sama .....   
   raczej niższa .....   
   zdecydowanie niższa .....
5. **Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób grzbietu i kręgosłupa?**zdecydowanie tak .....   
   raczej tak .....   
   trudno powiedzieć .....  
   raczej nie .....   
   zdecydowanie nie .....
6. **Czy uważa Pani/Pan, że zdrowe odżywianie może zapobiegać niektórym czynnikom ryzyka chorób grzbietu i kręgosłupa ?**zdecydowanie tak .....   
   raczej tak .....   
   trudno powiedzieć .....   
   raczej nie .....  
   zdecydowanie nie ....
7. **Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana wiedza (w porównaniu do wiedzy przed zajęciami) jest:**zdecydowanie wyższa .....  
   raczej wyższa .....  
   taka sama .....  
   raczej niższa .....  
   zdecydowanie niższa .....
8. **Czy po przeprowadzonej rehabilitacji Pani/Pana dolegliwości bólowe związane z chorobą chorób grzbietu i kręgosłupa (w porównaniu do stanu przed rehabilitacją) są:**zdecydowanie większe .....   
   raczej większe .....   
   takie same .....   
   raczej mniejsze .....  
   zdecydowanie mniejsze .....

**Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:**

**Załącznik C**

**KARTA PACJENTA nr 2**

**Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy**

Imię i nazwisko:……………………………………………….

PESEL lub data urodzenia: …………………………..…….

Nr telefonu: ……………………………………………………

**Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu:**

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

**Wyniki testów zgodnych z ICF i diagnostyką funkcjonalną dotyczących zaburzeń funkcjonalnych**

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

**BMI** …............ kg/m2

**WHR** …………..

**Dolegliwości bólowe wg skali VAS** ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ)**

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

**Zalecenia:**

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

………………......... ...................…………………… **data badania podpis osoby przeprowadzającej końcową konsultację**

**Załącznik D**

**Oświadczenie uczestnika Programu**

Oświadczam, że przystępując do uczestnictwa w projekcie pn. „Program rehabilitacji leczniczej w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa w powiecie wieluńskim”w ramach realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” nie korzystam, jak również w trakcie uczestnictwa w ww. projekcie nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w tym:

* NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ)
* Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
* Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
* Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”.
* budżetu samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej.

Nie uczestniczyłem, nie uczestniczę w projekcie współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa realizowanych na terenie makroregionu centralnego tj.

* „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim – beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów.
* „Program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” – beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. Med. Eleonory Reicher.

**…………………. ………………………………..**

**miejscowość, data podpis uczestnika Programu**

1. osoba w wieku aktywności zawodowej – osoba w wieku 15 lat i więcej. O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym). [↑](#footnote-ref-2)