

Załącznik nr. 1 do wniosku nr 8.Z.I  
z dnia 13 lutego 2025 r.

„Projekt Programu polityki zdrowotnej  
dla aktywnych zawodowo mieszkańców  
województwa warmińsko-mazurskiego  
w zakresie rehabilitacji leczniczej  
schorzeń kręgosłupa  
oraz narządów ruchu”



**Program polityki zdrowotnej  
dla aktywnych zawodowo mieszkańców  
województwa warmińsko-mazurskiego  
w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń  
kręgosłupa  
oraz narządów ruchu**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz.U.2024.146 t.j. z późn. zm)

**Olsztyn, 2025 r.**

## Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego.....	3
a. Problem zdrowotny .....	3
b. Dane epidemiologiczne .....	11
c. Struktura populacji kwalifikującej się do włączenia do programu .....	21
d. Obecne postępowanie .....	22
e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	23
2. Cele programu.....	25
a. Cel główny .....	25
b. Cele szczegółowe .....	25
c. Mierniki efektywności .....	25
3. Adresaci programu .....	26
a. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie .....	26
b. Tryb zapraszania do programu .....	27
4. Organizacja programu .....	28
a. Etapy programu .....	29
b. Planowane interwencje .....	30
c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników .....	35
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu .....	37
e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych .....	37
f. Spójność merytoryczna i organizacyjna .....	39
g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu .....	39
h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji .....	39
i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu .....	40
j. Dowody skuteczności planowanych działań .....	41
5. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	45
a. Koszty jednostkowe .....	46
b. Planowane koszty całkowite .....	50
c. Źródła finansowania .....	51
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne .....	52
6. Monitoring i ewaluacja.....	54
a. Ocena zgłaszalności do programu .....	54

b. Ocena jakości świadczeń w programie.....	55
c. Ocena efektywności programu .....	55
d. Ocena trwałości efektów programu .....	56
<b>7. Okres realizacji programu .....</b>	<b>56</b>
<b>8. Bibliografia .....</b>	<b>57</b>
<b>9. Załączniki.....</b>	<b>63</b>
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń .....	63
b. Ankieta satysfakcji .....	64
c. Zgoda na udział w programie .....	66
d. Zlecenie udziału w programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie rehabilitacji lecniczej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu.....	67

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Problem zdrowotny

Program polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego dotyczy osób ze schorzeniami narządu ruchu o różnej etiologii, ograniczającymi pełną sprawność w poruszaniu się oraz wykonywaniu pracy zawodowej, a w konsekwencji absencji chorobowej. Szczególna uwaga w programie została poświęcona dolegliwościom bólowym ze strony kręgosłupa.

Program ukierunkowany został na rehabilitację leczniczą ułatwiającą powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia. Skierowany jest do osób pracujących narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub do osób zarejestrowanych jako bezrobotne, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia (ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40 r.ż, które podczas rekrutacji będą miały pierwszeństwo dostępu).

### Definicja

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Z uwagi na zróżnicowaną etiologię i patogenezę tych schorzeń, kryteria ich rozpoznania i naturalny przebieg choroby, obraz kliniczny oraz metody leczenia są bardzo złożone. Zestawienie głównych grup chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej zawarto w tabeli 1. Schorzenia kręgosłupa występują również w ramach innych grup ICD-10: G54, G55, T06, T09, S34, S52 [1–5].

**Tabela 1. Grupy chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej**

ICD-10	Opis
<b>M00-M99</b>	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
<b>M16</b>	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego
<b>M17</b>	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego
<b>M23</b>	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
<b>M00-M15, M18-M22, M24-M25</b>	Artropatie

<b>M30-M36</b>	Układowe choroby tkanki łącznej
<b>M40-M49</b>	Zniekształcające choroby grzbietu, choroby kręgosłupa
<b>M50,M51</b>	Choroby kręgów szyjnych, inne choroby krążka międzykręgowego
<b>M54</b>	Bóle grzbietu
<b>M60-M79</b>	Choroby tkanek miękkich
<b>M53, M80-M99</b>	Inne choroby grzbietu, inne choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

*Źródło: opracowanie własne na podstawie ICD-10.*

Z danych podawanych przez ZUS z raportu sporządzonego w 2022 roku wynika, że najczęstszą przyczyną absencji chorobowej w 2021 roku u mężczyzn, jak i u kobiet w Polsce były zmiany zwyrodnieniowe stawów, zwłaszcza stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa (K 16,5%, M16,4%) oraz różnego rodzaju urazy (K 13,1%, M 13,3%) w populacji osób pracujących [76].

Najbardziej ograniczającą sprawność ruchową w grupie osób powyżej 40. roku życia są wymienione powyżej choroby układu kostno-stawowego i tkanki miękkiej łącznej.

#### Etiologia, patogeneza, przebieg naturalny i obraz kliniczny

Najczęściej występującym schorzeniem narządu ruchu jest choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS – ICD10: M15-M19; ang. *osteoarthritis*), grupa nakładających się różnych schorzeń, które – mimo różnic etiologicznych – prowadzą do podobnych następstw zdrowotnych. Choroba rozwija się w wyniku zaburzenia jakości i ilości chrząstki stawowej, której zadaniem jest amortyzowanie ruchów stawu i umożliwienie przesuwania się powierzchni stawowych. Z czasem uszkodzeniu ulegają również inne struktury: kość pod chrząstką stawową, torebka stawowa, otaczające staw więzadła, ścięgna i mięśnie. Skutkiem tego są ból i sztywność stawu, a następnie zniekształcenie jego obrysów oraz ograniczenie ruchomości. Choroba zwyrodnieniowa najczęściej atakuje kolana, biodra, kręgosłup, stawy palców rąk i stóp, ale może dotyczyć każdego stawu. Prowadzi to do pogorszenia jakości życia i niesprawności [1, 6–8].

Wyróżnia się chorobę zwyrodnieniową stawów pierwotną oraz wtórną. Przyczyna pierwotnej postaci choroby jest nieznana, natomiast częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem. Wtórna postać choroby wywołana jest konkretną przyczyną i są to np. zmiany zwyrodnieniowe spowodowane pracą, urazem, zakażeniem, innymi chorobami stawów (m.in. reumatoidalnym zapaleniem stawów, nagromadzeniem złogów wapnia w chrząstce stawowej),

wrodzonymi zaburzeniami budowy oraz innymi chorobami (np. cukrzycą, nadczynnością przytarczyc) [1, 7, 8].

Pierwsze objawy choroby zwyrodnieniowej stawów pojawiają się z reguły między 40., a 60. rokiem życia. Mogą dotyczyć jednego, kilku lub (rzadziej) wielu stawów. Na początku objawy występują wyłącznie podczas ruchu, później mogą się pojawiać również w spoczynku i w nocy. Do najczęstszych objawów ChZS zalicza się: ból, sztywność poranną stawów, ograniczenie ruchomości stawów, zniekształcenie i poszerzenie obrysów stawów. W zależności od lokalizacji i nasilenia zmian patologicznych zespół bólowy może przechodzić w stan przewlekły. Chroniczny charakter bólu, w zależności od badanej grupy pacjentów, zgłasza od kilkunastu procent chorych do około 60% [1, 7, 8].

W przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jako pierwszy uszkodzeniu ulega krążek międzykręgowy (KM). W efekcie rozwoju zmian degeneracyjnych dochodzi do utraty jego wysokości. Jednocześnie zmniejsza się zawartość proteoglikanów i wody w pierścieniu włóknistym i jądrze miażdżystym. Na skutek tych zmian może rozwijać się zespół bólowy kręgosłupa nazywany dyskogennym. Zespół ten charakteryzuje się bólem zlokalizowanym w okolicy przykręgosłupowej. Ból ma charakter rozlany, nasila się podczas ruchu, a naturalny przebieg dolegliwości trwa od kilku dni do kilku tygodni. Zmianom degeneracyjnym KM może także towarzyszyć ból stawów międzywyrostkowych kręgosłupa. Za jego występowanie odpowiadają zwiększenie zakresu patologicznych ruchów kręgosłupa oraz zwiększające się siły oddziaływujące na stawy, których przyczyną jest redukcja wymiaru międzytrzonowego KM. W efekcie zmian degeneracyjnych KM może także dochodzić do pęknięcia pierścienia włóknistego i przemieszczenia się fragmentów jądra miażdżystego do kanału kręgowego. Następstwem tego są kompresja struktur nerwowych i odpowiadające jej odpowiednie objawy neurologiczne. Ból o charakterze korzeniowym oraz ból wynikający z zaburzonego krążenia w kanale kręgowym może także powstawać w przebiegu stenozy kanału kręgowego, która ma charakter wrodzony lub nabyty. Przyczyną nabytej stenozy są zmiany zwyrodnieniowe krążków międzykręgowych i stawów międzywyrostkowych kręgosłupa zmniejszające przestrzenie, w których przebiegają struktury nerwowe. Głównymi objawami chromania neurogennego towarzyszącego stenozie kanału kręgowego są nasilające się wraz z liczbą wykonanych kroków neurologiczne objawy czuciowe (np. parestezje, ubytki czucia powierzchniowego) i niedowłady mięśni kończyn dolnych. Chorobom kręgosłupa mogą także towarzyszyć zespoły bólowe innych struktur układu ruchu, np. stawów krzyżowo-biodrowych czy biodrowych. Pomiędzy takimi zespołami chorobowymi może występować związek przyczynowy lub objawy bólowe mogą imitować choroby kręgosłupa. Często ból stawów krzyżowo-biodrowych lokalizuje się w okolicy dolnego odcinka kręgosłupa i jest uznawany za objaw choroby kręgosłupa. Zdarzają się także sytuacje, gdy choroby kręgosłupa, np.

patologiczna zmiana krzywizn, powodują nadmierne obciążanie stawów kończyn dolnych, w których rozwijają się zmiany przeciążeniowe i w następstwie tego powstają zespoły bólowe.

Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa związane są z dolegliwościami umiejscowionymi w okolicy krzyżowo-biodrowej, lędźwiowej oraz lędźwiowo-krzyżowej, z powodu których pacjenci zgłaszają się do lekarza. W większości przypadków są one przemijające – około 70% chorych wraca do dobrej formy i do pracy w ciągu 14 dni, natomiast 90% – w okresie 2 miesięcy. Jednak u 10% osób dolegliwości te przyjmują charakter przewlekły. Ból i upośledzenie sprawności utrzymują się powyżej 3 miesięcy, co stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny [9].

Innymi schorzeniami reumatycznymi, mającymi charakter przewlekły i również powodującymi uszkodzenie narządu ruchu, szczególnie niebezpieczne dla zdrowia chorego, są choroby zapalne stawów (m.in. reumatoidalne zapalenie stawów i spondyloartropatie) [2–5, 10, 11].

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS – ICD10: M05, M06) to przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Za jej rozwój odpowiada wiele czynników, takich jak uwarunkowania genetyczne czy czynniki środowiskowe. Reumatoidalne zapalenie stawów charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów, uczuciem ich sztywności porannej powodującej ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu, mogą także wystąpić takie objawy ogólne, jak: gorączka, stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zmniejszenie masy ciała; osłabienie może wynikać z pogłębiającej się niedokrwistości. W przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych (nerek, serca, płuc) oraz zmian patologicznych w narządzie wzroku. Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci [3–5, 10, 11].

Spondyloartropatie (SpA) to wzajemnie powiązana grupa chorób reumatycznych, charakteryzująca się wspólnymi objawami klinicznymi i podobieństwem uwarunkowań genetycznych. Do spondyloartropatii zaliczają się m.in.: zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (*ankylosing spondylitis*) oraz łuszczykowe zapalenie stawów (*psoriatic arthritis*) [2, 10].

Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK – ICD10: M45) charakteryzuje się zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych, stawów kręgosłupa oraz więzadeł i tkanek okołokręgosłupowych. W niektórych przypadkach zapalenie obejmuje również stawy obwodowe oraz przyczepy ścięgna. Możliwe jest także wystąpienie objawów pozastawowych, takich jak zapalenie błony naczyniowej oka, zapalenie zastawek aorty, zmiany w jelitach, na skórze i błonach śluzowych. Następstwem choroby jest postępujące

sztynienie m.in. stawów kręgosłupa, co powoduje istotne upośledzenie jego ruchomości oraz ogólnych funkcji ruchowych. Ma to bezpośrednie przełożenie na jakość życia chorego [2, 10].

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS – ICD10: L40.5, M07) jest przewlekłą autoimmunologiczną chorobą zapalną, charakteryzującą się występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgniastych u osoby z łuszczycą skóry lub paznokci. Wyróżnia się następujące postacie ŁZS (wg Molla i Wrighta):

- asymetryczna kilkustawowa – zwykle niesymetryczne zapalenie stawów (około 70%);
- wielostawowa, przypominająca RZS (15–20%);
- z dominującym zapaleniem stawów międzypaliczkowych dalszych, z częstym zajęciem paznokci (około 5%);
- okaleczająca, o bardzo ciężkim przebiegu (około 5%);
- osiowa, przypominająca ZZSK, ale typowe jest asymetryczne zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych (około 5%) [2, 10].

Zaraz po zmianach stawów o podłożu reumatycznym, kolejną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych związane z pracą (powszechnie nazywane „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem organizmu”). Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, choć mogą również dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, wymagających leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. W przewlekłych przypadkach mogą one nawet prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy [12–18].

Do jednej z przyczyn niesprawności w funkcjonowaniu układu kostno-stawowego i tkanki miękkiej mogą być również jej urazy bezpośrednie, wynikające z działania czynników zewnętrznych np. upadek, wypadek komunikacyjny, upadek z wysokości. Bardzo często urazy te nabywane są w miejscu pracy i w konsekwencji doprowadzają do poważnych operacji narządu ruchu tj. złamania kości kończyn, miednicy i kręgosłupa; urazy głowy zwykle obejmujące złamania kości twarzy i mózgowiczaszki, urazy brzucha, urazy klatki piersiowej [76].

### Czynniki ryzyka

Przyczyny chorób układu mięśniowo-szkieletowego mogą stanowić m.in.: schorzenia o podłożu zapalnym czy zwyrodnieniowym, zmiany przeciążeniowe, urazy kończyn, zmiany neurologiczne, ale też zespoły cieśni nadgarstka [12–16].

Chorobę zwyrodnieniową stawów wywołują czynniki modyfikowalne (tzn. takie, których można uniknąć) oraz niemodyfikowalne (niezależne od woli chorego). Do pierwszej grupy



zalicza się: otyłość, osłabienie mięśni otaczających staw, czynniki zawodowe, uprawianie sportu, zaburzenia budowy stawu, a do drugiej: wiek, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne [1].

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, ale w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają: czynniki genetyczne, wiek, płeć, zakażenia, czynniki hormonalne, środowiskowe (np. palenie tytoniu), dieta [4, 19–22].

Natomiast na rozwój spondyloartropatii wpływ mają: czynniki genetyczne czynniki środowiskowe, przebyte i istniejące infekcje, dieta [2, 22].

W grupie osób dorosłych przyczyną chorób układu mięśniowo-szkieletowego są również zmiany zwyrodnieniowe będące następstwem przeciążeń. Przeciążenia stanowią następstwo m.in. jednostronnych ruchów roboczych związanych z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka urazu, np. w rolnictwie, przemyśle, budownictwie czy transporcie. Niemniej czynniki zawodowe to tylko jedna spośród wielu przyczyn sprzyjających rozwojowi zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Ryzyko wystąpienia tych schorzeń istotnie zwiększają dodatkowo czynniki fizyczne związane ze środowiskiem pracy oraz sposobem jej wykonywania, takie jak: pozycja ciała przyjmowana podczas wykonywanych obowiązków, wartość wywieranych sił, dźwiganie ciężkich przedmiotów, powtarzalność ruchów, drgania mechaniczne oraz mikroklimat. Na ryzyko rozwoju wspomnianych dolegliwości znacząco wpływają również czynniki społeczne, takie jak: nadmierne obciążenie ilościowe oraz jakościowe pracą, brak kontroli i wsparcia społecznego, a także niepewność zatrudnienia [13–15, 18].

Wynikiem powikłań choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, obejmującej krążki międzykręgowe, stawy oraz tkanki miękkie kręgosłupa, w dominującym odsetku przypadków są dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa. Do rzadszych przyczyn bólu kręgosłupa o charakterze rzekomokorzeniowym należą infekcje, zapalenia nieinfekcyjne, choroba nowotworowa i choroby metaboliczne (np. osteoporoza). Drugi najczęściej spotykany rodzaj bólu kręgosłupa wynika z kompresji struktur nerwowych (ból korzeniowy). Ten rodzaj bólu może powstawać także w przebiegu zmian zwyrodnieniowych, infekcji, chorób reumatycznych, choroby nowotworowej, chorób metabolicznych oraz urazów. W większości przypadków chorób kręgosłupa pacjenci doświadczają bólu o charakterze rzekomokorzeniowym. Ból mięśniowo-szkieletowy może być również wynikiem powtarzanych naciągnięć, przeciążeń i zaburzeń mięśniowo-szkieletowych związanych m.in. z pracą fizyczną czy pracą w pozycji siedzącej. Urazy te są przyczyną różnych zaburzeń powodujących ból kości, stawów, mięśni i otaczających struktur. Ból może mieć charakter ostry lub przewlekły, zlokalizowany lub rozlany. Najczęściej występującym przykładem bólu

mięśniowo-szkieletowego są bóle kręgosłupa. Inne przykłady to m.in.: zapalenie ścięgien, neuropatie, mialgie (bóle mięśni) [1, 9, 13, 14, 23, 24].

## Rozpoznanie

Rozpoznanie schorzeń układu mięśniowo- szkieletowego oraz chorób kręgosłupa różni się w zależności od jednostki chorobowej. Ustalenie rozpoznania choroby wymaga analizy objawów, jakie stwierdza się u pacjenta, jak również wniosków z badania pacjenta przez lekarza i z badań dodatkowych wykonanych po ocenie chorego przez lekarza. Ten schemat postępowania jest podstawą diagnostyki wszystkich chorób, w tym chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa. Szczególne znaczenie ma ocena pacjenta przez doświadczonego reumatologa, ponieważ wiele objawów nie jest specyficznych dla konkretnej choroby, a najistotniejsze jest ich powiązanie z informacjami uzyskanymi od pacjenta. Przeprowadzone w dalszej kolejności badania laboratoryjne i obrazowe potwierdzają lub wykluczają wstępną diagnozę [1–7].

## Leczenie

Naturalny przebieg chorób narządu ruchu zmienia się w czasie, występują okresy remisji i zaostrzeń, dlatego leczenie nie powinno opierać się na sztywno ustalonym schemacie, lecz powinno być okresowo weryfikowane i dostosowane do aktualnej sytuacji i oczekiwań chorego. Celem leczenia jest nie tylko złagodzenie bólu, lecz także poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub spowolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom. Leczenie wymaga połączenia metod nefarmakologicznych oraz farmakologicznych i powinno uwzględniać następujące czynniki:

- ogólne czynniki ryzyka (wiek pacjenta, choroby współistniejące, polipragmazja lekowa);
- stopień nasilenia bólu i niesprawności;
- objawy stanu zapalnego;
- lokalizacja i stopień uszkodzenia struktur narządu ruchu.

Oprócz farmakoterapii w leczeniu objawowym chorób układu mięśniowo-szkieletowego zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii, z uwzględnieniem fizykoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u wybranych pacjentów – metod inwazyjnych (blokady, neurodestrukcja, endoprotezoplastyka) [1, 7, 9, 13, 25–27].

Rehabilitacja, wg. nowo zaproponowanej definicji WHO to: zestaw interwencji mających na celu zoptymalizować funkcjonowanie i ograniczać niepełnosprawność osób

z problemami zdrowotnymi w interakcji z otoczeniem. Stan zdrowia może obejmować chorobę, zaburzenie, uraz, a także inne okoliczności, takie jak ciąża, starzenie się, stres, wady wrodzone lub predyspozycje genetyczne. Rehabilitacja ma na celu maksymalizację możliwości danej osoby zdolność do życia, pracy i uczenia się. Rehabilitacja została uznana przez WHO nie za koszt, ale za najlepszą z możliwych inwestycji. Jest wkładem w zdrowie publiczne i strategią zdrowia na XXI wiek. Nie można pominąć faktu, że żyjemy coraz dłużej, ale coraz częściej jako osoby z niepełnosprawnościami. Na świecie (zgodnie z badaniami WHO, na podstawie wskaźnika GBD, ang. global burden of disease) 2,3 mld ludzi potrzebuje rehabilitacji, a to blisko 1/3 populacji świata [77].

Rehabilitacja stanowi zasadniczą formę leczenia i przywracania sprawności fizycznej osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego oraz ze schorzeniami kręgosłupa. Wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Rehabilitacja medyczna (inaczej zwana fizjoterapią) obejmuje kinezyterapię, fizykoterapię oraz masaż leczniczy. Terapia zespołów bólowych kręgosłupa i chorób układu mięśniowo-szkieletowego obejmuje m.in. kinezyterapię oraz fizykoterapię. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. Natomiast fizykoterapia oznacza stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana za pomocą aparatury (ultradźwięki, krioterapia, elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). W leczeniu usprawniającym pełni ona funkcję pomocniczą, dlatego rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ponadto ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe [28].

W przypadku chorób układu mięśniowo-szkieletowego celem kinezyterapii są: zapobieganie ograniczeniu ruchomości kręgosłupa, przykurczom i zniekształceniom stawów oraz ich leczenie, utrzymanie bądź zwiększenie siły mięśni, poprawa albo utrzymanie wydolności oddechowej oraz poprawa sprawności ogólnej (ruchomości, wytrzymałości). Przez poprawę sprawności ogólnej rozumie się zdolność do wykonywania lekkiej pracy fizycznej (zarówno zawodowej, jak i domowej) [7, 13, 14, 28].

Istotne jest to, aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb chorego podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymagania rehabilitacyjne pacjentów. Taki indywidualny plan musi uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań [28].

### Rokowanie

Ograniczenia wynikające z przedstawionych problemów zdrowotnych stanowią szczególną uciążliwość dla grupy osób aktywnych zawodowo, powyżej 50. roku życia. Przewlekłe występowanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego wpływa na postępujące

ograniczenie lub utratę sprawności fizycznej. Następstwem tego procesu jest powstanie niepełnosprawności [12–18].

Niezależnie od jednostki chorobowej wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decydują: czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego [28].

## **b. Dane epidemiologiczne**

### Świat

Dostępne dane wskazują, iż 100 milionów Europejczyków cierpi na przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe, z czego ponad 40 milionów pracowników zatrudnionych w krajach UE to osoby chore, co stanowi blisko połowę wszystkich odnotowywanych tam zaburzeń zdrowotnych związanych z pracą. Szacuje się, że koszty społeczne związane z występowaniem schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wynoszą od 0,5 do 2,0 procent produktu krajowego brutto (PKB). Opublikowane przez Fundację Europejską Czwarte Europejskie Badanie Warunków Pracy ujawniło, że 25% osób zatrudnionych w krajach UE cierpi na okresowe bóle pleców, a 23% – na bóle mięśni. Co więcej, Komisja Europejska szacuje, że schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są przyczyną 50% nieobecności w pracy trwających 3 lub więcej dni oraz 60% przypadków trwałej niezdolności do pracy [80].

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest jedną z głównych przyczyn ograniczenia aktywności fizycznej i niepełnosprawności w grupie osób starszych. Blisko 80% pacjentów z ChZS deklaruje ograniczenia w poruszaniu się, a 25% nie może wykonywać podstawowych czynności dnia codziennego. Choroba zwyrodnieniowa stawów stanowi piątą przyczynę niepełnosprawności w całej populacji w krajach wysoko rozwiniętych oraz dziewiątą przyczynę w krajach nisko i słabo rozwiniętych [8].

Szacuje się, że w skali całego życia ryzyko choroby zwyrodnieniowej, np. stawu kolanowego, wynosi prawie 45%. Radiologiczne zmiany w stawach spowodowane ChZS występują u ponad połowy osób w wieku 65 lat i powyżej oraz u ponad 80% osób powyżej 75. roku życia. Mimo że częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawów wzrasta z wiekiem, diagnozowana jest również w grupie osób młodych. Zazwyczaj przyczyną takiej sytuacji są następstwa urazu lub wad rozwojowych, a także uwarunkowania genetyczne. Do 45. roku życia częściej na ChZS chorują mężczyźni, natomiast w starszych grupach wieku chorobę częściej obserwuje się w grupie kobiet [6, 8, 29, 30]. Według szacunków WHO na

całym świecie objawowa choroba zwyrodnieniowa stawów występuje u 9,6% mężczyzn i 18% kobiet powyżej 60. roku życia [29].

W USA szacuje się, że 27 mln osób powyżej 24. roku życia ma objawy choroby zwyrodnieniowej stawów. Spośród 35 mln osób powyżej 65. roku życia (stanowiących 13% populacji USA) ponad połowa wykazuje objawy radiologiczne kości w przynajmniej jednym stawie [8]. Szacuje się, że w 2030 r. odsetek ten wyniesie 20 w Stanach Zjednoczonych (około 70 mln osób) [31].

Szacunki WHO wskazują, że w Europie 10–15% osób powyżej 60. roku życia cierpi na chorobę zwyrodnieniową stawów. W całej UE częstość występowania ChZS oscyluje między 2,8% w Rumunii a 18,3% na Węgrzech [8].

Istnieje regionalne zróżnicowanie występowania RZS. Dotychczasowe szacunki wskazują na częstość występowania w krajach wysoko rozwiniętych na poziomie 0,5–1,0% [5]. Globalna częstość występowania RZS (dla grupy osób w wieku 5–100 lat) wynosi 0,24% (95% CI; 0,23–0,25%). W grupie kobiet wskaźnik ten wynosi 0,35% (0,34–0,37%) i jest prawie trzykrotnie większy niż w grupie mężczyzn, gdzie było to 0,13% (0,12–0,13%). Częstość występowania RZS w Europie Wschodniej to 0,14% (0,08–0,22%) u mężczyzn, a u kobiet 0,38% (0,24–0,57%). W Europie Środkowej było to odpowiednio 0,15% (0,11–0,19%) dla mężczyzn i 0,41% (0,31–0,52%) dla kobiet, a w Europie Zachodniej – 0,24% (0,21–0,28%) dla mężczyzn i 0,63% (0,55–0,75%) dla kobiet [32]. Bazując na wartościach dla Europy Środkowej, można ocenić, że w Polsce powinno być 19–33 tys. mężczyzn i 59–98 tys. kobiet chorych na RZS w wieku 5 lat i powyżej<sup>1</sup>. Średnio daje to liczbę około 100 tys. osób chorych na RZS.

Największą zapadalność w przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa obserwuje się w trzeciej dekadzie życia. Choroba częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (stosunek liczby kobiet do mężczyzn to 2:1). Zwykle chorobowość określa się na 0,1–1,4% w skali całego świata [33], chociaż spotyka się również znacznie niższe dane (0,036–0,10%) [30]. Chorobowość w przypadku ZZSK wynosi w Europie 23,8<sup>2</sup> na 10 tys. mieszkańców (czyli około 0,24%) [33].

Szacunki dotyczące częstości występowania łuszczycowego zapalenia stawów w populacji są różne, ale przeważnie wynoszą 0,1–0,25%. Wśród pacjentów z łuszczycą ten odsetek jest znacznie wyższy i wynosi od 6 do 11 w zależności od badania [34].

---

<sup>1</sup> Wskaźniki podane w artykule Cross M. i wsp. były standaryzowane względem wieku. Do oszacowania liczby chorych na RZS wykorzystano oficjalne dane GUS opisujące populację w Polsce. Osób płci męskiej w wieku powyżej 5 lat jest 17,6 mln, a płci żeńskiej – 18,8 mln.

<sup>2</sup> Po przeważeniu ze względu na wielkość zbadanej grupy otrzymano nieco niższą wartość wynoszącą 18,6 na 10 tys. mieszkańców.

Wiedza na temat epidemiologii chorób i schorzeń kręgosłupa jest ograniczona. Wynika to m.in. z kwestii metodologicznych. Często badani raportują schorzenia kręgosłupa jako ból dolnego odcinka kręgosłupa bez względu na diagnozę lub przyczynę dolegliwości. Przypuszcza się, że na świecie średnio 15% ludności żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2–4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. W krajach wysoko rozwiniętych zespoły bólowe kręgosłupa stanowią najczęstszą przyczynę ograniczenia aktywności zawodowej u osób poniżej 45. roku życia. W grupie wiekowej 50–64 lata przewyższają je tylko schorzenia kardiologiczne oraz choroby reumatyczne (które również zaliczają się do schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej) [17, 18].

Wyniki Eurobarometru wskazują, że dolegliwości bólowe, związane z narządem ruchu, które ograniczają możliwość wykonywania codziennych czynności, występowały w ostatnim tygodniu prawie u co trzeciego (32%) dorosłego<sup>3</sup> mieszkańca Europy. W zależności od kraju odsetek ten wahał się między 18 (Irlandia) a 46 (Chorwacja). W Polsce dolegliwości bólowe ograniczające codzienną aktywność zgłaszało 39% badanych. Ból najczęściej zlokalizowany był w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa (*low back pain*). Na tę część ciała wskazało 11% ogółu badanych. Relatywnie często wymieniano również okolice odcinka piersiowego kręgosłupa (*upper back*) (8%) oraz szyi (7%). Dolegliwości bólowe prawie dwukrotnie częściej występowały u osób starszych (55 lat i więcej) w stosunku do najmłodszej grupy badanych (15–24 lata) – 43 vs. 23%. Płeć również wpływała na częstość deklarowania objawów. W grupie kobiet dolegliwości bólowe występowały u 37%, a w grupie mężczyzn – u 27% [9, 35].

Co czwarta (25%) osoba w badaniu Eurobarometru deklarowała, że doświadczyła przynajmniej raz w życiu dolegliwości bólowych narządu ruchu, które trwały trzy miesiące lub dłużej. Najniższe statystyki w Europie uzyskano w Grecji (13%), a najwyższe w Austrii (35%). Dane uzyskane w Polsce były zgodne ze średnią europejską – 25% badanych mieszkańców Polski deklarowało przynajmniej jeden epizod bólu przewlekłego narządu ruchu w swoim życiu. Ponownie najczęściej wymienianą lokalizacją bólu były okolice lędźwiowo-krzyżowe kręgosłupa – 9% ogółu badanych. Na odcinek piersiowy kręgosłupa oraz szyję wskazało odpowiednio 6 i 5%. Częściej przewlekłe dolegliwości bólowe deklarowały kobiety (28%) niż mężczyźni (22%) [9].

---

<sup>3</sup> W wieku 15 lat i więcej.

## Polska

Poddając analizie uwarunkowania epidemiologiczne w Polsce należy zauważyć, iż choroby układu kostno-szkieletowego mają wysoki udział w przyczynach niezdolności do pracy.

W 2014 r. zarejestrowano 396 977 hospitalizacji, których główną przyczyną były choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00-M99), przy czym osoby w wieku 45–64 lat stanowiły ponad 40% tej grupy. Współczynnik hospitalizacji w przeliczeniu na 10 tys. osób wyniósł 103,2. W 2022 r. z kolei zarejestrowano już 478 125 hospitalizacji, których główną przyczyną były choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00-M99), przy czym osoby w wieku 45–64 lat stanowiły ponad 36% tej grupy, a współczynnik hospitalizacji w przeliczeniu na 10 tys. osób wyniósł 126,4. Co wskazuje na znaczny wzrost zarejestrowanych hospitalizacji.

Kolejno w 2022 r. zarejestrowano ponad 199 tys. hospitalizacji z powodu choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej wśród mężczyzn (108,9/10 tys. mieszkańców) oraz niemal 278 tys. wśród kobiet (142,7/10 tys.), potwierdzając ponowny wzrost względem 2014 roku, w którym zarejestrowano ponad 157 tys. hospitalizacji z powodu choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej wśród mężczyzn (88,4/10 tys. mieszkańców) oraz niemal 240 tys. wśród kobiet (120,7/10 tys.) [39–41].

Według Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w 2023 r. w Polsce choroby układu kostnow stawowego były przyczyną 20 % orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy, wskazując wzrost o 7,45 % względem 2014 roku [42]. Z powodu tych chorób w 2023 r. w grupie mężczyzn wydano 4 900 orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy (w tym: niezdolność do samodzielnej egzystencji, całkowita niezdolność do pracy, częściowa niezdolność do pracy), co stanowi o 1 284 więcej wydanych orzeczeń niż w 2014 roku. Z kolei w grupie kobiet było to 3 379 orzeczeń wskazując wzrost o 934 orzeczenia.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 spośród osób korzystających z rehabilitacji w Polsce 49 % to osoby w przedziale wiekowym 18-64 lat<sup>4</sup>.

Powołując się na powyższy dokument w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ. Wśród nich znaczną większość stanowiły kobiety (64,8%) oraz osoby mieszkające w miastach (69,3%). Ponadto 10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku od 65 lat wzwyż. 76,6 % wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego

---

<sup>4</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/> [dostęp z dnia 12.02.2024 r.]

orzeczenia o niepełnosprawności, 5% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym, 5,5% w stopniu znacznym oraz 1,7% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami do 16. roku życia.

Zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzejącym się społeczeństwie.

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. wskazuje również, iż wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Polsce trafiali na rehabilitację, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%), inne choroby niezakaźne (0,9%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%).

Zarówno w Polsce, jak i na całym świecie, obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Polityka zdrowotna musi być przygotowana na wszelkie następstwa wynikające z niepokojących prognoz demograficznych również w zakresie rehabilitacji leczniczej. W 2019 r. ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umów z NFZ skorzystało 6,3% ludności w wieku produkcyjnym (1,44 mln osób) oraz 18,6% ludności w wieku poprodukcyjnym (1,56 mln osób). Wśród wszystkich rehabilitowanych, osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 43,2%, a osoby w wieku poprodukcyjnym 46,8%. Prognoza została przygotowana na podstawie zmian liczebności ludności względem płci i grup wiekowych oszacowanej przez GUS i zakłada utrzymanie obecnego poziomu świadczeń na poziomie kraju do 2050 r. Prognozuje się wzrost liczby rehabilitowanych pacjentów spowodowany zmianami demograficznymi o 4,5% do 2025 r., o 6,4% do 2030 r. i o 7,1% do 2040 r. względem 2019 r. Po tym okresie prognozowane jest ustabilizowanie się liczby pacjentów – liczba osób w wieku powyżej 60 lat będzie nadal rosła, ale zmniejszy się liczba osób poniżej 60. roku życia (w szczególności w grupie 40-59 lat), która także stanowi znaczący udział wśród wszystkich osób rehabilitowanych. W przypadku rehabilitacji w warunkach stacjonarnych prognozowany jest jednostajny wzrost liczby pacjentów, który w 2050 r. osiągnie ponad 25% względem 2019 r. Jest to spowodowane faktem, że przeważają tam osoby starsze.

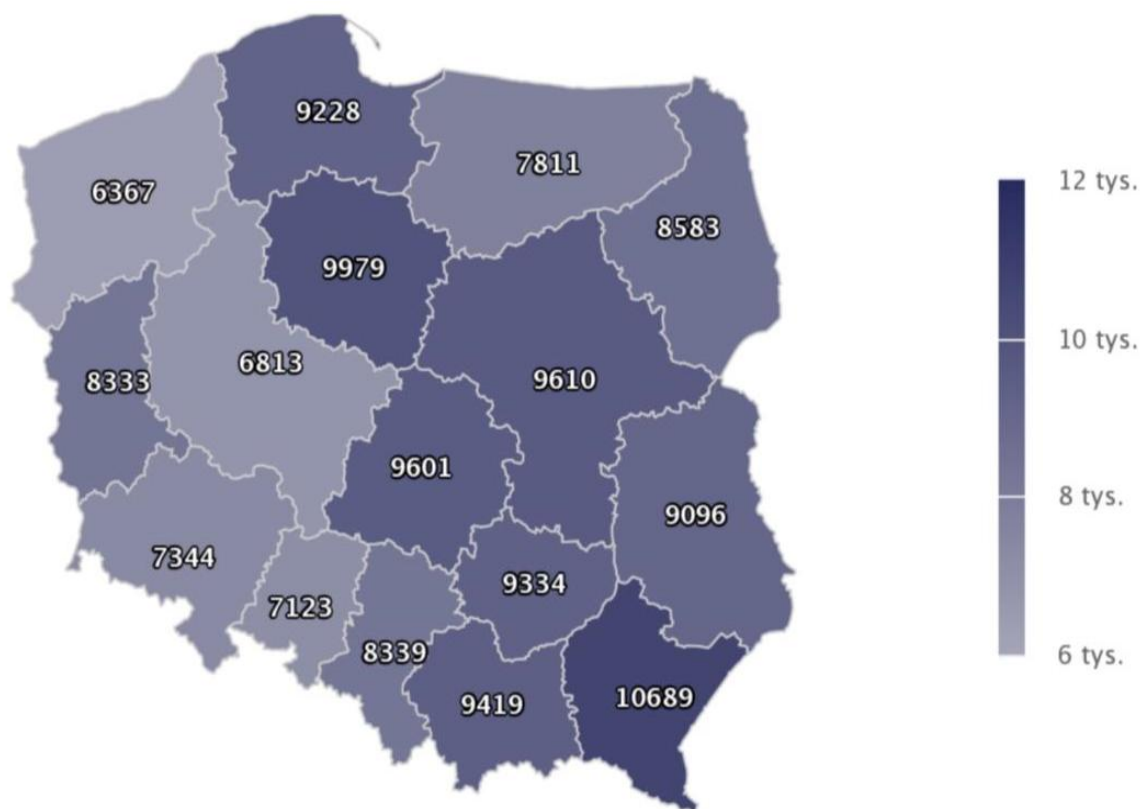
W Polsce z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów cierpi ok. 400 000 osób, a co roku odnotowuje się od 8 000 do 16 000 nowych przypadków [63]. Szacuje się, że spośród osób czynnych zawodowo w chwili zachorowania na RZS po 10 latach zdolność do pracy utraci 35–50% chorych, a po 20 latach – 50–75%. Chorzy na RZS w porównaniu z populacją ogólną są obarczeni dwukrotnie większym ryzykiem zgonu. RZS może wystąpić w każdym wieku, lecz największa zachorowalność przypada na 4. i 5. dekadę życia. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni, a przewaga płci żeńskiej nad męską w zależności od populacji wynosi od 2:1 do 4:1. Częstość zachorowania na RZS w populacji europejskiej i północnoamerykańskiej waha



się od 0,5% do 2%. Szacuje się, że w Polsce na reumatoidalne zapalenie stawów choruje około 1% populacji co oznacza, że choroba ta jest przyczyną niepełnosprawności około 400 tys. osób i świadczy o jej znaczeniu społecznym [78].

Z kolei liczba dni absencji chorobowej z powodu rozpoznania M45 ZZSK wyniosła w Polsce 82 216 dni, a liczba zaświadczeń wystawionych z tego tytułu liczył 7334.

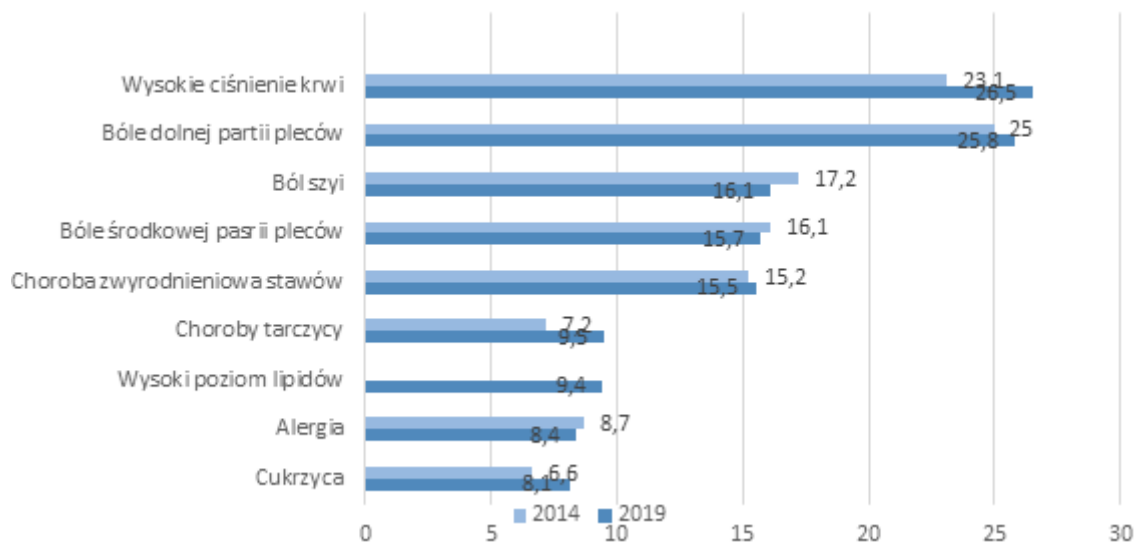
**Rysunek 1. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r.**



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS.

Według danych GUS w 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotykającymi ponad ¼ osób dorosłych (osoby w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. Obie z tych dolegliwości występowały nieznacznie częściej niż w 2014 roku (wzrost odpowiednio o 3,4 p.proc. i o mniej niż 1 p.proc.).

**Wykres 1. Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych w 2014-2019 roku.**



Źródło : opracowanie na podstawie GUS – Stan zdrowia ludności 2019.

Z danych wynika, iż problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka dominują w grupie osób w wieku 30-49 lat , a w grupie wieku 50-59 należały do dwóch najczęstszych schorzeń. Na tę dolegliwość skarżyło się 13,6% osób w wieku 30-39 lat, 24,0% w wieku 40-49 lat i 35,6% w wieku 50-59 lat.

Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni wymieniały także: choroby zwyrodnieniowe stawów (odpowiednio 20,1% kobiet i 10,4% mężczyzn), bóle szyi (20,2%, 11,5%).

**Tabela 2. Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych według grup wiekowych u osób dorosłych w 2019 r.**

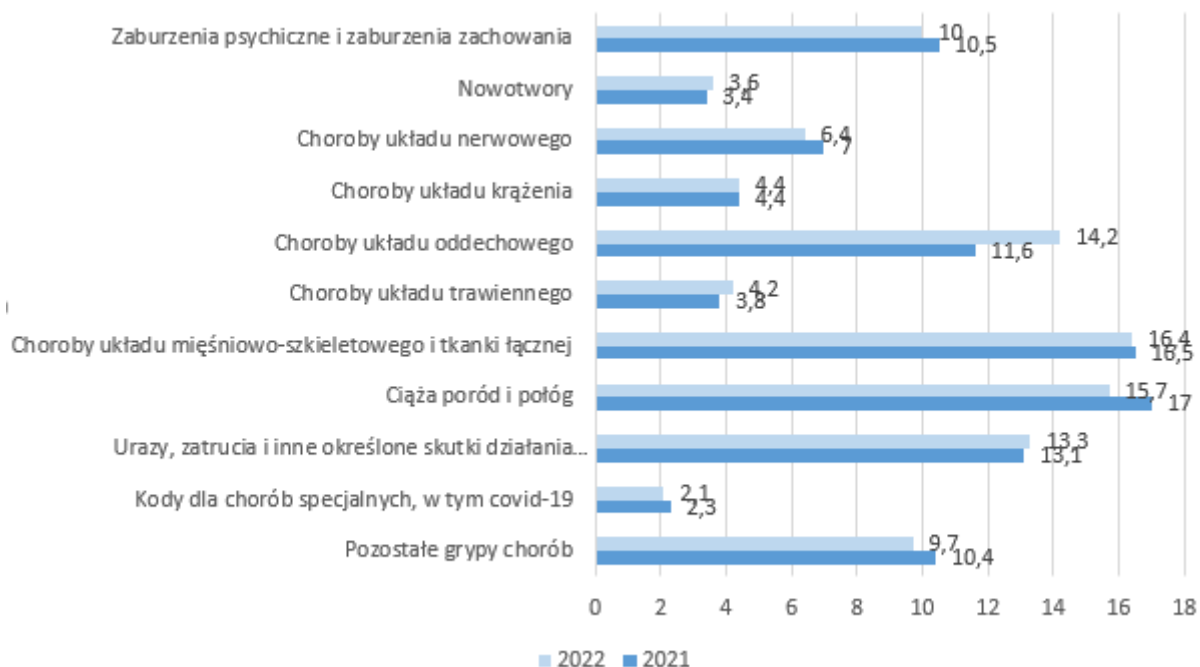
Choroba lub dolegliwość	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat+
Wysokie ciśnienie krwi	1,7	5,9	14,9	35,5	49,8	66,5	68,9
<b>Bóle dolnej partii pleców</b>	<b>6,1</b>	<b>13,6</b>	<b>24,0</b>	<b>35,6</b>	<b>38,5</b>	<b>45,2</b>	<b>51,3</b>
<b>Bóle szyi</b>	<b>3,3</b>	<b>7,0</b>	<b>13,8</b>	<b>23,3</b>	<b>25,8</b>	<b>29,7</b>	<b>31,4</b>
<b>Bóle środkowej partii pleców</b>	<b>3,5</b>	<b>7,9</b>	<b>11,9</b>	<b>22,5</b>	<b>23,4</b>	<b>29,7</b>	<b>35,8</b>
<b>Choroba zwyrodnieniowa</b>		<b>1,1</b>	<b>7,0</b>	<b>18,9</b>	<b>29,3</b>	<b>44,0</b>	<b>52,0</b>
Choroby tarczycy	4,4	6,7	8,4	11,5	13,6	15,8	13,0
Wysoki poziom lipidów		1,8	4,5	12,9	19,9	23,9	20,7
Alergia	9,1	8,3	7,5	8,5	8,0	10,5	7,6
Cukrzyca		1,5	2,7	8,5	16,1	26,5	22,8
Silne bóle głowy (migrena)	4,2	6,3	8,1	10,0	9,8	9,8	12,8
Choroba wieńcowa			1,3	5,1	13,6	26,6	38,3
Nietrzymanie moczu			1,4	2,9	6,3	15,9	29,8
Problemy z nerkami	1,6	1,7	2,5	4,1	5,9	9,9	14,1
Depresja	1,4	2,8	3,5	5,0	6,0	8,2	7,6
Astma	3,3	2,0	2,8	4,0	5,7	7,5	9,1
Choroba wrzodowa		0,8	2,3	4,6	5,0	6,6	6,8

Źródło: opracowanie na podstawie GUS – Stan zdrowia ludności 2019.

Według danych ZUS w 2014 r. choroby kręgosłupa odpowiadały za blisko 31 mln dni absencji chorobowej, czyli ponad 14% ogółu dni absencji w Polsce. Z tego powodu wydano 2,5 mln zaświadczeń lekarskich, co stanowiło 15% ogółu zwolnień lekarskich. W 2022 roku dni absencji chorobowej było jeszcze więcej, gdyż blisko 39 mln czyli ponad 16 % ogółu dni absencji w Polsce. Ponadto wydano ponad 2,8 mln zaświadczeń lekarskich, co stanowiło 13,2 % ogółu zwolnień lekarskich. Dane z 2022 roku potwierdzają, iż absencja chorobowa dotyczyła najczęściej osób w przedziale wiekowym powyżej 40 roku życia. Liczba dni absencji chorobowej 2022 roku z tytułu choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w przedziale wiekowym (ogółem) 40-49 lat wyniosła 10 414,9 tys., natomiast w przedziale 50-59 lat 12 114,0 tys., co stanowiło 57 % wśród ogółu dni absencji chorobowej wystawionych dla ubezpieczonych w przedziale wiekowym 19-65 lat i więcej.

Dla porównania w 2023 r. nastąpił kolejny wzrost powodując, iż absencja chorobowa z powodu chorób kręgosłupa wyniosła blisko 40,5 mln osobodni (o 1,5 mln w stosunku do 2022 r.) oraz wydano łącznie blisko 3 mln zaświadczeń lekarskich (15% ogółu) z powodu chorób kręgosłupa [42].

## Wykres 2 . Struktura dni absencji chorobowej w 2022 r. z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grup chorobowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS - Absencja chorobowa w 2022 roku i 2021 roku.

### Województwo warmińsko-mazurskie

W województwie warmińsko-mazurskim w 2022 r. wydano łącznie 678 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z czego 100,4 tys. zaświadczeń wydanych zostało na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99) [42]. Dla porównania w 2014 roku wydano ich 520,7 tys. z czego zaświadczeń wydanych zostało na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej było 74 tys., co stanowi znaczny wzrost na przestrzeni tych lat.

Należy również wskazać, iż w województwie warmińsko-mazurskim w 2022 roku zaobserwowano wzrost liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, względem roku 2014, i tak w 2014 liczba dni absencji chorobowej wyniosła 1 145 tys. natomiast w roku 2022 już 1 454,6 tys. W skali kraju wzrost również został zauważony tj. w 2014 roku liczba dni absencji wynosiła 30 626 tys. podczas, gdy w 2022 było to już 39 097 tys. W województwie warmińsko-mazurskim absencja chorobowa z tego tytułu odpowiadała za 18,2 % dni absencji (2014 – 16,4 %) w stosunku do wszystkich chorób

raportowanych do ZUS, podczas gdy w całym kraju odsetek ten wyniósł 16,3 (2014 - 14,4 %) [42] i był to kolejny wzrost względem roku 2014.

Według danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie 2023 roku, wśród pacjentów, u których postawiono rozpoznanie główne z grupy M00-M99 najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 40-49 lat – tj. 44 451 pacjentów oraz 50-59 lat - 50 306 pacjentów.

**Tabela 3. Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym z grupy M00-M99 leczonych w podmiotach należących do Narodowego Funduszu Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego w Olsztynie , korzystających ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym lub stacjonarnym, w podziale na wiek pacjenta w dniu wykonywanych świadczeń (dane 2023 r.)**

<b>Przedział wiekowy pacjenta/ rok świadczenia</b>	<b>2023</b>
<b>20-29</b>	14 022
<b>30-39</b>	28 271
<b>40-49</b>	44 451
<b>50-59</b>	50 306
<b>60-64</b>	31 007

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie

Zgodnie z danymi wykazanymi w Mapie Potrzeb Zdrowotnych jednym z utrzymujących się wysoko wskaźników DALY problemów zdrowotnych w województwie jest ból dolnego odcinka Kręgosłupa, ze wskaźnikiem DALY na 5 miejscu <sup>5</sup>.

Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. Powołując się na te analizy, największy przyrost wskaźnika dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego będzie w województwie warmińsko-mazurskim (2 045,24 na 100 tys. ludności, czyli 9,37%).

<sup>5</sup> Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69)., Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026

### c. Struktura populacji kwalifikującej się do włączenia do programu

Według *Rocznika Statystycznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2023* (najbardziej aktualny dostępny w dniu 12.02.2024 r.) stan ludności województwa warmińsko-mazurskiego na dzień 31 grudnia 2022 r. wynosił 1 366,4 tys., z czego kobiety stanowiły 699 tys., a mężczyźni 667 tys. [45].

WIEK AGE	2015	2019	2020	2022					
				ogółem grand total	z liczby ogółem of grand total number				
					mężczyźni males	miasta urban areas		wieś rural areas	
						razem total	w tym mężczyźni of which males	razem total	w tym mężczyźni of which males
<b>OGÓŁEM TOTAL</b>	<b>1439675</b>	<b>1422737</b>	<b>1385622</b>	<b>1366430</b>	<b>667043</b>	<b>806321</b>	<b>382977</b>	<b>560109</b>	<b>284066</b>
0–2 lata	40318	40643	38694	32335	16597	18486	9607	13849	6990
3–6	61901	54119	56256	55495	28312	30843	15748	24652	12564
7–12	89734	93861	91832	86877	44795	47731	24613	39146	20182
13–15	44049	43176	43623	47725	24644	26597	13692	21128	10952
16–18	47479	42422	40700	41818	21384	22497	11522	19321	9862
19–24	115275	96367	84995	81952	42288	42641	21670	39311	20618
25–29	109114	97888	83790	76327	39676	43456	21991	32871	17685
30–34	121620	107384	99861	92113	47882	54120	27777	37993	20105
35–39	113597	118481	116877	111140	57308	67081	34143	44059	23165
40–44	99855	109620	110209	112464	57170	67802	33915	44662	23255
45–49	87949	94896	96957	102726	52275	60480	30222	42246	22053
50–54	95284	85917	84625	86195	42958	48937	23523	37258	19435
55–59	110904	95445	90671	85552	41923	48969	22881	36583	19042
60–64	100287	106485	103709	96856	46174	57776	26003	39080	20171
65–69	74885	89359	91181	94534	42935	60360	25895	34174	17040
70–74	38412	58592	65722	73370	31398	49361	20265	24009	11133
75–79	37363	32792	31751	36961	14335	24858	9553	12103	4782
80 lat i więcej and more	51649	55290	54169	51990	14989	34326	9957	17664	5032

Źródło: *Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2023*

Zgodnie z założeniami programu grupą docelową programu są osoby pracujące lub zarejestrowane jako bezrobotne z województwa warmińsko-mazurskiego w wieku produkcyjnym (ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40. roku życia, które podczas rekrutacji będą miały pierwszeństwo dostępu).

Na potrzeby programu osoby aktywne zawodowo definiowane będą jako ludność w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące lub bezrobotne (definicja Głównego Urzędu Statystycznego, GUS). Dolna granica wieku została arbitralnie ograniczona do 18 lat, a górna – do 64 lat dla mężczyzn i 59 lat dla kobiet (co odpowiada definicji wieku produkcyjnego GUS) i będzie stanowiła grupę docelową.

Według danych GUS (*Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2023*) w IV kwartale 2022 r. w województwie warmińsko-mazurskim aktywnych zawodowo było 583 tys. osób, z czego 568 tys. było w wieku produkcyjnym [45].

Dane GUS wskazują również, że aktywni zawodowo mieszkańcy województwa stanowili 54,4 % ludności w wieku 15-89 lat. Biorąc pod uwagę kryterium wieku, najwyższą wartość współczynnika aktywności zawodowej zaobserwowano w grupie 35-44 lata (87,9 %, o 0,4 punktu % mniej niż w analogicznym kwartale 2021 r.), natomiast najniższą dla osób w wieku 55-89 lat (25,6 %; spadek o 0,6 punktu %)[46].

#### **d. Obecne postępowanie**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w ramach rehabilitacji schorzeń narządu ruchu dostępne są świadczenia gwarantowane obejmujące m.in.:

- lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – porada lekarska rehabilitacyjna;
- fizjoterapię ambulatoryjną – wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny (kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia);
- realizowane w warunkach domowych – porada lekarska rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna i zabieg fizjoterapeutyczny, w tym: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, balneoterapia);
- realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa.

Zgodnie z cytowanym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia świadczenia gwarantowane skierowane do pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu realizowane są również w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych [47].

Samorząd województwa warmińsko-mazurskiego nie realizuje obecnie żadnego programu zdrowotnego z zakresu rehabilitacji schorzeń narządu ruchu w populacji osób aktywnych zawodowo. Program polityki zdrowotnej w ww. obszarze został pierwotnie opracowany na lata 2017-2019, jednak po stosownych aktualizacjach został ostatecznie zrealizowany w latach 2019-2022 i cieszył się ogromnym zainteresowaniem wśród mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego. Udział w programie wzięło 5 247 osób, co znacznie przyczyniło się do poprawy stanu zdrowia, bądź wzrostu wiedzy na temat chorób kręgosłupa.

Programy polityki zdrowotnej dotyczące rehabilitacji leczniczej ogółu społeczeństwa (mieszkańców danej społeczności) były i są powszechnie realizowane w innych jednostkach samorządu terytorialnego na terenie całego kraju. Natomiast w skali ogólnokrajowej (przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ) nie są prowadzone żadne programy dotyczące rehabilitacji schorzeń narządu ruchu.

Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego potencjał świadczeniodawców obecnie realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej, zarówno w rozumieniu posiadanego sprzętu, jak i pod względem kwalifikacji personelu, jest na bardzo wysokim poziomie. Ograniczona dostępność do ambulatoryjnych i dziennych świadczeń rehabilitacyjnych wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych.

Według stanu na dzień 19.02.2024 r. liczba miejsc udzielania świadczeń funkcjonujących na terenie województwa przedstawia się następująco:

- poradnie rehabilitacyjne – 34 miejsca;
- gabinety rehabilitacyjne (w województwie nie ma zakładów rehabilitacji) – 94 miejsca;
- ośrodki rehabilitacji dziennej – 34 miejsca;
- oddziały stacjonarne rehabilitacji ogólnoustrojowej – 13 miejsc.

Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w województwie warmińsko-mazurskim wynosi nawet do 95 dni (w ramach wymienionych jednostek prowadzone są listy oczekujących) [48].

#### **e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Wyniki badania EHIS (GUS, 2014) wskazują, że prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący pomocy medycznej doświadczył opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę i takie sytuacje dotyczyły głównie osób dorosłych [44].

Mając na uwadze aktualne problemy zdrowotne oraz postępujący proces starzenia się populacji, należy podejmować działania ukierunkowane na profilaktykę chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób kręgosłupa, a także na poprawę funkcjonowania fizycznego ogółu mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem osób aktywnych zawodowo, wśród których powszechnie występują m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów.

Niniejszy program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapobiegnie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia Na Lata 2021–2027, Z Perspektywą



Do 2030 r., (Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.) – Narzędziem 1.2: Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących”.

Ponadto program jest zgodny z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [52].

Na poziomie ponadregionalnym założenia programu wpisują się w Działanie 2.8.1. (aktualizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów „ostrzych”) Krajowego Planu Transformacji, którego oczekiwanymi do osiągnięcia rezultatami powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym oraz zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Program wpisuje się również w założenia Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2022-2026, który swoje działania w zakresie rehabilitacji medycznej kieruje min. na powrót do pracy, poprawy jakości życia osób starszych, zapobieganie niepełnosprawności oraz zapisy Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. (Rozdział 8. Rehabilitacja medyczna) wskazujące, iż ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.

Program powstał na podstawie wdrażanego w ramach RPO WiM 2014-2020 Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017–2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu i jest odpowiedzią na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej (po stosowanych aktualizacjach realizowany w latach 2019-2022). Jego celem jest zapewnienie możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

Poprzednia wersja programu wdrażanego w ramach RPO WiM 2014-2020 obejmowała wsparciem dwie grupy osób, tj. działaniami edukacyjnymi została objęta grupa aktywnych zawodowo osób w wieku produkcyjnym (18–64 lata dla mężczyzn oraz 18–59 lat dla kobiet), natomiast zajęcia z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego były

skierowane do populacji mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku 50–64 lat wśród mężczyzn oraz 50–59 lat wśród kobiet. Ponieważ problem jest obserwowany u osób w coraz młodszym wieku (co potwierdzają dane Narodowego Funduszu Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego w Olsztynie) dostępność niniejszego programu polityki zdrowotnej została poszerzona dla całej populacji osób w wieku aktywności zawodowej w wieku produkcyjnym tj. 18–64 lat dla mężczyzn i 18-59 lat dla kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40 r.ż, które podczas rekrutacji będą miały pierwszeństwo dostępu (poprzednio preferencja ta dotyczyła osób w wieku powyżej 50 r.ż.).

## **2. Cele programu**

### **a. Cel główny**

Zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa u co najmniej 50\* % osób uczestniczących w programie w okresie jego trwania.

### **b. Cele szczegółowe**

1. Uzyskanie poprawy sprawności funkcjonalnej w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa u co najmniej 50\*% uczestników;
2. Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe;
3. Wzrost poziomu wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy u 60% uczestników.

### **c. Mierniki efektywności**

1. Liczba osób objętych wsparciem w programie;
2. Odsetek osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę sprawności funkcjonalnej w obszarze schorzeń narządu ruchu i kręgosłupa – 50\* %;
3. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych, w związku z otrzymanym w programie wsparciem– 50\* %;
4. Odsetek osób, u których nastąpiła zmiana stanu zdrowia na podstawie wyników Kwestionariusza HAQ (Health Assessment Questionnaire);
5. Odsetek osób, u których nastąpił wzrost aktywności fizycznej (badane na podstawie zebranych danych osobowych uczestnika podczas pierwszej i ostatniej wizyty) – 40\* %

6. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych, profilaktyki schorzeń narządu ruchu, utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych i ergonomii w miejscu pracy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10\*% względem pre-testu.
7. Odsetek osób, które podjęły lub kontynuują zatrudnienie ( badane na podstawie zebranych danych osobowych uczestnika podczas pierwszej i ostatniej wizyty) - wzrost o 10\* %.

Sprawozdanie zawierające wartości osiągnięte w powyższych miernikach będzie składane przez beneficjenta corocznie do Instytucji Zarządzającej ogłaszającej nabór. Warunki przekazywania powyższych informacji zostaną określone szczegółowo w stosownej umowie zwartej z poszczególnymi beneficjentami.

### **3. Adresaci programu**

#### **a. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie**

Zgodnie z „Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, regionalne programy zdrowotne realizujące działania z obszaru rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia są kierowane do:

- osób zatrudnionych narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,

lub

- osób bezrobotnych zarejestrowanych, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

Działania zostaną skierowane do osób aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym tj. 18–64 lata dla mężczyzn oraz 18–59 lat dla kobiet (ze szczególnym uwzględnieniem osób po 40 r.ż, które podczas rekrutacji będą miały pierwszeństwo dostępu). Zgodnie z danymi przedstawionymi w punkcie 1c „Struktura populacji kwalifikującej się do udziału w programie ” w roku 2022 grupa osób mogących przystąpić do programu to około 568 tys. osób. Program ma charakter wieloletni i realizowany będzie w latach 2025-2028.

Szacuje się, że w związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi grupa docelowa w 2025 r. liczyć będzie 560 tys. Dodatkowo szacuje się, że w latach 2026-2028 w grupie docelowej znajdą się dodatkowo trzy roczniki, które liczą około 48 tys. osób.

\* wartości w celach oraz miernikach efektywności przyjęto na podstawie doświadczeń własnych oraz innych samorządów, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze rehabilitacji medycznej/leczniczej.

Jak wynika z opublikowanych danych na temat aktywności ekonomicznej w wieku 18–19 lat, zaledwie 15,2% osób jest aktywnych zawodowo (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2023 roku*), co oznacza, że należy uwzględnić dodatkowe 7,2tys. osób [53]. Grupa docelowa w całym okresie objętym programem będzie mogła liczyć około 567 tys. osób.

Z danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego w Olsztynie wynika, iż w 2023 roku 170 460 osobom w wieku produkcyjnym postawiono rozpoznanie główne M00-M99 co stanowi 30 % grupy docelowej.

W województwie warmińsko-mazurskim w roku 2022 wystawiono 678 tys. zaświadczeń lekarskich, w tym ok.15 % z wszystkich zaświadczeń wystawiono „z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej” co stanowi 100,4 tys. zaświadczeń (patrz część I.B. Epidemiologia). W związku z powyższym przyjęto, iż średnio na 1 pacjenta wystawiono co najmniej dwukrotnie zaświadczenie.

Tym samym oszacowano, iż liczba osób, która otrzymała zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z ww. powodu to 50 200 osób, czyli blisko 9,2 % osób w populacji aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym.

W programie ze względu na ograniczenia budżetowe planuje się objąć wsparciem 1 938 osób, które skorzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych (co stanowi około 3,9 % osób z 50 200 osób, czyli szacowanej grupy otrzymujących zaświadczenie lekarskie z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej).

## **b. Tryb zapraszania do programu**

Podstawowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i w efekcie uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu jego realizacji zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji zachęcająca do aktywnego udziału w programie. Mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, stron internetowych samorządów terytorialnych, lokalnych forów internetowych oraz plakatów, broszur edukacyjnych. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane o akcji także poprzez zakłady pracy, urzędy pracy itp.

Ponadto podczas zgłaszania nowych mieszkańców do ewidencji ludności każdy mieszkaniec kwalifikujący się do programu lub tuż przed osiągnięciem ustalonego progu wiekowego otrzyma instrukcję dotyczącą aktualnych programów zdrowotnych dostępnych dla mieszkańców wraz z podstawowymi informacjami organizacyjnymi. W ramach działań uzupełniających stosowane będą interwencje, takie jak kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnych kościołach parafialnych.

Sugeruje się, aby zastosować następujące metody:

- przesłanie informacji drogą mailową (do poradni lekarza rodzinnego, powiatowych urzędów pracy, placówek medycyny pracy);
- przesłanie materiałów promocyjnych do następujących organizacji/institucji: bezpośrednio zakładów pracy, ośrodków pomocy społecznej (OPS), powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych działających na rzecz pracowników, Jednostek Samorządu Terytorialnego oraz podmiotów leczniczych Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ);
- umieszczenie informacji o programie na stronie internetowej beneficjentów;
- organizowanie akcji promocyjnych.

W ramach rekrutacji adresatów do programu beneficjent opcjonalnie może nawiązać współpracę m.in. z: poradniami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnymi ośrodkami specjalistycznymi (AOS) i innymi podmiotami leczniczymi, ośrodkami pomocy społecznej (OPS), miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie (MOPR), powiatowymi centrami pomocy rodzinie (PCPR), organizacjami pozarządowymi i parafiami. Na podjęcie decyzji o przystąpieniu do programu będą miały wpływ m.in. prowadzone działania informacyjno-edukacyjne, kampanie i akcje propagujące korzyści z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego i omawiające związane z ich brakiem zagrożenia. Fakultatywnie będzie można przekazywać informacje o programie m.in. w ramach większych wydarzeń sportowych, rekreacyjnych i kulturalnych.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie zależy od tego, jakie narzędzia zaproponuje beneficjent w swoim projekcie.

#### **4. Organizacja programu**

Program będzie realizowany za pośrednictwem projektów wybranych do dofinansowania w drodze konkursu/konkursów ogłoszonych przez Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Projekty złożone przez beneficjów będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 tj. Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Interwencje w ramach programu mają być prowadzone zgodnie z rozdziałem 7 Wytucznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027.

Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami:

- Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027;

- Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027.

W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS+, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 14 Ustawy wdrożeniowej.

W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie projektów, podlegające ocenie. Do konkursu mogą przystąpić:

- podmioty lecznicze,
- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia,
- jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego,
- organizacje pozarządowe lub organizacje non-profit posiadające doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych.

Dopuszczalna jest realizacja projektów dotyczących niniejszego Programu w partnerstwie (w rozumieniu Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027) przez podmioty wnoszące do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe. Z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana. Szczegółowe warunki w zakresie partnerstwa zostaną określone w Regulaminie wyboru projektów.

#### **a. Etapy programu**

W ramach każdego projektu świadczenia rehabilitacyjne będą udzielane przez podmiot leczniczy, który zobowiązany będzie do zrealizowania wszystkich etapów zakładanych w programie.

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjno-edukacyjna, prowadzona metodami opisanymi w punkcie 3 b dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane m.in. o niebezpieczeństwach związanych z chorobami układu kostno-stawowego i tkanki łącznej oraz przede wszystkim o ramach organizacyjnych programu polityki zdrowotnej.

Drugi etap programu rozpocznie się od kwalifikacji uczestników do programu, po której nastąpi przeprowadzenie zaplanowanych w programie interwencji tj.:

- działania terapeutyczne, w skład których wchodzi m.in. wizyty lekarskie/fizjoterapeutyczne, kinezyterapia, zabiegi fizykalne, zabiegi manualne, zajęcia rekreacyjno-sportowe;
- edukacja zdrowotna.

Do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający medyczne kryteria włączenia. Kwalifikacja będzie przeprowadzana przez lekarza specjalistę\* na podstawie weryfikacji dokumentacji medycznej stwierdzającej wady lub schorzenia kręgosłupa okazanej przez osobę zgłaszającą się do programu lub kwalifikacji na podstawie skierowania wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę.

W ramach kwalifikacji beneficjent musi stwierdzić, czy nie zachodzą medyczne przeciwwskazania do uczestnictwa w dalszych interwencjach udzielanych w ramach programu.

W zakresie działań związanych ze wstępną oceną dolegliwości ze strony kręgosłupa, przed włączeniem danej osoby do programu, muszą zostać przeprowadzone badania w kierunku wad postawy wykonywane przez lekarza specjalistę lub rehabilitanta (badanie fizykalne i przy użyciu inklinometru).

Podstawowym kryterium formalnym będzie wyrażenie chęci wzięcia udziału w interwencji przez uczestnika. Ponadto uczestnik powinien wykazać, że spełnia wymogi grupy docelowej (osoby aktywne zawodowo w wieku produkcyjnym zamieszkałe w województwie warmińsko-mazurskim, spełniające formalne i medyczne kryteria włączenia) na podstawie dokumentów wskazanych w regulaminie wyboru projektów ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027. Niezbędne będzie również podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych [55].

Po uzyskaniu zgody uczestnika na udział w programie, zostaje ustalony indywidualny plan rehabilitacji, w tym ustalone z pacjentem cele m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne, uwzględniając przy tym obok założeń programu także preferencje pacjenta.

## **b. Planowane interwencje**

Program będzie realizowany zgodnie z warunkami określonymi w Programie Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021–2027 przez podmioty wybrane w ramach konkursu, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z Ustawą o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 [56]. Będzie on ogłoszony na podstawie obowiązującego „Harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie dla programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021–2027”.

\* rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, rehabilitacji narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W ramach każdego projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił funkcję lidera bądź partnera. W ramach każdego projektu zrealizowane zostaną wszystkie etapy zakładane w programie opisane w części 4 a.

### **W skład I etapu programu wchodzi następujące interwencje:**

#### **Działania informacyjno-edukacyjne**

W ramach programu realizator zobowiązany jest zapewnić społeczeństwu odpowiednią informację i promocję programu zdrowotnego. W ramach w/w działań realizator powinien:

- zorganizować akcje informacyjno-edukacyjne;
- utworzyć, w ramach istniejącej/ stworzonej na potrzeby programu strony internetowej realizatora programu, zakładki zawierającej informacje o realizacji programu zdrowotnego, a w szczególności cel realizowanego programu, ramy czasowe programu, kryteria i sposób kwalifikacji uczestników, zasady udzielania świadczeń w ramach programu oraz dane teleadresowe,
- poinformować np. drogą elektroniczną, jednostki państwowe (ZUS, KRUS itp.), samorządowe (Wojewódzkie i Powiatowe Urzędy Pracy, Ośrodki Pomocy Społecznej, Gminne i Miejskie wraz z jednostkami podległymi itp.) oraz podmioty działające w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o realizacji programu zdrowotnego. Przekazać plakaty, ulotki informujące oraz edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.
- opublikować artykuły prasowe informujące i edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.

Beneficjenci w celu dotarcia do lokalnej społeczności i intensyfikacji przekazu mogą prowadzić, spotkania wspierające lub działania propagujące wiedzę na temat wykrywania i diagnostyki chorób kręgosłupa. Mogą one być realizowane np. na bazie spotkań integracyjnych, które skupiać będą mieszkańców regionu z grupy docelowej, lub szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, koncertów, poradnictwa/działań edukacyjnych, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) albo przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych.



## **W skład II etapu programu wchodzi następujące interwencje:**

### **Kwalifikacja do programu:**

- zgłoszenie do programu potencjalnych uczestników;
- weryfikacja spełnienia kryteriów;
- kwalifikacja (szczegółowy opis w części 4 a) do udziału w działaniach terapeutycznych oraz edukacyjnych.

### **Działania terapeutyczne**

Wśród zaplanowanych interwencji powinny znaleźć się takie działania jak:

- wizyty lekarskie/fizjoterapeutyczne;
- gimnastyka korekcyjna;
- zabiegi fizykalne;
- masaże;
- kinezyterapia;
- terapie manualne;
- techniki specjalne;
- **zajęcia rekreacyjno-sportowe.**

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała, poprawa lub zahamowanie pogłębiania się schorzenia kręgosłupa. Wszystkie osoby z chorobą kręgosłupa będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych w zależności od indywidualnych możliwości i predyspozycji. Program będzie zachęcał do wykonywania ćwiczeń aerobowych o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych.

Pierwszy obligatoryjny element w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa to wizyta lekarska rehabilitacyjna/wizyta fizjoterapeutyczna. W programie zaplanowano łącznie 3 takie wizyty.

W trakcie pierwszej wizyty lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad i odpowiednie badanie przedmiotowe oraz ustali indywidualny plan rehabilitacji.

Dodatkowo obligatoryjnie w trakcie pierwszej wizyty, a także na końcu cyklu zajęć uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), którego wyniki wykorzysta się w monitorowaniu efektywności programu.

W ramach programu przewidziane są również dwie kontrolne wizyty lekarskie/fizjoterapeutyczne (w połowie oraz na zakończenie uczestnictwa w programie),

celem wizyt będzie weryfikacja przyjętego cyklu terapeutycznego (z pomiarem parametrów), a także monitorowanie przebiegu interwencji. Minimalna łączna liczba spotkań w ramach wizyty lekarskiej/fizjoterapeutycznej wynosi - trzy.

Lekarz/fizjoterapeuta będzie również odpowiadał za edukację zdrowotną pacjenta w trakcie i po zakończeniu cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych.

Drugą obligatoryjną częścią interwencji terapeutycznej dotyczącej wad i schorzeń kręgosłupa są zabiegi fizykalne i zajęcia ruchowe z wykorzystaniem m.in. kinezyterapii, terapii manualnej, zabiegów fizykalnych.

**Kinezyterapia** to jedna z dziedzin fizjoterapii. Oddziałuje ona na organizm za pomocą ruchu. Dla jej określenia używa się również nazwy gimnastyka lecznicza. Kinezyterapia opiera się przede wszystkim na ćwiczeniach ruchowych.

Jej głównym zadaniem jest przywrócenie sprawności aparatu ruchu. W kinezyterapii wykorzystuje się m.in.:

- ćwiczenia bierne (terapeuta prowadzi ruch za pacjenta);
- czynno-bierne (bierne wykonywanie ruchu, ale czynne rozluźnianie lub napinanie mięśni przez pacjenta);
- czynne wolne (pacjent jest zdolny wykonać ruch w pełnym zakresie bez żadnej pomocy, a źródłem oporu jest ciężar jego ciała);
- izometryczne (czynne napinanie mięśni bez zmiany ich długości, poszczególne czynności nie powodują ruchu w stawie, mają za zadanie zapobiegać zanikom mięśniowym i utrzymywać mięśnie w czynnej aktywności; opór stawia fizjoterapeuta)
- ćwiczenia ogólnousprawniające.

**Terapia manualna** wykorzystuje różne techniki, które wspomagają powrót do pełnej sprawności. Do najczęściej stosowanych należą: masaż, stretching, manipulacja, mobilizacja i neuromobilizacja.

**Zabiegi fizykalne** to terapia wykorzystująca zjawiska fizyczne typu: niska temperatura, prąd, światło, magnetyzm. Do najpopularniejszych zabiegów fizjoterapeutycznych zalicza się: laseroterapię; krioterapię; ultradźwięki; falę uderzeniową; elektrostymulację; prądy diadynamiczne; pola elektromagnetyczne (czyli diatermia); jonoforezę.

Procesy te wspomagają biologiczną odnowę tkanek, likwidują ból, wpływają na zmniejszenie obrzęków i ustanie stanów zapalnych.

Zgodnie z rekomendacjami (NSF 2017) pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować się, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Na potrzeby określenia

budżetu programu wskazano ilość spotkań z pacjentem tj. min. 36, natomiast format ćwiczeń i ich liczebność powinna wynikać z indywidualnych potrzeb każdej osoby.

Zajęcia ruchowe mają na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają na (przynajmniej) zahamowanie pogłębiania się schorzenia kręgosłupa oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej. Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę stanu lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły one zarówno być realizowane na sali ćwiczeń, jak i kontynuowane w warunkach domowych.

Rekomendowane będą również zajęcia rekreacyjno-sportowe w formacie min. 4 spotkania po 45 min mające ciekawą oprawę i charakter, oraz będące dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność tych zajęć, będą one mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych lub na basenach, na boiskach szkolnych i klubowych, w świetlicach i salach gimnastycznych.

Zajęcia aktywności fizycznej, w wybranych centrach miejskich/osiedlowych, powinny być prowadzone przez specjalistów od ruchu (animatorów/trenerów personalnych/nauczycieli wychowania fizycznego). Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna skierowana do osób w ich czasie wolnym powinna być prowadzona w sposób atrakcyjny, w odpowiedniej formie i dostosowana do danej grupy wiekowej.

W skład multidyscyplinarnego zespołu zajmującego się schorzeniami kręgosłupa może wchodzić m.in. personel wyspecjalizowany w dziedzinach ukierunkowanych na leczenie, profilaktykę zdrowotną, wsparcie osób z dysfunkcjami narządu ruchu, z doświadczeniem w prowadzeniu długofalowych interwencji u takich osób. W celu świadczenia kompleksowej usługi zespół ten skupiać może: lekarzy, w tym ortopedę, specjalistę rehabilitacji medycznej, masażystę, specjalistę aktywności fizycznej, fizjoterapeutę.

### **Edukacja zdrowotna**

Każdy uczestnik weźmie udział obowiązkowo w min. 2 spotkaniach edukacyjnych po 45 min. dotyczących m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu (w zależności od stwierdzonego schorzenia). Uczestnikom programu zostaną, w sposób dostosowany do tej grupy, przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Szczególną uwagę zwróci się na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomię pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie.

Osobami odpowiedzialnymi za realizację zajęć z edukacji zdrowotnej będą fizjoterapeuci, osoby z tytułem minimum magistra wychowania fizycznego, sportu, nauk o zdrowiu oraz dietetycy (zgodnie z definicją zawartą w załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych). Jednocześnie w ramach działań edukacyjnych w materiałach zawarte będą również informacje praktyczne dotyczące możliwości i form uzyskania różnorodnego wsparcia z zakresu aktywizacji zawodowej, dedykowane osobom chcącym wrócić do pracy w trakcie lub po rehabilitacji.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas oceny projektu w trakcie konkursu..

Realizator zobowiązany będzie to zweryfikowania poziomu wiedzy uczestników przez zastosowaniu opracowanego przez siebie pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcją. Test powinien zawierać 5 pytań zamkniętych.

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych oraz logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas wyboru realizatora programu w trakcie konkursu.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie województwa warmińsko-mazurskiego przez beneficjentów wybranych w drodze konkursu.

Beneficjent powinien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; będzie też zobowiązany do posiadania zasobów koniecznych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [57–60].

### **c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.

Działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym będą skierowane do osób aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40 roku życia, które podczas rekrutacji będą miały pierwszeństwo dostępu.

Do działań o charakterze terapeutyczno-edukacyjnym będą kwalifikowane osoby spełniające poniższe kryteria.

### Kryteria formalne:

Podstawowe formalne kryterium włączenia do programu to podpisanie przez uczestnika druku świadomej zgody na udział w akcji (druk zgody w załączniku c do programu). Podpisana zgoda zostanie włączona do dokumentacji medycznej uczestnika programu.

Do programu będą zapraszane osoby z grupy docelowej, które wyraziły chęć wzięcia udziału w interwencji. Ponadto uczestnik powinien wykazać, że spełnia wymogi grupy docelowej (zgodnie z opisem punktu 1 c, tj. osoby pracujące bądź zarejestrowane jako bezrobotne zamieszkujące w województwie warmińsko-mazurskim w wieku produkcyjnym) oraz medyczne kryteria włączenia.

### Medyczne kryteria włączenia:

- zdiagnozowana choroba układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej lub urazy i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych zgodnych z rozpoznaniem ICD10 – (dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 12 miesięcy, chyba, że lekarz kwalifikujący zdecyduje inaczej).

- skierowanie na podjęcie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę. Poprzez skierowanie należy rozumieć wystawione przez lekarza zlecenie zgodne z załącznikiem d do programu.

### Medyczne kryteria wyłączenia:

Niezbędne będzie złożenie pisemnego oświadczenia, że w chwili przystąpienia do programu osoba nie jest objęta żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku ze schorzeniami kręgosłupa, finansowanym z NFZ, jak również nie bierze udziału w analogicznym projekcie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków publicznych. Niespełnienie powyższego będzie skutkowało wyłączeniem z programu.

Z programu zostaną wyłączone osoby, które w czasie ostatniego miesiąca zakończyły pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub korzystały z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej w ramach kontraktu z NFZ.

Ponadto wyłączone zostaną osoby, których stan zdrowia uniemożliwia podjęcie rehabilitacji medycznej w trybie ambulatoryjnym. Kryterium będzie określone na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz/lub podczas pierwszej wizyty lekarza specjalisty /fizjoterapeuty.

Osoby, które były uczestnikami niniejszego programu, nie mają możliwości ponownego przystąpienia do udziału w przedmiotowym RPZ.

Programem będą objęte wszystkie osoby z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Szczegółowe zapisy oraz wymagane dokumenty zostaną wskazane w regulaminie wyboru projektów ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć do 2028 roku.

#### **d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

Ze względu na charakter grupy docelowej akcja będzie prowadzona w sposób ciągły. Osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności.

Informacje te rozpowszechnione będą za pomocą wcześniej wspomnianych mediów. W razie uzasadnionej potrzeby akcja informacyjna zostanie uzupełniona bezpośrednimi kontaktami telefonicznymi.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zakupione wymagane wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Działania te zapewnią optymalne wykorzystanie środków finansowych w programie.

#### **e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w ramach rehabilitacji schorzeń narządu ruchu, dostępne są świadczenia gwarantowane obejmujące m.in.:

- lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną – porada lekarska rehabilitacyjna;
- fizjoterapię ambulatoryjną – wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny (kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia);
- działania realizowane w warunkach domowych – porada lekarska rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna i zabieg fizjoterapeutyczny, w tym: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, balneoterapia);

- działania realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego – rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa.

Świadczenia gwarantowane skierowane do pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu realizowane są również w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

Potrzeba wdrożenia w województwie warmińsko-mazurskim programu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego w zakresie kinezyterapii, masażu leczniczego i fizykoterapii wynika z ograniczonej dostępności ambulatoryjnych i dziennych świadczeń rehabilitacyjnych, czego przyczyną są przede wszystkim limity w kontraktach z NFZ (a więc ograniczone możliwości finansowe).

Według stanu na dzień 19.02.2024 r. liczba miejsc świadczeń funkcjonujących na terenie województwa przedstawia się następująco:

- poradnie rehabilitacyjne – 34 miejsca;
- gabinety rehabilitacyjne (w województwie nie ma zakładów rehabilitacji) – 94 miejsca;
- ośrodki rehabilitacji dziennej – 34 miejsca;
- oddziały stacjonarne rehabilitacji ogólnoustrojowej – 13 miejsc.

Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w województwie warmińsko-mazurskim wynosi nawet do 95 dni (w ramach wymienionych jednostek prowadzone są listy oczekujących).

Czas oczekiwania w tych ośrodkach wynosi nawet 3–4 miesiące (w ramach wymienionych jednostek prowadzone są listy oczekujących), np. na fizjoterapię w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy (ul. Traugutta 13) pacjenci oczekują 209 dni, a w OLMEDICA w Olecku - spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (ul. Gołdapska 1) 94 dni.

Rekordowy czas oczekiwania na rehabilitację -- 629 dni, jest w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjny w Górowie Iławeckim (ul. Armii Czerwonej 24).

Program został opracowany i będzie kontynuowany w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

## **f. Spójność merytoryczna i organizacyjna**

Niniejszy regionalny program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonymi w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

Program zdrowotny jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków publicznych. Uczestnicy Programu będą mieli możliwość skorzystania ze specjalistycznej pomocy w trakcie choroby lub w okresie rekonwalescencji co przyczyni się do lepszego zaspokojenia zapotrzebowania na usługi fizjoterapeutyczne, a tym samym obniży koszty powrotu do zdrowia i przyspieszy powrót na rynek pracy. Rehabilitacja lecznicza w warunkach ambulatoryjnych to lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna realizowana poprzez poradę lekarską oraz fizjoterapia ambulatoryjna realizowana przez wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabiegi fizjoterapeutyczne. W ramach niniejszego programu zdrowotnego realizowane będą w/w świadczenia.

## **g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu**

Kompletny udział w programie polega na uczestnictwie w cyklu działań z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego na piśmie, które zostanie dołączone do jego dokumentacji medycznej.

## **h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Interwencje zaplanowane w ramach programu będą realizowane przez beneficjenta, który zostanie wybrany do realizacji programu w drodze konkursu.

Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa ustalonych dla odpowiednich procedur medycznych. Wyroby medyczne stosowane podczas interwencji będą spełniały kryteria bezpieczeństwa oraz normy wyznaczone dla tego typu świadczeń [58, 59]. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań [61].



Beneficjenci są zobowiązani zapewnić bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia edukacyjne udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta bądź przez niego wynajmowanymi. Na beneficjencie ciąży zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom programu przez cały czas realizacji interwencji, bez względu na ich charakter i miejsce realizacji.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Sala kinezyterapii będzie odrębnym pomieszczeniem. Urządzenia wykorzystywane do prowadzenia zabiegów fizykoterapeutycznych zostaną zlokalizowane w sposób zapewniający intymność pacjenta. Zakład rehabilitacji zapewni pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych [60].

Utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów będzie wykonywana zgodnie z obowiązującymi normami i przepisami prawa. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [60].

W związku z obowiązkiem ochrony danych osobowych dane uczestników będą podlegały ochronie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

W przypadku konieczności raportowania postępów w realizacji Programu dane uczestników będą kodowane wg. wcześniej ustalonego schematu.

#### **i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu**

Beneficjent musi spełniać określone warunki, m.in.:

- mieć uprawnienia do realizacji zadania;
- mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie;

- dysponować odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami.

Beneficjent będzie dysponował wymaganą kadrą, pomieszczeniami oraz wyposażeniem (w tym specjalistyczny sprzęt i aparatura medyczna) niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji, które przeprowadzi wykwalifikowany personel medyczny (posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych i edukacyjnych) [61].

Wszystkie procedury medyczne zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich określonych dla nich wymogów technicznych i sanitarnych, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Lokal musi spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz. 402). Lokal, w którym realizowany będzie program musi znajdować się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób o szczególnych potrzebach zwłaszcza z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Sala kinezyterapii będzie odrębnym pomieszczeniem. Urządzenia wykorzystywane do prowadzenia zabiegów fizykoterapeutycznych zostaną zlokalizowane w sposób zapewniający intymność pacjenta. Lokal zapewni również pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnościami [60].

W programie zastosuje się produkty lecznicze zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji) [59].

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [55, 62].

#### **j. Dowody skuteczności planowanych działań**

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

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)<sup>6</sup>,

---

<sup>6</sup> Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)<sup>7</sup>,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)<sup>8</sup>,
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)<sup>9</sup>,
- North American Spine Society (NASS 2020)<sup>10</sup>,
- American College of Physicians (ACP 2017)<sup>11</sup>,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)<sup>12</sup>.
- Institute of Health Economics (IHE 2017)<sup>13</sup>,
- National Stroke Foundation (NSF 2010)<sup>14</sup>,
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)<sup>15</sup>,
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)<sup>16</sup>,

### Opinie ekspertów klinicznych

W opinii dr. n. med. Marka Krasuskiego, byłego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, efektywnymi metodami profilaktyki niepełnosprawności są aktywność fizyczna oraz rehabilitacja. Regularność i zindywidualizowany charakter zabiegów fizjoterapeutycznych poprawiają jakość życia, jak również ogólny stan zdrowia pacjentów. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza) [63].

Przez pojęcie rehabilitacji leczniczej (medycznej) rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby. Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych i leczniczych, jak również stała kontrola procesu leczniczego i regeneracyjnego pozwalają na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja medyczna musi stymulować cały proces

<sup>7</sup> Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].

<sup>8</sup> Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

<sup>9</sup> Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].

<sup>10</sup> Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].

<sup>11</sup> Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].

<sup>12</sup> Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

<sup>13</sup> Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].

<sup>14</sup> Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].

<sup>15</sup> Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].

<sup>16</sup> Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.

lecniczy głównie poprzez aktywność ruchową i psychiczną. Rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie jego chorego narządu czy choroby [28, 63].

Natomiast w opinii obecnego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, dr. hab. n. med., prof. nadzw. Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Krystyny Księżopolskiej-Orłowskiej, profilaktyka i odpowiednio dobrane leczenie narastania i utrwalania deformacji obejmujących narząd ruchu mają na celu: utrzymanie prawidłowej postawy ciała i siły mięśniowej oraz prawidłowego zakresu ruchów w obrębie stawów, a także zwiększenie codziennej aktywności fizycznej. Służą temu odpowiednio dobrane kinezyterapia, fizykoterapia i zaopatrzenie ortopedyczne [64].

### **Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek**

Rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (*community-based rehabilitation*, CBR) jest narzędziem propagowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), pozwalającym na tworzenie polityki integracji ludzi z niepełnosprawnościami. Wytyczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (*CBR Guidelines*) opublikowane w 2010 r. przez WHO wskazują na rolę rehabilitacji jako narzędzia, które można wykorzystywać we wdrożeniu Konwencji praw osób niepełnosprawnych [65, 66]. W raporcie Banku Światowego (2011) wskazano na potrzebę udzielania świadczeń na poziomie społeczeństwa oraz podkreślono wagę wspierania ludzi w aktywnym życiu i ich udział w społeczeństwie [67].

Wytyczne wiodących towarzystw naukowych oraz instytucji działających w zakresie chorób narządu ruchu (m.in. EULAR, Osteoarthritis Research Society International – OARSI, American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS) wskazują, że niefarmakologiczne leczenie chorób układu mięśniowo-szkieletowego, szczególnie choroby zwyrodnieniowej stawów, powinno koncentrować się na rehabilitacji ruchowej. Wytyczne podkreślają, że świadczenia z zakresu rehabilitacji powinny być udzielane przez wykwalifikowanych specjalistów, którzy posługują się sprzętem pewnym, o sprawdzonych parametrach. Ponadto w skład zespołu terapeutycznego powinni być włączeni specjaliści z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii. Zespół ten powinien współpracować ze sobą, tworząc oraz modyfikując wielopłaszczyznowy program rehabilitacji [26, 27].

Według zaleceń WHO już na szczeblu krajowym powinny być podejmowane działania służące poprawie dostępu do usług medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej (w tym realizacja programów polityki zdrowotnej). W celu efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów należy wdrożyć reformy w całym systemie opieki zdrowotnej kraju [65–67].

Wytyczne dr. n. med. Marka Krasuskiego, byłego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 r., określają m.in. procedury medyczne w podziale na rehabilitację wczesną oraz specjalistyczną. Wczesna obejmuje rehabilitację na oddziale intensywnej terapii oraz rehabilitację na oddziałach szpitalnych. Rehabilitacja specjalistyczna dzieli się na wczesną (jw.) oraz dalszą, w tym: rehabilitację na oddziale rehabilitacji stacjonarnej, na oddziale rehabilitacji dziennej i w przychodni, poradni, zakładzie/gabinecie fizjoterapii (kinezyterapia i metody specjalne, fizykoterapia i masaż, terapia zajęciowa, procedury psychologiczne, logopedyczne, socjoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne oraz w sprzęt pomocniczy) [63].

Z analizy AOTMiT wynika, iż rehabilitacji ambulatoryjnej zaburzona jest proporcja pomiędzy liczbą zabiegów fizykoterapii(70%) i kinezyterapii (21%) – udział tej drugiej zdaniem AOTMiT powinien być znacznie większy.

Według wytycznych: „Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza)” [63].

Wytyczne WHO oraz Banku Światowego podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem o pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba, wielopłaszczyznowy program rehabilitacji [65–69].

Proces rehabilitacyjny powinien być jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej.

### **Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej**

Według National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR) współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem [70].

Wyniki przeglądu systematycznego przeprowadzonego przez zespół Bennell w 2016 r. wskazują na pozytywny efekt rehabilitacji wśród osób z chorobą zwyrodnieniową stawów. Autorzy publikacji podkreślają jednak, że program terapeutyczny powinien być indywidualnie dostosowany do potrzeb chorego [71]. Podobne wnioski przedstawiają Beumer i wsp., autorzy przeglądu systematycznego i metaanalizy również opublikowanych w 2016 r. Podkreślają oni, że istnieją dowody skuteczności klinicznej dla rehabilitacji krótkoterminowej w grupie chorych na ChZS [72]. Jednocześnie istnieje potrzeba prowadzenia randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych (*randomized controlled trial*, RCT) dla potwierdzenia skuteczności klinicznej dla rehabilitacji średnio- i długoterminowej. Wnioski zgodne z powyższymi postulują również autorzy przeglądu systematycznego dokonanego w 2013 r. przez zespół Shengelia [73].

## **5. Budżet programu polityki zdrowotnej**

Instytucja Zarządzająca programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 - Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu” zaplanowała kwotę 2 235 294,12 EURO (Dofinansowanie tj. środki UE oraz budżet państwa).

Do oszacowania całkowitej kwoty przeznaczonej na Program wykorzystano przelicznik 1-EURO – 4,324 zł.<sup>17</sup> co daje kwotę 9 665 411,77 zł. Mając na uwadze różnice w kursach walut oraz warunki wskazane w ogłoszeniu o naborze, wartości zaplanowanej kwoty na dany Program mogą ulec zmianie i ostatecznie zostaną określone w regulaminie konkursu.

Koszty całkowite przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia. Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Regulaminie wyboru projektów*; Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu

---

<sup>17</sup> Kurs z dnia 11.06.2024 r.

[https://www.ecb.europa.eu/stats/policy\\_and\\_exchange\\_rates/euro\\_reference\\_exchange\\_rates/html/eurofxref-graph-pln.en.html](https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-pln.en.html)

Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027; Wytycznych dotyczących kwalifikowalności 2021-2027 oraz pozostałych wytycznych oraz dokumentów wskazanych na stronie ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet projektów.

#### **a. Koszty jednostkowe**

**Tabela 4. Założenia całkowitego budżetu programu**

<b>Uczestnicy programu</b>	<b>Budżet całkowity programu</b>	<b>Koszt uczestnictwa w programie</b>	<b>całkowity</b>
Okolo 1 938 osoby	9 665 411,77 zł	Okolo 4 987,31 zł/osobę	

*Źródło: opracowanie własne.*

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszt działań informacyjno-edukacyjnych;
- koszt procesu kwalifikacyjnego do programu;
- koszty działań terapeutycznych (terapii indywidualnej);
- koszty działań z zakresu edukacji zdrowotnej;
- koszty zarządzania projektem.

Szczegółowe składowe opisano poniżej.

**Tabela 5. Proces kwalifikacyjny do programu w podziale na poszczególne elementy i sugerowany czas ich trwania**

Lp.	Nazwa elementu	Czas trwania (h)
1	Weryfikacja dokumentacji medycznej	0,5
2	Wywiad indywidualny – kwalifikacja do programu	0,5
<b>SUMA</b>		<b>1</b>

*Źródło: opracowanie własne.*

Szacuje się, że koszt 1 godziny pracy personelu wykonującego czynności podczas procesu kwalifikacyjnego do programu wyniesie 200,00 zł.

Kolejnym składnikiem kosztu jednostkowego są koszty dotyczące spotkań w ramach terapii indywidualnej.

Założono, że średnio odbędzie się co najmniej 36 spotkań (trzy razy w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące). W ramach spotkań zostanie wdrażany indywidualny plan rehabilitacji, który zostanie zaplanowany dla każdego z uczestników zgodnie z indywidualnymi potrzebami. Podczas spotkań odbywać się będą m.in. zabiegi kinezyterapii, ćwiczenia ogólnoustrojowe, zabiegi fizykalne, terapie manualne. Wartością dodaną spotkań ma być również promowanie aktywności fizycznej. Koszt jednego spotkania szacuje się na szacuje się na mniej więcej 80,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu spotkań w ramach terapii można określić w przybliżeniu na 2 880,00 zł osobę.

Dodatkowo w ramach interwencji w obszarze rehabilitacji leczniczej przewidziano co najmniej trzy wizyty lekarskie/wizyty fizjoterapeutyczne dla każdego uczestnika programu. Koszt jednej wizyty szacuje się na mniej więcej 200,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu wizyt rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych można określić w przybliżeniu na 600 zł/osobę.

Kolejnym elementem będą działania rekreacyjno-sportowe w wymiarze min. 4 spotkania po 45 minut, które zostaną dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność tych zajęć, będą one mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np.

w klubach sportowych lub na basenach, na boiskach szkolnych i klubowych, w świetlicach i salach gimnastycznych.



Wielkość grupy w ramach działań rekreacyjno-sportowych szacuje się na ok. 15 osób. Wynagrodzenie osoby prowadzącej za jedno spotkanie wyniesie 300,00 zł., co w przeliczeniu na jednego uczestnika wynosi 20,00 zł/spotkanie. Dodatkowo w ramach spotkań zaplanowano koszt zakupu materiałów niezbędnych do przeprowadzenia zajęć/biletów wstępu w kwocie 30,00 zł/uczestnik. W związku z powyższym można przyjąć, że całkowity koszt działań rekreacyjno-sportowych na jednego uczestnika wyniesie 4 spotkania x 50,00 zł czyli 200,00 zł.

Kolejno w ramach działań edukacyjnych zaplanowano organizację min. 2 spotkań edukacyjnych po 45 min. każde dotyczące m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu (w zależności od stwierdzonego schorzenia).

Wielkość grupy na spotkaniu edukacyjnym szacuje się na ok. 15 osób. Wynagrodzenie osoby prowadzącej za jedno spotkanie wyniesie 300,00 zł., co w przeliczeniu na jednego uczestnika wynosi 20,00 zł. Koszt przekazywanych materiałów na jednego uczestnika szacuje się na 10,00 zł. W związku z powyższym można przyjąć, że całkowity koszt działań edukacyjnych na jednego pacjenta wyniesie 2 spotkania x 30,00 zł czyli 60,00 zł na uczestnika.

Działania edukacyjno-informacyjne dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, w obszarze rehabilitacji leczniczej będą odbywały się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej i nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Akcje informacyjno-edukacyjne powinny odbyć się co najmniej raz, w każdej gminie i mieście na prawach powiatu w województwie warmińsko-mazurskim. Za formę przeprowadzenia akcji odpowiada realizator, koszt przeprowadzenia akcji to szacunkowo 1000,00 za jedną akcję.

Liczba jednostek administracyjnych w których odbędą się działania informacyjno-edukacyjne (JST) w województwie warmińsko-mazurskim wynosi 116 (liczba gmin miejskich – 16; liczba gmin miejsko-wiejskich – 34 ; liczba gmin wiejskich – 66), można zatem oszacować, że koszt przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych wyniesie:

$$1000,00 \text{ zł} \times 116 \text{ JST} = 116.000,00 \text{ zł}$$

Ostatnią częścią składową kosztów jednostkowych są koszty zarządzania projektem. Elementy wchodzące w ich skład przedstawia tabela 6.

**Tabela 6. Składniki kosztów zarządzania projektem**

L	Nazwa elementu
p.	
1	Nadzór nad realizacją programu
2	Ewaluacja i monitoring działań wykonanych w ramach programu, przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta
3	Opracowanie raportów
4	Koszty organizacyjno-administracyjne
5	Zakup narzędzi diagnostycznych oraz sprzętu medycznego do realizacji interwencji

*Źródło: opracowanie własne.*

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 25 % całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich dotyczących jednego uczestnika programu objętego terapią indywidualną. Na tej podstawie można oszacować, że koszty pośrednie będą wynosiły około 985,00 zł/osobę.

Wydatki muszą być ponoszone zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027

Ostateczne koszty realizacji projektu są zależne od wyceny przedstawionej przez beneficjentów realizujących program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności osób uczestniczących w projekcie. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu co do zasady winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

Podsumowanie składników kosztów jednostkowych przedstawia poniższa tabela 7.

**Tabela 7. Składniki kosztów jednostkowych oraz ich wartość**

<b>L p.</b>	<b>Nazwa elementu</b>	<b>Pełny panel badań</b>	<b>wartość (zł)</b>
1.	Koszt procesu kwalifikacyjnego do programu		200,00
2.	Koszt spotkań w ramach działań terapeutycznych (terapii indywidualnej)		3 740,0
3.	Łączne koszty bezpośrednie (1 + 2)		3 940,00
5.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 3)		985,00
6.	<b>Łączny koszt dla 1 uczestnika programu objętego terapią indywidualną</b>		<b>4 925,00</b>

*Źródło: opracowanie własne.*

Uwzględniając powyższe wyliczenia, średni koszt jednostkowy uczestnika programu można określić na mniej więcej 4 925,00 zł/osobę. Posiadane środki finansowe umożliwiają włączenie do programu około 1 938 osób do części obejmującej terapię indywidualną w obszarze rehabilitacji leczniczej.

Dodatkowo do wszystkich osób z grupy docelowej będzie skierowana akcja informacyjno-edukacyjna w celu przybliżenia informacji o projekcie oraz przekazaniu podstawowych informacji o profilaktyce związanej z układem kostno-szkieletowym.

Koszty zostały skalkulowane na podstawie informacji przekazanych przez podmioty lecznicze realizujące podobne świadczenia oraz w niektórych przypadkach cen wolnorynkowych.

#### **b. Planowane koszty całkowite**

Na całkowity budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne:

- Koszty bezpośredniej realizacji działań w obszarze rehabilitacji leczniczej:
  - Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej
  - koszt procesu kwalifikacyjnego do programu,
  - koszt spotkań w ramach terapii indywidualnej,
- działania organizacyjne (koszty pośrednie):
  - działania administracyjne związane z obsługą projektu: katalog kosztów oraz ich wysokość muszą być zgodne z *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności 2021-2027*,

- wysokość kosztów ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów,
- wysokość kosztów pośrednich regulują przedmiotowe wytyczne.

Maksymalne koszty całkowite (tab. 6), zgodnie z decyzją Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 w Województwie Warmińsko-Mazurskim – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu.”, określono na kwotę 9 665 411,77 zł.

**Tabela 8. Planowany budżet całkowity (wartości szacunkowe, zależne od konkretnych ilości osób i wyceny poszczególnych świadczeń w ramach programu)**

Rodzaj kosztów	Kwota (zł)
Koszty działań terapeutycznych i edukacyjnych	9 549 411,77
Koszty działań informacyjno-edukacyjnych	116 000,00
<b>Razem</b>	<b>9 665 411,77</b>

*Źródło: opracowanie własne.*

Koszt całkowity realizacji badania będzie zależny od wyceny przedstawionej przez beneficjentów realizujących program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności populacji uczestniczącej. Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie.

### **c. Źródła finansowania**

Program finansowany będzie w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Pozostałe 10% stanowią środki pochodzące z budżetu państwa. Wkład własny Beneficjenta, dla tego typu projektu, musi wynosić co najmniej 5%.

#### **d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy osób ze schorzeniami narządu ruchu o różnej etiologii, ograniczającymi pełną sprawność w poruszaniu się i wykonywaniu codziennej pracy. Szczególna uwaga w programie została poświęcona dolegliwościom bólowym ze strony kręgosłupa.

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennej pracy może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Przyczyny tego rodzaju ograniczeń mogą wynikać m.in. ze schorzeń narządu ruchu, do których zaliczyć można np.: zespoły cieśni nadgarstka, zmiany przeciążeniowe, urazy kończyn, zmiany neurologiczne, ale też o podłożu reumatycznym czy zwyrodnieniowym. Ograniczenia te stanowią szczególną uciążliwość dla grupy osób aktywnych zawodowo oraz poszukujących pracy, powyżej 50. roku życia oraz wcześniej. Wieloletnie występowanie zespołów bólowych oraz chorób układu mięśniowo szkieletowego wpływa na postępujące ograniczenie lub utratę sprawności fizycznej. Następstwem tego procesu jest powstanie niepełnosprawności. Z uwagi na niekorzystne prognozy epidemiologiczne wsparcie powinno zostać zapewnione dla wszystkich osób cierpiących na dolegliwości bólowe kręgosłupa bez względu na wiek.

W województwie warmińsko-mazurskim w 2022 r. wydano łącznie 678 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z czego 100,4 tys. zaświadczeń wydanych zostało na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99)[42].

Należy wskazać, iż w województwie warmińsko-mazurskim w 2022 roku zaobserwowano wzrost liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej względem roku 2014, i tak w 2014 liczba dni absencji chorobowej wyniosła 1 145 tys. natomiast w roku 2022 już 1 454,6 tys. W skali kraju wzrost również został zauważony tj. w 2014 roku liczba dni absencji wynosiła 30 626 tys. podczas, gdy w 2022 było to już 39 097 tys.

W 2022 roku w województwie warmińsko-mazurskim liczba dni absencji chorobowej z tego tytułu stanowiła 18,2 % (2014 – 16,4 %) dni absencji na tle pozostałych chorób raportowanych do ZUS, podczas gdy w całym kraju odsetek ten wyniósł 16,3 (2014 - 14,4 %) i był to kolejny wzrost względem roku 2014.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego w Olsztynie wynika, iż z roku na rok przybywa pacjentów z rozpoznaniem

głównym M00-M99 leczonych w podmiotach należących do ww. podmiotu, korzystających ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym lub stacjonarnym w wieku 18-64 i tak, w 2021 roku było to 157 494 pacjentów, 2022 już 163 134 pacjentów, a w 2023 170460, co wskazuje na ciągłą tendencję wzrostową. Podobna sytuacja kształtuje się u pacjentów korzystających z pomocy w trybie stacjonarnym na oddziałach szpitalnych, tj. 2021 – 8794 pacjentów, 2022 – 9646 pacjentów, 2023 – 11 602 pacjentów.

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego prowadzą do pogorszenia jakości życia, zmniejszenia aktywności społecznej oraz zawodowej. Niniejszy program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapobiegnie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

Proponowany program jest komplementarny z innymi działaniami województwa warmińsko- mazurskiego na rzecz ochrony zdrowia. Wpisuje się on w zakres priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej tego województwa, których celem jest zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych.

Działania podejmowane w programie ukierunkowane są na zapobieganie występowaniu oraz niwelowaniu skutków chorób powodujących niezdolność do pracy, umożliwiając tym samym łatwiejszy powrót do pracy.

## **6. Monitoring i ewaluacja**

Beneficjent ma obowiązek prowadzenia monitoringu działań wykonywanych w ramach programu i uczestnictwa w procesie ewaluacji programu. Odbywać się to będzie poprzez dokonywanie pomiarów zgodnych z miernikami efektywności. Beneficjent ma obowiązek przedłożyć wskazanej jednostce podległej Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, sprawozdanie roczne odpowiadające pełnemu cyklowi udzielonych interwencji. Musi ono zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności. Oprócz tego na zakończenie projektu beneficjent musi złożyć sprawozdanie końcowe, stanowiące podsumowanie analizy mierników efektywności z całego okresu trwania projektu oraz sprawozdanie z wykonania świadczeń stanowiące załącznik a do programu.

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych w jego ramach świadczeń. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Działania podejmowane w ramach tego elementu będą miały charakter wybitnie długofalowy.

Za ewaluację całego programu odpowiedzialna jest Instytucja Zarządzająca.

### **a. Ocena zgłaszalności do programu**

Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem jego bieżącego monitoringu. Informacje dotyczące liczby wykonanych świadczeń zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych, a ponadto – odzwierciedleniem zmian w świadomości społeczeństwa związanej m.in. z rolą profilaktyki chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej w zakresie ochrony szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Dodatkowo szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Analizie podda się przyczyny tego stanu rzeczy (brak wyrażenia zgody

itp.) – zbierane na każdym etapie programu. Wnioski będą wykorzystane do ograniczenia skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie analizy:

- liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie;
- liczby osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w Programie;
- liczby osób, którym udzielono świadczeń medycznych w ramach terapii indywidualnej;
- liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów);
- liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

### **b. Ocena jakości świadczeń w programie**

Nad utrzymaniem wysokiej jakości świadczeń będzie czuwał koordynator programu. W jej bieżącym monitorowaniu pomoże ankieta. Zostanie ona udostępniona wszystkim uczestnikom akcji, którzy będą mogli ją wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze (patrz załącznik b do programu) będą okresowo zbierane i oceniane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia ze świadczonych usług medycznych. Wnioski wyciągnięte z ich analizy posłużą do zwiększenia jakości prowadzonego programu i podniesienia poziomu zadowolenia uczestników. Podsumowanie wyników ankiety będzie przedstawiane Instytucji Zarządzającej w corocznym oraz końcowym sprawozdaniu.

### **c. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- liczby uczestników, którzy wezmą udział w programie,
- liczby nowych rozpoznań chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej,
- liczby osób, u których nastąpiła zmiana stanu zdrowia na podstawie wyników kwestionariusza HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), wypełnionego w trakcie pierwszej i końcowej wizyty,
- zmiany poziomu wiedzy wśród osób uczestniczących w programie weryfikowane na wynikach uzyskanych w post-*testie* i pre-*testie*.
- liczby osób, które podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.



Należy pamiętać, że obniżenie wskaźnika zachorowalności na choroby układu kostnowęzowego może być trudne do wykazania w krótkim (np. rocznym) okresie. Przewiduje się, że trend ten będzie miał charakter długofalowy. Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają statystyki ogólnopolskie.

#### **d. Ocena trwałości efektów programu**

Program planowany jest na lata 2025-2028, jednak możliwe będzie wprowadzenie jego kontynuacji w kolejnych interwałach czasowych. Będzie to limitowane dostępnymi środkami finansowymi oraz pozytywną oceną efektywności programu prowadzoną na zasadach opisanych w punkcie 6c.

#### **7. Okres realizacji programu**

Program planowany jest na okres 2025–2028. W kolejnych latach do akcji będą zapraszane następne osoby wchodzące w wiek kwalifikujący je do wzięcia udziału w interwencji.

## 8. Bibliografia

1. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: *Choroba zwyrodnieniowa stawów*. Reumatologia 2012; 50: 162–165.
2. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: *Spondyloartropatie*. Reumatologia 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: *Reumatoidalne zapalenie stawów*. Reumatologia 2012; 50: 83–90.
4. Pratt A.G., Isaacs J.D., Matthey D.L.: *Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis*. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2009; 23: 37–48.
5. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: *Rheumatoid arthritis*. Lancet 2010; 376: 1094–1108.
6. Arden N., Nevitt M.C.: *Osteoarthritis: Epidemiology*. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2006; 20: 3–25.
7. Maly M.R., Robbins S.M.: *Osteoarthritis Year in Review 2014: Rehabilitation and outcomes*. Osteoarth. Cartilage 2014; 22(12): 1958–1988.
8. Wittenauer R., Smith L., Aden K.: *Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation"*. Background Paper 6.12 Osteoarthritis. 2013, [http://www.who.int/medicines/areas/priority\\_medicines/BP6\\_12Osteo.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_12Osteo.pdf?ua=1) [dostęp: 18.11.2016].
9. Raciborski F., Gasik R., Kłak A.: *Disorders of the spine. A major health and social problem*. Reumatologia 2016; 54(4): 196–200.
10. Łaszewska A., Laskowska B., Natkaniec M. et al.: *Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne*. dane-i-analazy.pl Sp. z o.o., Kraków 2014.
11. Jura-Półtorak A., Olczyk K.: *Aktualne poglądy na etiopatogenezę reumatoidalnego zapalenia stawów*. Ann. Acad. Med. Siles. 2011; 65: 51–57.
12. International Association for the Study of Pain 2010, [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain\\_Polish.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf) [dostęp: 01.11.2016].
13. Kocot-Kępska M.: *Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie*, <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologia-patofizjologia-leczenie> [dostęp: 01.11.2016].
14. Bugajska J. et al.: *Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych*. Med. Pracy 2011; 62(2): 153–160.

15. EUMUSC.NET. *Musculoskeletal Health in Europe*, <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/30%20August%20Final%20draft%20report.pdf> [dostęp: 10.09.2016].
16. European Commission 2007. *Health in the European Union. Special Eurobarometer 272. 2007*, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eb\\_health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf) [dostęp: 10.04.2016].
17. *Musculoskeletal Disorders and the European Workforce: The Facts*. Fit for Work Europe, 2012.
18. Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce*. The Work Foundation, London 2011.
19. Tobón G.J., Youinou P., Saraux A.: *The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis*. *J. Autoimmun.* 2010; 35: 10–14.
20. Silman A.J., Pearson J.E.: *Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis*. *Arthritis Res.* 2002; 4, 3 Suppl: S265–S272.
21. Gregersen P.K., Silver J., Winchester R.J.: *The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetic of susceptibility to rheumatoid arthritis*. *Arthritis Rheum.* 1987; 30: 1205–1213.
22. Invernizzi P., Miozzo M., Selmi C. et al.: *X chromosome monosomy: A common mechanism for autoimmune diseases*. *J. Immunol.* 2005; 175: 575–578.
23. Coenen P., Smith A., Paananen M. et al.: *Trajectories of low-back pain from adolescence to young adulthood*. *Arthritis Care Res. (Hoboken)* 2016; doi: 10.1002/acr.22949. Epub ahead of print.
24. Van Boxem K., Van Zundert J., Van Zundert J. et al.: *Pseudoradicular and radicular low-back pain: How to diagnose clinically?* *Pain* 2008; 135(3): 311–312 (author reply 313–315).
25. Ogdie A., Langan S., Love T. et al.: *Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK*. *Rheumatology* 2013; 52: 568–575.
26. *ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip*, 09.2009, <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Non-pharmacological%20-%20Knee%20and%20Hip.pdf> [dostęp: 18.11.2016].
27. McAlidon T.E., Babburu R.R., Sullivan M.C. et al.: *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis*. *Osteoarth. Cartilage* 2014; 22: 363–388.
28. Opinia Prezesa AOTM nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.
29. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS), [http://www.niams.nih.gov/Health\\_Info/Osteoarthritis/default.asp](http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Osteoarthritis/default.asp) [dostęp: 18.11.2016].

30. Gabriel S.E., Michaud K.: *Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases*. *Arthritis Res. Ther.* 2009; 3: 229, doi: 10.1186/ar266.
31. Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al.: *Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II*. *Arthritis Rheum.* 2008; 58(1): 26–35.
32. Cross M., Smith E., Hoy D. et al. *The global burden of rheumatoid arthritis: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study*. *Ann. Rheum. Dis.* 2014; 73(7): 1323–1330.
33. Dean L.E., Jones G.T., Macdonald A.G. et al. *Global prevalence of ankylosing spondylitis*. *Rheumatology (Oxford)* 2014; 53: 650–657.
34. Oliver J.E., Silman A.J.: *What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases*. *Arthritis Res. Ther.* 2009; 11(3): 223, doi: 10.1186/ar2585.
35. GUS: *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. – notatka informacyjna*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2015.
36. Hoy D., March L., Brooks P. et al.: *The global burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study*. *Ann. Rheum. Dis.* 2014; 73(6): 968–974, doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428. Epub 2014 Mar 24.
37. Hoy D., Bain C., Williams G. et al.: *A systematic review of the global prevalence of low back pain*. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(6): 2028–2037, doi: 10.1002/art.34347. Epub 2012 Jan 9.
38. Hoy D., March L., Woolf A. et al.: *The global burden of neck pain: Estimates from the global burden of disease 2010 study*. *Ann. Rheum. Dis.* 2014; 73(7): 1309–1315. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204431. Epub 2014 Jan 30.
39. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: *Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej*, <https://statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2022.htm> [dostęp: 13.02.2024].
40. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. *Chorobowość szpitalna – średnia długość pobytu w dniach*, <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2014szac.htm> [dostęp: 14.10.2016].
41. Moskalewicz B., Wojtyniak B., Goryński P. et al.: *Nasze zdrowie, nasze dolegliwości – Raport z badań dotyczących rozpowszechnienia chorób reumatycznych w Polsce*. Instytut Reumatologii i Narodowy Instytut Zdrowia, Warszawa,

- [http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user\\_upload/raport/Raport.pdf](http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/raport/Raport.pdf) [dostęp: 14.10.2016].
42. Portal Statystyczny ZUS, <http://psz.zus.pl/> ; <https://psz.zus.pl/kategorie/orzecznictwo-lekarskie> [dostęp z dnia; 12.02.2024 r.]
  43. Portal Statystyczny ZUS;  
<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2022+roku.pdf/3b513577-14ff-b305-c027-057185113d4b?t=1690961887922>  
[dostęp: 16.02.2024 r.].
  44. Śliwczyński A., Raciborski F., Kłak A. et al.: *Prevalence of ankylosing spondylitis in Poland and costs generated by AS patients in the public healthcare system.* Rheumatol. Int. 2015; 35(8): 1361–1367.
  45. Rocznik Statystyczny Pracy 2023; Warszawa 2023 r.; Aktywność ekonomiczna ludności w województwie warmińsko-mazurskim w 4 kwartale 2022 r.
  46. GUS: *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym 2022 r.*
  47. GUS: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
  48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz.U. 2013 poz. 1522
  49. NFZ, <http://kolejki.nfz.gov.pl/> [dostęp: 18.11.2016].
  50. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al.: *Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet 2012; 380: 2163–2196. Supplementary appendix.
  51. Murray C.J., Vos T., Lozano R. et al. *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet 2012; 380(9859): 2197–2223.
  52. *Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020,* <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/> [dostęp: 29.09.2016].
  53. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz. U. z 2009 r., nr 137, poz. 1126.
  54. GUS: *Aktywność ekonomiczna ludności w województwie warmińsko-mazurskim w 4 kwartale 2022 r.*
  55. *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020,* <http://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na->

lata-2014-2020/wytyczne-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spoiecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/ [dostęp: 29.09.2016].

56. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 1997 r., nr 133, poz. 883.
57. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2014 r., poz. 1146.
58. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.
59. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r., nr 126, poz. 1381.
60. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r., nr 107, poz. 679.
61. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r., nr 151, poz. 896.
63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r., poz. 177.
64. *Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej*, z dnia 6 grudnia 2010 roku, <http://krasuski.com/wytyczne.html> [dostęp: 01.11.2016].
65. *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.
66. WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/> [dostęp: 14.10.2016].
67. WHO, *Community-based rehabilitation: CBR Guidelines*. Introductory Booklet 2010.
68. *Poland. Bank Światowy. Europe 2020. Fueling Growth and Competitiveness in Poland Through Employment, Skills, and Innovation. Overview*. World Bank Human Development and Private and Financial Sector Development Departments, Washington 2011.
69. WHO: *Disability and health*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [dostęp: 01.11.2016].

70. WHO: *Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/40/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_pol.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/40/WHO_NMH_VIP_11.01_pol.pdf?ua=1) [dostęp: 14.10.2016].
71. Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR). <http://www.ncddr.org/about.html> [dostęp: 14.10.2016].
72. Bennell K., Hall M., Hinman R.S.: *Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes*. *Osteoarth. Cartilage*. 2016; 24(1): 58–70.
73. Beumer L., Wong J., Warden S.J. et al.: *Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: Aa systematic review and meta-analysis*. *Br. J. Sports Med*. 2016; 50(8): 458–463.
74. Shengelia R., Parker S.J., Ballin M. et al.: *Complementary therapies for osteoarthritis: Are they effective?* *Pain Manag. Nurs*. 2013; 14(4): e274–288.
75. Jesus TS, Landry MD, Hoenig H. Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;16:E980; <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>.
76. [https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa\\_raport\\_2022.pdf/d612968c-f02f-26b8-9ce2-0a03db382447?t=1682063395096](https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2022.pdf/d612968c-f02f-26b8-9ce2-0a03db382447?t=1682063395096);
77. [www.emedica.pl](http://www.emedica.pl);
78. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podnosi rangę rehabilitacji - Głos Fizjoterapeuty ([glosfizjoterapeuty.pl](http://glosfizjoterapeuty.pl))
79. Łaszewska A., Laskowska B., Natkaniec M. et al.: *Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne. dane-i-analizy.pl* Sp. z o.o., Kraków 2014.
80. EUMUSC.NET. Musculoskeletal Health in Europe.

## 9. Załączniki

### a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

#### SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ NA RZECZ MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI LECZNICZEJ

##### 1. Sprawozdanie

miesięczne, za miesiąc

.....

roczne, za rok

.....

2. Informacji dot. uczestników programu: .....

3. Uwagi (m.in. wyniki ankiet satysfakcji (o ile dotyczy na tym etapie)

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

.....  
Data

.....  
Podpis



## b. Ankieta satysfakcji

### Ankieta satysfakcji uczestnika programu polityki zdrowotnej w obszarze rehabilitacji leczniczej Województwo warmińsko-mazurskie

#### 1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

		<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Możliwość telefonicznego połączenia przychodnią</i>	z <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

		<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.*

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.*

*Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

### c. Zgoda na udział w programie

#### **ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI LECZNICZEJ WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE**

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.)

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)/numer telefonu

Podpis i data złożenia podpisu

(ręką pacjenta)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i  
data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA

- d. Zlecenie udziału w programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu

Pieczeńc nagłówkowa lekarza/poradni/przychodni	Data:	
	Zlecenie udziału programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie rehabilitacji leczniczej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu	
<b>Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:</b>		
Pesel:		
Imię i Nazwisko:		
Adres zamieszkania		
Ulica/Osiedle Nr domu		Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo Warmińsko-Mazurskie	
Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych) (ICD-10):		
Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:		
		Pieczeńc i podpis lekarza