

**Program polityki zdrowotnej  
dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego  
w wieku aktywności zawodowej na lata 2017–2021  
w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa  
oraz narządów ruchu  
(aktualizacja okresu realizacji)**

Zgodnie z art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

**Kontynuacja/trwałość programu**

Okres realizacji Programu pierwotnie zaplanowany został na lata 2017–2019 z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego. W aktualnej wersji Programu okres jego realizacji został wydłużony do 2021 roku, pozostała treść dokumentu nie uległa zmianie.

Program opracowany na podstawie danych dostępnych w 2016r.

**Olsztyn, 2018r.**

## Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego .....	3
<b>a. Problem zdrowotny</b> .....	3
Definicja.....	3
Czynniki ryzyka.....	6
Rozpoznanie .....	7
Leczenie.....	7
Rokowanie .....	8
<b>b. Epidemiologia</b> .....	9
Świat.....	9
Polska .....	11
Zachorowalność .....	11
Województwo warmińsko-mazurskie .....	13
<b>c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu</b> .....	14
<b>d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b> .....	14
<b>e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu</b> .....	15
2. Cele programu .....	17
a. Cel główny .....	17
b. Cele szczegółowe.....	17
c. Oczekiwane efekty.....	17
d. Mierniki efektywności .....	17
3. Adresaci programu .....	19
a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe .....	19
b. Tryb zapraszania do programu .....	19
4. Organizacja programu .....	21
a. Etapy organizacyjne programu .....	21
b. Planowane interwencje.....	21
c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników .....	24
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu .....	25
e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	25

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu .....	26
h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji .....	27
i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu .....	27
j. Dowody skuteczności planowanych działań .....	28
Opinie ekspertów klinicznych .....	28
Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek .....	28
Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej .....	30
Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego .....	30
5. Koszty .....	31
a. Koszty jednostkowe .....	31
b. Planowane koszty całkowite .....	34
c. Źródła finansowania, partnerstwo .....	35
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne....	35
6. Monitoring i ewaluacja .....	37
a. Ocena zgłaszalności do programu .....	37
b. Ocena jakości świadczeń w programie .....	37
c. Ocena efektywności programu .....	38
d. Ocena trwałości efektów programu .....	38
7. Okres realizacji programu .....	39
8. Bibliografia .....	40
9. Załączniki .....	44
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń .....	44
b. Ankieta satysfakcji .....	45
c. Zgoda na udział w programie .....	47

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Problem zdrowotny

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.

### 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.

Do najbardziej ograniczających sprawność ruchową w grupie osób powyżej 50. roku życia należą zmiany zwyrodnieniowe stawów, zwłaszcza stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa, które powodują pogorszenie sprawności ogólnej oraz mogą prowadzić do utraty samodzielności [1].

### Etiologia, patogenez, 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 sztywnienie 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 ścięgnistych 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 krzyżowobiodrowych (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].

### 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 ścięgna, 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** 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. Następnym 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. Epidemiologia

### Świat

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],

---

<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.

choć 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 łuszczykowego zapalenia stawów w populacji są różne, ale przeważnie wynoszą 0,1–0,25%. Wśród pacjentów z łuszczyką ten odsetek jest znacznie wyższy i wynosi od 6 do 11 w zależności od badania [34].

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. Dane szacunkowe wskazują, że 100 mln mieszkańców Europy, co stanowi 30–40% populacji, cierpi na przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe. 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 deklaroowało 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].

Damian Hoy i jego współpracownicy z University of Queensland przedstawili szacunki dotyczące częstości występowania bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa na podstawie danych z projektu *Global Burden of Disease 2010*. Częstość występowania wystandaryzowana w stosunku do wieku (*age-standardised prevalence*) została w 2010 r. oszacowana na 9,4% w skali całego świata. Wyższe wartości otrzymano u mężczyzn (10,1%) niż u kobiet (8,7%). Według autorów częstość występowania bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa w Europie Zachodniej wynosi 15,5% u

---

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

<sup>3</sup> W wieku 15 lat i więcej.

mężczyzn i 14,5% u kobiet. W Europie Środkowej było to odpowiednio 12,6 i 10,3%, a w Europie Wschodniej – 12,2 i 10,4%. Wraz z wiekiem częstość występowania rosła, osiągając maksimum około 80. roku życia. Później obserwowany był nieznaczny spadek [36].

Damian Hoy i jego współpracownicy z University of Queensland. przeprowadzili również przegląd systematyczny, w którym uwzględnili 165 publikacji prezentujących dane dla 54 krajów. Średnia częstość występowania bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa wyniosła 31%. Uwzględnienie czasu trwania objawów doprowadziło do oszacowania punktowej częstości występowania na poziomie 11,9% oraz miesięcznej 23,2% [37].

W ramach projektu Global Burden of Disease 2010 oszacowano również częstość występowania dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa. W skali całego świata było to 4,9%. Wyniki dla grupy kobiet okazały się wyższe niż dla mężczyzn (5,8 vs. 4,0%). W Europie Zachodniej częstość występowania bólu szyi wyniosła 5,2% dla mężczyzn i 7,4% dla kobiet. W Europie Środkowej było to odpowiednio 4,1 i 5,8%, a Wschodniej – 4,0 i 5,9%. Częstość występowania dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa jest związana z wiekiem. Analizy wskazują, że wskaźniki zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet rosną do około 45. roku życia. W starszych grupach wieku widoczny jest jednak spadek częstości występowania tych dolegliwości [38].

## Polska

### Zachorowalność

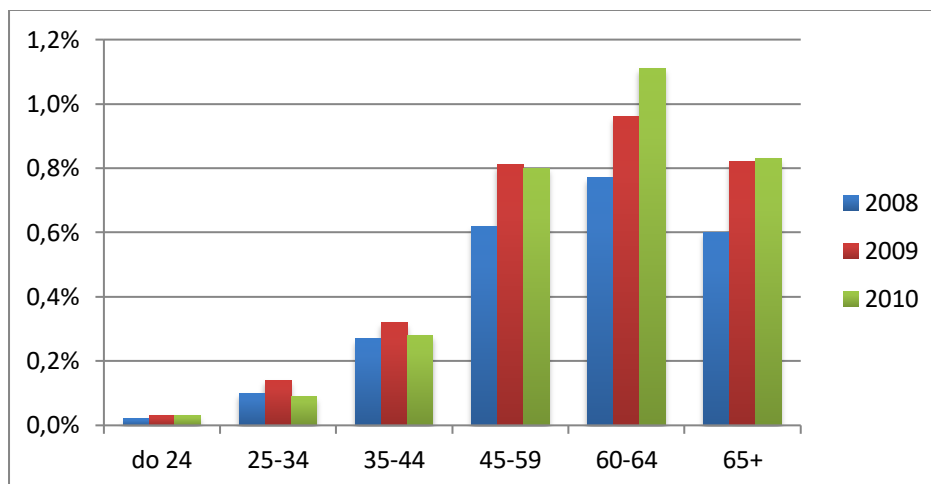
W Polsce w 2014 r. zarejestrowano 396 977 hospitalizacji, których główną przyczyną były choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00-M99), przy czym osoby w wieku 45–64 lat stanowiły ponad 40% tej grupy. Współczynnik hospitalizacji w przeliczeniu na 10 tys. osób wyniósł 103,2. W 2014 r. 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 2014 r. w Polsce choroby układu kostno-stawowego były przyczyną 13,5% orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy [42]. Z powodu tych chorób w 2014 r. w grupie mężczyzn wydano 3616 orzeczeń pierwszorazowych ustalających stopień niezdolności do pracy (w tym: niezdolność do samodzielnej egzystencji, całkowita niezdolność do pracy, częściowa niezdolność do pracy). W grupie kobiet było to 2445 orzeczeń. Autorzy raportu *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce (2011)* wskazują, że średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat [18].

Zespół dane-i-analizy.pl w raporcie pt. *Przewlekłe choroby zapalne – wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania* przedstawił szacunki oparte na danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z lat 2008–2010 dotyczące reumatoidalnego zapalenia stawów (M05, M06). Prezentowane dane zostały opracowane na podstawie próby 500 tys. pacjentów NFZ, którą następnie dopasowano do struktury pełnej populacji. W 2008 r. z powodu RZS<sup>4</sup> było leczonych blisko 125 tys. osób, w 2009 r. – 165 tys., a w 2010 r. – 162 tys. Na podstawie tych danych określono chorobowość w tej jednostce chorobowej na poziomie 0,3–0,4%. Dane NFZ wskazują na istotnie wyższą chorobowość

---

<sup>4</sup> Za osobę leczoną na RZS uznano taką osobę, która co najmniej raz otrzymała świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub była hospitalizowana, a jako przyczynę świadczenia wskazano kod ICD-10 M05-M06.

wśród kobiet, co jest zgodne z wiedzą na temat etiologii RZS. Autorzy raportu określili chorobowość w 2010 r. na 0,79% w grupie kobiet i 0,24% w grupie mężczyzn. Chorobowość w RZS była bardzo zróżnicowana z uwagi na wiek (ryc. 1). Najwyższe wskaźniki zaobserwowano w grupie chorych w wieku 60–64 lat (1,11%) [10].



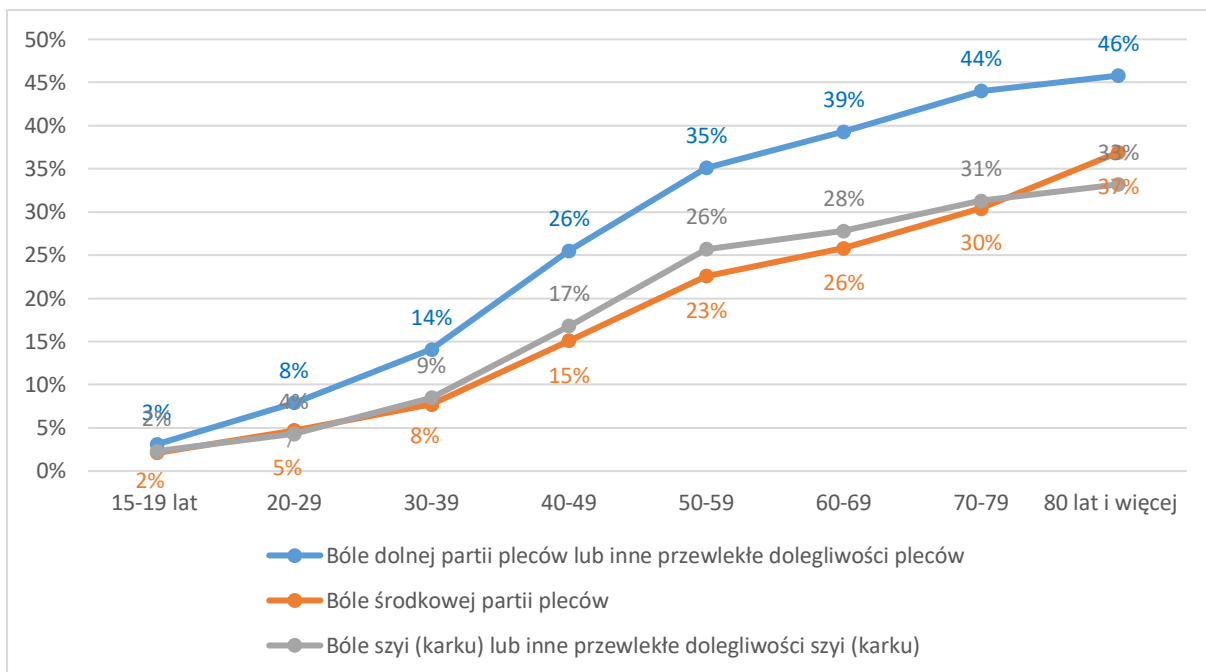
**Rycina 1. Chorobowość na RZS w poszczególnych grupach wieku na podstawie danych NFZ z lat 2008–2010**

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z raportu Przewlekłe choroby zapalne – wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania, Kraków 2014, dane-i-analazy.pl.*

Jura-Półtorak i Olczyk szacują, że częstość występowania RZS w populacji Polskiej wynosi około 1% dorosłej populacji. Według autorek 400 tys. osób w Polsce jest zagrożonych niepełnosprawnością lub inwalidztwem z powodu tego schorzenia. Szacunki te wydają się jednak zawyżone. Nawet jeśli przyjmujemy chorobowość na poziomie 1% dorosłej populacji (15 lat i powyżej), to w sumie uzyska się 330 tys. chorych na RZS [11].

W Polsce w latach 2008–2013 w bazach NFZ rejestrowano rocznie od 28,8 tys. do blisko 32,8 tys. osób, u których jako rozpoznanie główne lub współistniejące podano ZZSK. W 2013 r. chorobowość wyniosła 7,48 na 10 tys. dla ogółu populacji. Wśród mężczyzn współczynnik ten wyniósł 8,91 na 10 tys. mieszkańców, a wśród kobiet 6,15. W 2013 r. chorobowość na ZZSK wśród mężczyzn była najwyższa w grupie wieku 60–64 lata, a wśród kobiet – w grupie 65–69 lat. Wydatki na świadczenia zdrowotne związane z ZZSK finansowane przez NFZ wzrosły z poziomu 13,2 mln PLN (6,3 mln USD) w 2008 r. do poziomu 72,6 mln PLN (21,9 mln USD) w 2013 r. W tym okresie roczny wzrost nakładów wyniósł 25–60%, licząc w PLN i 7–54%, licząc w USD [43].

Według wstępnych danych Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey, EHIS*) zrealizowanego w 2014 r. 59% osób dorosłych w Polsce zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych. Najczęstszą dolegliwością były bóle dolnej części pleców (ryc. 2). Deklarowało je 28,4% kobiet i 21,2% mężczyzn w wieku 15 lat i więcej. Bóle szyi występowały u 21% badanych kobiet i 13% mężczyzn, a bóle środkowej partii pleców – analogicznie u 19 i 12,9% [35, 44].



**Rycina 2. Choroby i dolegliwości przewlekłe w Polsce: ból pleców, ból szyi (obecnie) według grup wieku. EHIS (2014).**

*Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS – Stan zdrowia ludności 2014.*

Według danych ZUS za 2014 r. choroby kręgosłupa<sup>5</sup> 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 2015 r. absencja chorobowa z powodu chorób kręgosłupa wyniosła blisko 33 mln osobodni (co oznacza wzrost o 2 mln w stosunku do 2014 r.). Jednakże w tym czasie wzrosła również ogólna liczba dni absencji chorobowej rejestrowanej przez ZUS (z 213 mln do 227 mln osobodni). W 2015 r. wydano łącznie blisko 2,7 mln zaświadczeń lekarskich (15% ogółu) z powodu chorób kręgosłupa [42].

#### Województwo warmińsko-mazurskie

W województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. wydano 2 216,3 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00-M99), z czego 1 242,8 tys. wydano mężczyznom, a 972,6 tys. – kobietom [44].

Jednocześnie w województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wyniosła 1 145 tys., podczas gdy w całym kraju było to 30 626 tys. W województwie warmińsko-mazurskim liczba dni absencji chorobowej z tego tytułu stanowiła 16,4% dni

<sup>5</sup> Jako choroby kręgosłupa przyjęto następujące rozpoznania wg ICD-10: G54, G55, M41, M43, M46, M47, M48, M49, M50, M51, M53, M54, M80, T06, T09, S34, S32.

absencji na tle pozostałych chorób raportowanych do ZUS, podczas gdy w całym kraju odsetek ten wyniósł 14,4 [42].

W województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. odnotowano 380 wypadków przy pracy (poza gospodarstwami indywidualnymi w rolnictwie) spowodowanych obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego [44].

### **c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu**

Według *Rocznika Statystycznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2015* (najbardziej aktualny dostępny w dniu 14.11.2016 r.) stan ludności województwa warmińsko-mazurskiego na dzień 31.12.2014 r. wynosił 1 444 tys., z czego kobiety stanowiły 737 tys., a mężczyźni 707 tys. [45].

Zgodnie z założeniami grupą docelową programu są aktywni zawodowo mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego (ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50. roku życia).

Na potrzeby programu osoby aktywne zawodowo będą definiowane 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).

Według danych GUS (*Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2015*) w IV kwartale 2014 r. w województwie warmińsko-mazurskim aktywnych zawodowo było 609 tys. osób, z czego 593 tys. było w wieku produkcyjnym [45]. Według danych GUS (*Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.*) w województwie tym osoby powyżej 50. roku życia stanowią 27,6% osób w wieku produkcyjnym [46]. Odnosząc ten udział do grupy aktywnych zawodowo osób w wieku produkcyjnym, można oszacować jej wielkość na mniej więcej 164 tys. osób.

### **d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych 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);
- 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 realizował ani nie realizuje obecnie żadnego programu zdrowotnego z zakresu rehabilitacji schorzeń narządu ruchu w populacji osób aktywnych zawodowo, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50. roku życia. 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 01.08.2016 r. świadczenia rehabilitacyjne na podstawie umów z OW NFZ realizuje:

- 45 poradni rehabilitacyjnych;
- 103 gabinety rehabilitacyjne (w województwie nie ma zakładów rehabilitacji);
- 19 ośrodków rehabilitacji dziennej;
- 11 oddziałów stacjonarnych rehabilitacji ogólnoustrojowej.

Czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w województwie warmińsko-mazurskim wynosi nawet do 106 dni (w ramach wymienionych jednostek prowadzone są listy oczekujących) [48].

Program został opracowany 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.

#### **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.

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz schorzenia kręgosłupa prowadzą do pogorszenia jakości życia oraz zmniejszenia aktywności społecznej i zawodowej. Opublikowane w „The Lancet” wyniki badania *Global Burden of Disease Study 2010* wskazują, że schorzenia układu



mięśniowo-szkieletowego stanowią drugą pod względem skali oddziaływania (mierzoną wskaźnikiem YLD – *years lived with disability*) przyczynę niepełnosprawności na świecie (na pierwszym miejscu znajdują się choroby psychiczne i zaburzenia zachowania). Na pierwszym miejscu wśród konkretnych przyczyn odpowiedzialnych za obciążenie niepełnosprawnością jest ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa. Vos i wsp. szacują, że w skali całego świata w 2010 r. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego były odpowiedzialne za łącznie blisko 166 mln osobolet przeżytych w niesprawności. Z tego dolegliwości bólowe okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz szyi stanowiły razem tej wartości [49]. Według opracowania Murraya i wsp. ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa stanowi szóstą (na 291 analizowanych) w skali świata przyczynę obciążenia chorobowego społeczeństwa mierzonego przy użyciu DALY (*disability-adjusted life year*)<sup>6</sup>. W Europie Zachodniej jest to pierwsza, a w Środkowej i Wschodniej – trzecia przyczyna utraty lat życia w zdrowiu. Obciążenie w wyniku bólu szyi znajduje się na 21. miejscu w skali świata, a w Europie zajmuje 8. pozycję w części zachodniej kontynentu oraz 14. w centralnej i 18. we wschodniej [50].

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 pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w narzędziu nr 3 (*Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy*) w Policy Paper [51]. Ponadto program jest zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r., nr 137, poz. 1126) [52].

---

<sup>6</sup> Według Światowej Organizacji Zdrowia 1 DALY może być interpretowany jako 1 rok utraty życia w zdrowiu. DALY obliczany jest na podstawie wskaźników YLL (*Years of Life Lost*) oraz YLD (*Years Lost due to Disability*).

## 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 wśród populacji osób powyżej 50. roku życia w województwie warmińsko-mazurskim.

### b. Cele szczegółowe

- Zwiększenie dostępu do usług rehabilitacyjnych.
- Zwiększenie potencjału zdrowotnego osób powyżej 50 r.ż, poprzez przywracanie sprawności ruchowej pacjentów, zwalczanie bólu; zwiększanie siły mięśniowej i zakresu ruchu.
- Wzrost sprawności ogólnej osób po 50 r.ż, w województwie warmińsko-mazurskim osiągnąć dzięki usprawnianiu pacjentów ze schorzeniami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej ze szczególnym uwzględnieniem osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa.
- Poprawa koordynacji ruchowej
- Ograniczenie długotrwałej niepełnosprawności i jej skutkom.
- Wzrost poziomu wiedzy mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki schorzeń układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, ze szczególnym uwzględnieniem dolegliwości bólowych kręgosłupa.
- 
- Wzrost poziomu zdrowotnego osób uczestniczących w programie ze względu na przeprowadzone interwencje.
- Zwiększenie częstości działań prozdrowotnych i weryfikacja stylu życia w zakresie ograniczania występowania chorób kręgosłupa.

### c. Oczekiwane efekty

- Wzrost aktywności fizycznej u osób uczestniczących w programie.
- Korekcja postawy, zmniejszenie nasilenia wad i schorzeń kręgosłupa u osób uczestniczących w programie.
- Zwiększenie poziomu wiedzy na temat występowania i możliwości leczenia wad postawy w populacji osób biorących udział w programie.
- Wzrost umiejętności i polepszenie zachowań wpływających korzystnie na zdrowie.

### d. Mierniki efektywności

- Liczba osób ogółem uczestniczących w programie.
- Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia.
- Liczba osób, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane schorzenia kręgosłupa.
- Liczba osób uczestniczących w interwencji edukacyjnej.
- Liczba osób uczestniczących w interwencji edukacyjnej, u których nastąpił wzrost wiedzy.

- Liczba adresatów programu uczestniczących w edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy.
- Zwiększenie lub zmniejszenie udziału w zajęciach fizycznych w życiu codziennym po zakończeniu programu.
- Porównanie wyników wypełnionego przez uczestnika kwestionariusza oceny zdrowia (Health Assesment Questionnaire, HAQ).
- Zmiana jakości życia w zakresie poprawy lub braku poprawy ze strony schorzeń kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą odpowiedniego kwestionariusza.
- Zmiany poziomu wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych dot. unikania zachowań sprzyjających urazom (np. za pomocą ankiety sprawdzającej poziom wiedzy dot. ergonomii pracy).
- Podjęcie pracy przez uczestników programu.

Sprawozdanie zawierające wartości osiągnięte w powyższych miernikach będzie składane przez beneficjenta corocznie do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Warunki przekazywania powyższych informacji zostaną określone szczegółowo w stosownej umowie zwartej z poszczególnymi beneficjentami.

### 3. Adresaci programu

#### a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Działaniami edukacyjnymi zostanie objęta grupa aktywnych zawodowo osób w wieku produkcyjnym (18–64 lata dla mężczyzn oraz 18–59 lat dla kobiet). Zgodnie z danymi przedstawionymi w punkcie 1c „Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu” w roku 2015 grupa ta liczyła około 593 tys. osób. Program ma charakter wieloletni i realizowany będzie w latach 2017–2021. Szacuje się, że w związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi grupa docelowa w 2017 r. liczyć będzie 587 tys. Dodatkowo w latach 2018 i 2019 w grupie docelowej znajdują się dwa roczniki, które liczą około 30 tys. osób. Jak wynika z opublikowanych danych na temat aktywności ekonomicznej w wieku 18–19 lat, zaledwie 15,6% osób jest aktywnych zawodowo (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2016 roku*), co oznacza, że należy uwzględnić dodatkowe 4,6 tys. osób [53]. Grupa docelowa w całym okresie objętym programem będzie liczyć około 591 tys. osób.

Zajęcia z zakresu profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego będą skierowane do populacji mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku 50–64 lat wśród mężczyzn oraz 50–59 lat wśród kobiet. Na podstawie danych GUS (*Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2015; Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.*) wielkość tej grupy można oszacować na 164 tys. (w 2015 r.) [45, 46]. Z uwagi na fakt, że program ma charakter wieloletni (2017–2021), należy uwzględnić dodatkowo dwa roczniki, które w okresie realizacji projektu przekroczą 50. rok życia. Według danych GUS (*Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.*) takich osób będzie łącznie w przybliżeniu 35 tys. [46]. Zakładając współczynnik aktywności zawodowej dla tej grupy na poziomie 74,9% (na podstawie danych dla grupy 45–54 lat z *Rocznika Statystycznego Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2015*), dodatkowe 26 tys. osób spełni kryterium włączenia do programu [45]. Oznacza to, że łącznie grupa docelowa liczy około 190 tys. osób. Działaniami edukacyjnymi planuje się objąć około 60 % tej części populacji, co stanowić będzie grupę około 114 tys. osób.

#### 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 akcji. Mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, stron internetowych samorządów terytorialnych, lokalnych forów internetowych oraz plakatów i ulotek. 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.

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

Projekty złożone przez beneficjów będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu przez Instytucję Zarządzającą Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020, tj. Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Interwencje w ramach programu mają być prowadzone zgodnie z rozdziałem 5.3. *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020* [54].

##### a. Etapy organizacyjne programu

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjno-edukacyjna, prowadzona metodami opisanymi w punkcie 3 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 to rekrutacja uczestników do zajęć z zakresu szeroko pojętej profilaktyki chorób układu mięśniowo-szkieletowego i w efekcie prowadzenie tych interwencji. Do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający medyczne kryteria włączenia. Rekrutacja będzie przeprowadzana na podstawie weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej stwierdzającej wady lub schorzenia kręgosłupa lub rekrutacji realizowanej przez beneficjenta stwierdzającej wady lub schorzenia kręgosłupa.

W ramach rekrutacji 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 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 (zamieszkanie w województwie warmińsko-mazurskim oraz kryterium włączenia do programu) na podstawie dokumentów wskazanych w regulaminie konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą RPO WiM 2014-2020. 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].

##### b. Planowane interwencje

Program będzie realizowany zgodnie z warunkami określonymi w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020 przez podmioty wybrane w ramach konkursu w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z Ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 [56]. Będzie on ogłoszony na podstawie obowiązującego „Harmonogramu naboru wniosków

o dofinansowanie w trybie konkursowym dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020”.

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.

W ramach programu każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do niego będzie mogła skorzystać z cyklu działań z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Wśród zaplanowanych interwencji znajdują się takie działania jak: zabiegi fizykalne, masaże, kinezyterapia, terapie manualne i techniki specjalne. Dodatkowo działania te będą uzupełnione edukacją zdrowotną.

### **Edukacja zdrowotna**

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.

Działania edukacyjne będą prowadzone okresowo, po uzbieraniu odpowiedniej liczbowo grupy odbiorców.

Edukacja powinna odbyć się co najmniej dwa razy w roku, w każdej gminie i mieście na prawach powiatu w województwie warmińsko-mazurskim. Najlepiej, by działania edukacyjne połączone były z akcją prozdrowotną w zakresie aktywności ruchowej angażującej szerokie grono uczestników, np. biegi masowe, zawody sportowe itp.

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. Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu, w tym edukacja prozdrowotna, skierowana do jego odbiorców, będą prowadzone na zasadach określonych w *Wytycznych horyzontalnych w obszarze zdrowia*.

### **Działania terapeutyczne**

Wśród zaplanowanych interwencji mogą znaleźć się takie działania jak:

- gimnastyka korekcyjna;
- zabiegi fizykalne;
- masaże;
- kinezyterapia;
- terapie manualne;
- techniki specjalne.

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, przy czym wskazana jest aktywność

fizyczna co najmniej trzy razy tygodniowo na poziomie 120–180 minut lub więcej, przez okres co najmniej trzech–dziewięciu miesięcy.

Pierwszy obligatoryjny element w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa to porada lekarska rehabilitacyjna/porada fizjoterapeutyczna, w trakcie której lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad i odpowiednie badanie przedmiotowe oraz ustali indywidualny program rehabilitacji. Lekarz/fizjoterapeuta będzie również odpowiadał za edukację zdrowotną pacjenta dotyczącą jego aktywności po zakończeniu cyklu zabiegów fizjoterapeutycznych.

. Obligatoryjnie w trakcie pierwszej wizyty, a także na końcu cyklu zajęć pacjent zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), którego wyniki wykorzystana się w monitorowaniu efektywności programu. Konieczne jest także spotkanie kontrolne (z pomiarem parametrów) na końcu interwencji.

W ramach programu przewidziane są także trzy kontrolne porady fizjoterapeutyczne, w cyklu 0., 1., 3. miesiąc uczestnictwa w programie, celem weryfikacji przyjętego cyklu terapeutycznego, a także monitorowania przebiegu interwencji.

Minimalna łączna liczba spotkań w ramach porady lekarskiej rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej oraz wizyt kontrolnych wynosi pięć.

W ramach konkursu premiuwane będzie uzyskanie porady i objęcie opieką uczestnika przez personel lekarski.

Drugą obligatoryjną częścią interwencji terapeutycznej dotyczącej wad i schorzeń kręgosłupa są 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 zajęcia rekreacyjno-sportowe mające ciekawą oprawę i charakter, jak również 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. Projekty z większą liczbą ekspertów z różnych dziedzin udzielających interwencji terapeutycznej będą premiowane podczas oceny projektu w trakcie konkursu.

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 kadrą, 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].

Beneficjenci w celu dotarcia do lokalnej społeczności i intensyfikacji przekazu mogą prowadzić działania edukacyjne, 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, pogadank edukacyjnych, warsztatów, koncertów, poradnictwa/działań edukacyjnych, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) albo przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z wczesnego wykrywania i diagnostyki chorób układu kostno-szkieletowego mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, klubach sportowych, miejscach spotkań towarzyskich, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej).

Wszystkie osoby z grupy docelowej zainteresowane tematyką poruszaną w programie będą mogły zostać objęte działaniami informacyjno-edukacyjnymi w zakresie uświadamiania zagrożeń wynikających z wykrywania i diagnostyki omawianych chorób i ich powikłań oraz zapoznane z zasadami radzenia sobie z problemem (np. poprzez udostępnienie ulotki, telefon zaufania, infolinię, kontakt internetowy).

### **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.

Podstawowe formalne kryterium włączenia do programu to podpisanie przez uczestnika druku świadomej zgody na udział w akcji (druk zgody w załączniku). 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 (zamieszkanie w województwie warmińsko-mazurskim oraz kryterium włączenia do programu) na podstawie dokumentów wskazanych w regulaminie konkursu ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą RPO WiM 2014-2020.

Niezbędne będzie także 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;

Dodatkowo 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.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Programem będą objęte wszystkie osoby z populacji docelowej, spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach 2017–2021.

#### **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 01.08.2016 r. w województwie warmińsko-mazurskim świadczenia rehabilitacyjne na podstawie umów z OW NFZ realizuje:

- 45 poradni rehabilitacyjnych;
- 103 gabinety rehabilitacyjne (w województwie nie ma zakładów rehabilitacji);
- 19 ośrodków rehabilitacji dziennej;
- 11 oddziałów stacjonarnych rehabilitacji ogólnoustrojowej.

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 199 dni, a w OLMEDICA w Olecku - spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (ul. Gołdapska 1) 128 dni.

Rekordowy czas oczekiwania na rehabilitację - **657 dni**, jest w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Górowie Iławeckim (ul. Armii Czerwonej 24).

Program został opracowany 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.

#### **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].

## **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 oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji, które przeprowadzi wykwalifikowany personel medyczny [61].

Wszystkie procedury medyczne zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich określonych dla nich wymogów fachowych i sanitarnych, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. 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].

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**

### **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 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 leczniczy 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 Książkowskiej-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/gabiniecie fizjoterapii (kinezyterapia i metody specjalne, fizykoterapia i masaż, terapia zajęciowa, procedury psychologiczne, logopedyczne, socjoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne oraz w sprzęt pomocniczy) [63].

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].

### Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

W Polsce realizowanych jest bardzo dużo programów zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej populacji osób dorosłych. W większości przypadków programy te realizowane są na szczeblu samorządu gminy, rzadziej – miasta czy powiatu. Od 2012 r. samorząd województwa zrealizował tylko dwa programy zdrowotne:

- w 2015 r.: „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”;
- w 2014 r.: „Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów” województwa wielkopolskiego.

## 5. Koszty

Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym na lata 2014–2020 w Województwie Warmińsko-Mazurskim – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „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” zaplanowała kwotę zaplanowała kwotę 846 683,95 EURO.

Do przeliczeń, w ramach Planu działań w sektorze zdrowia wykorzystano przelicznik 1 EURO - 4,3065 zł, co daje 3.646.244,41 zł. Mając na uwadze różnice w kursach walut, wartości zaplanowanej kwoty na dany Program mogą ulec zmianie.

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 Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020.

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 *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020* oraz *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. [54].

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet projektów.

### a. Koszty jednostkowe

**Tabela 2. Założenia całkowitego budżetu programu**

Uczestnicy programu	Budżet całkowity programu	Koszt całkowity uczestnictwa w programie
Okolo 890 osób	3.646.244,41 zł	Okolo 4096,90 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszt procesu kwalifikacyjnego do programu;
- koszty terapii indywidualnej;
- koszty działań z zakresu edukacji zdrowotnej;



- koszty zarządzania projektem.

Szczegółowe składowe opisano poniżej.

**Tabela 3. Proces kwalifikacyjny do programu w podziale na poszczególne elementy i sugerowany czas ich trwania**

Lp.	Nazwa elementu	Czas trwania (h)
1	Wywiad indywidualny	0,5
2	Diagnostyka – niezbędne badania i pomiary	0,5
3	Diagnoza zaburzeń i ustalenie indywidualnej ścieżki wsparcia	2
4	Spotkanie podsumowujące	1
5	Przeprowadzenie powtórnej diagnozy w połowie i na końcu interwencji oraz omówienie wyników	2
<b>SUMA</b>		<b>6</b>

*Źródło: opracowanie własne.*

Przy założeniu, że koszt 1 godziny pracy personelu wykonującego czynności podczas procesu kwalifikacyjnego do programu wyniesie 100,00, zł można oszacować, iż całościowy koszt wyniesie 600,00 zł w przeliczeniu na jednego uczestnika.

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

Założono, że średnio ma się odbyć co najmniej 36 spotkań (trzy razy w tygodniu, przez co najmniej trzy miesiące) w ramach promowania aktywności fizycznej dla każdego uczestnika programu. Koszt jednego spotkania szacuje się na mniej więcej 50,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu spotkań w ramach terapii można określić w przybliżeniu na 1 800,00 zł/osobę.

Dodatkowo w ramach interwencji w obszarze rehabilitacji medycznej przewidziano co najmniej pięć porad lekarskich/porad fizjoterapeutycznych dla każdego uczestnika programu. Koszt jednej porady szacuje się na mniej więcej 150,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu porad rehabilitacyjnych/fizjoterapeutycznych można określić w przybliżeniu na 750 zł/osobę.

Następnym składnikiem kosztu jednostkowego są koszty działań edukacyjnych.

W ramach działań edukacyjnych przewidziane są także wykłady dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50. roku życia, w obszarze rehabilitacji medycznej. Zakłada się, że wykłady będą odbywały się dla wszystkich osób chętnych i nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależy od możliwości organizacyjnych beneficjenta. Edukacja powinna odbyć się co najmniej dwa razy w roku, w każdej gminie i mieście na prawach powiatu na terenie objętym projektem.

Koszty pracy osoby prowadzącej wykłady wyniesie 200,00 zł za jedno spotkanie.

Liczba jednostek administracyjnych w których mogą odbyć się działania edukacyjne (JST) w województwie warmińsko-mazurskim wynosi 118 (liczba miast na prawach powiatu – 2; liczba gmin miejskich – 16; liczba gmin miejsko-wiejskich – 33; liczba gmin wiejskich – 67), można zatem oszacować, że koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych może wynieść:

$$200,00 \text{ zł} \times 118 \text{ JST} \times 2 \times 3 \text{ lata projektu} = 141.600,00 \text{ zł}$$

Koszt jednostkowy wykładów przy uwzględnieniu frekwencji na poziomie do 60% populacji osób aktywnych zawodowo powyżej 50. roku życia do objęcia działaniami edukacyjnymi będzie wynosił około 1,24 zł za uczestnika.

Ostatnią częścią składową kosztów jednostkowych są koszty zarządzania projektem. Elementy wchodzące w ich skład przedstawia tabela 4.

**Tabela 4. Składniki kosztów zarządzania projektem**

Lp.	Nazwa elementu
1	Nadzór nad realizacją programu
2	Przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta
3	Opracowanie raportów
4	Koszty organizacyjno-administracyjne
5	Zakup narzędzi diagnostycznych oraz sprzętu medycznego do realizacji interwencji

*Źródło: opracowanie własne.*

Szacuje się, że koszty zarządzania projektem będą stanowić do 25% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich dotyczących jednego uczestnika programu objętego terapią indywidualną. Na tej podstawie można oszacować, że koszty pośrednie będą wynosiły około 787,50 zł/osobę.

Podsumowanie składników kosztów jednostkowych przedstawia poniższa tabela 5.

**Tabela 5. Składniki kosztów jednostkowych oraz ich wartość**

Lp	Nazwa elementu	Pełny panel badań wartość (zł)
1.	Koszt procesu kwalifikacyjnego do programu	600,00
2.	Koszt spotkań w ramach terapii indywidualnej	2550,00
3.	Łączne koszty bezpośrednie (1 + 2)	3150,00
5.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 3)	787,50
6.	<b>Łączny koszt dla 1 uczestnika programu objętego terapią indywidualną</b>	<b>3937,50</b>

Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając powyższe wyliczenia, średni koszt jednostkowy uczestnika programu można określić na mniej więcej 3937,50 zł/osobę. Posiadane środki finansowe umożliwiają włączenie do programu około 890 osób do części obejmującej terapię indywidualną w obszarze rehabilitacji medycznej.

Dodatkowo możliwe jest objęcie działaniami edukacyjnymi do 60% populacji osób aktywnych zawodowo powyżej 50. roku życia, określonej jako grupa osób z otoczenia populacji docelowej.

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 medycznej:
  - koszt procesu kwalifikacyjnego do programu,
  - koszt spotkań w ramach terapii indywidualnej,
  - koszty działań edukacyjnych;
- działania organizacyjne (koszty pośrednie):
  - działania administracyjne związane z obsługą projektu: katalog kosztów oraz ich wysokość muszą być zgodne z *Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*,
  - 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 Regionalnym Programem Operacyjnym na lata 2014–2020 w Województwie Warmińsko-Mazurskim – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „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.”, określono na kwotę 3 646 244,41 zł.

**Tabela 6. Planowany budżet całkowity (wartości szacunkowe, zależne od konkretnych ilości osób i wyceny poszczególnych świadczeń w ramach programu)**

Rodzaj kosztów	Kwota (zł)
Koszty terapii w obszarze rehabilitacji medycznej	3.504.375,00
Koszty działań edukacyjnych	141.600,00
<b>Razem</b>	<b>3.645.975,00</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, partnerstwo**

Program finansowany będzie w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. 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, powyżej 50. roku życia. Wieloletnie występowanie zespołów bólowych oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego wpływa na postępujące ograniczenie lub utratę sprawności fizycznej. Następstwem tego procesu jest powstanie niepełnosprawności.

W województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. wydano 2 216,3 tys. zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, z czego 1 242,8 tys. wydano mężczyznom, a 972,6 tys. kobietom.

Jednocześnie w województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na skutek choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wyniosła 1 145 tys., podczas gdy w całym kraju było to 30 626 tys. W

województwie warmińsko-mazurskim liczba dni absencji chorobowej z tego tytułu stanowiła 16,4% dni absencji na tle pozostałych chorób raportowanych do ZUS, podczas gdy w całym kraju odsetek ten wyniósł 14,4.

W województwie warmińsko-mazurskim w 2014 r. odnotowano 380 wypadków przy pracy (poza gospodarstwami indywidualnymi w rolnictwie) spowodowanych obciążeniem układu mięśniowo- szkieletowego.

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.

## 6. Monitoring i ewaluacja

Beneficjent ma obowiązek prowadzenia monitoringu działań wykonywanych w ramach programu. Odbywać się to będzie poprzez dokonywanie pomiarów zgodnych z miernikami efektywności. Beneficjent ma obowiązek przedłożyć wskazanej jednostce podległej Instytucji Zarządzającej RPO na lata 2014–2020 w Województwie Warmińsko-Mazurskim – Zarządowi Województwa, 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.

Monitoring projektu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch 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 ewaluacja polegająca na analizie efektywności realizacji programu. Działania podejmowane w ramach tego elementu będą miały charakter wybitnie długofalowy. Za ewaluację odpowiedzialna jest Instytucja Zarządzająca RPO.

### 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 miesięcznych oraz 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.). Wnioski będą wykorzystane do ograniczenia skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

### b. Ocena jakości świadczeń w programie

Zostanie ona dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie rehabilitacji. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. 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) 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.

### c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie,
- liczba nowych rozpoznań chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej,
- zmiana stanu zdrowia uczestników na podstawie wyników kwestionariusza HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), wypełnionego w trakcie pierwszej i końcowej wizyty,
- zwiększenie lub zmniejszenie udziału w zajęciach fizycznych w życiu codziennym po zakończeniu programu,
- zmiana jakości życia w zakresie poprawy lub braku poprawy ze strony schorzeń kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą odpowiedniego kwestionariusza,
- zmiany poziomu wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych dot. unikania zachowań sprzyjających urazom (np. za pomocą ankiety sprawdzającej poziom wiedzy dot. ergonomii pracy),
- podjęcie pracy przez uczestników programu.

Należy pamiętać, że obniżenie wskaźnika zachorowalności na choroby układu kostno-stawowego 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 2017–2021, 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 2017–2021. 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., Tlustochowicz W.: *Spondyloartropatie*. Reumatologia 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tlustochowicz 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-analizy.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*, <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2012szac.htm> [dostęp: 14.10.2016].

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/> [dostęp: 14.10.2016].
43. 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.
44. GUS: *Stan zdrowia ludności 2014*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.
45. GUS: *Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2015*. Urząd Statystyczny w Olsztynie, Olsztyn 2015.
46. GUS: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. *Dz.U.* 2013 poz. 1522
48. NFZ, <http://kolejki.nfz.gov.pl/> [dostęp: 18.11.2016].
49. 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.
50. 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.
51. *Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, <http://www.mz.gov.pl/rozwój-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/> [dostęp: 29.09.2016].
52. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, *Dz. U.* z 2009 r., nr 137, poz. 1126.
53. GUS: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2016 roku*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
54. *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-przedswiezec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/> [dostęp: 29.09.2016].
55. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, *Dz. U.* z 1997 r., nr 133, poz. 883.
56. 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.
57. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, *Dz. U.* z 2011 r., nr 112, poz. 654.
58. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, *Dz. U.* z 2001 r., nr 126, poz. 1381.

59. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r., nr 107, poz. 679.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. *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].
64. *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.
65. WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/> [dostęp: 14.10.2016].
66. WHO, *Community-based rehabilitation: CBR Guidelines*. Introductory Booklet 2010.
67. *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.
68. WHO: *Disability and health*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [dostęp: 01.11.2016].
69. WHO: *Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/4/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_pol.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/4/WHO_NMH_VIP_11.01_pol.pdf?ua=1) [dostęp: 14.10.2016].
70. Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR). <http://www.ncddr.org/about.html> [dostęp: 14.10.2016].
71. Bennell K., Hall M., Hinman R.S.: *Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes*. *Osteoarth. Cartilage*. 2016; 24(1): 58–70.
72. 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.
73. Shengelia R., Parker S.J., Ballin M. et al.: *Complementary therapies for osteoarthritis: Are they effective?* *Pain Manag. Nurs*. 2013; 14(4): e274–288.

## 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 MEDYCZNEJ**

**1. Sprawozdanie**

- miesięczne, za miesiąc .....
- roczne, za rok .....

**2. Liczba przyjętych uczestników**

.....

**3. Uwagi**

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

.....

Data

.....

Podpis

## b. Ankieta satysfakcji

### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ

#### 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 z przychodnią</i>	<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"/>
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>Kompetentna informacja</i>	<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"/>
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>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<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"/>

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarstwa 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 MEDYCZNEJ  
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 (Ustawa o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r.).

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

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