



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

**Rehabilitacja medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze
schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 r. poz. 1938 ze zm.).

Szczecin, 2019 r.

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	11
I.3. Opis obecnego postępowania	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	16
II.1. Cel główny	16
II.2. Cele szczegółowe	16
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	17
III.1. Populacja docelowa	17
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu	18
III.3. Planowane interwencje	19
III.4. Sposób udzielania świadczeń	23
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	25
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	25
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	25
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	27
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu	28
V.1. Monitorowanie	28
V.2. Ewaluacja	29
VI. Budżet programu	30
VI.1. Koszty całkowite	30
VI.2. Koszty jednostkowe	31
VI.3. Źródła finansowania	33
VII. Bibliografia	34

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Ograniczenie pełnej sprawności w poruszaniu się i wykonywaniu codziennych czynności może nastąpić na skutek różnych dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego. Schorzenia te występują w klasyfikacji ICD-10 w grupie: M00-M99¹. Nielezione i nie poddawane rehabilitacji schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego prowadzą do niepełnosprawności chorego, która stanowi jeden z istotnych problemów zdrowia publicznego. Jego istotą jest rozmiar, rozpowszechnienie w populacji oraz wpływ na jakość życia jednostki i społeczeństwa. W porównaniu z ludźmi sprawnymi fizycznie, u niepełnosprawnych częściej występują schorzenia współtowarzyszące. W grupie tej obserwuje się często również niesamodzielność, niższe osiągnięcia edukacyjne, mniejszą aktywność zawodową, wyższy poziom ubóstwa oraz niepełne funkcjonowanie w życiu społecznym. Następstwem postępującej niepełnosprawności jest m.in. utrata zdolności do wykonywania pracy zawodowej, co skutkuje wykluczeniem z aktywności zawodowej oraz społecznej. Kluczową rolę w terapii schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego pełni rehabilitacja, o której skuteczności decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń². Nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej³.

Z uwagi na zróżnicowaną etiologię i patogenezę schorzeń ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego, kryteria ich rozpoznania i naturalny przebieg choroby, obraz kliniczny oraz metody leczenia są bardzo złożone. Schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego określone są w klasyfikacji ICD-10 w grupie: M00-M99, (tabela 1)^{4, 5, 6}.

Tabela 1. Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego wg klasyfikacji ICD-10

Rozdział XIII - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	
M00–M25 Artropatie	M00–M03 Artropatie związane z zakażeniami
	M05–M14 Artropatie wielostawowe zapalne
	M15–M19 Choroby zwyrodnieniowe stawów
	M20–M25 Inne choroby stawów
M30–M36 Układowe choroby tkanki łącznej	-
M40–M54 Choroby grzbietu	M40–M43 Zniekształcające choroby grzbietu
	M45–M49 Choroby kręgosłupa
	M50–M54 Inne choroby grzbietu
M60–M79 Choroby tkanek miękkich	M60–M63 Choroby mięśni
	M65–M68 Choroby maziówki i ścięgien
	M70–M79 Inne choroby tkanek miękkich
M80–M94 Choroby tkanki kostnej i chrząstki	M80–M85 Zaburzenia mineralizacji i struktury kości

¹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Tom I. Vesalius. 2006r.

² *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

³ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

⁴ Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376: 1094–1108.

⁵ Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50: 162–165.

⁶ Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tlustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.

	M86–M90 Inne choroby kości
	M91–M94 Choroby tkanki chrzęstnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Tom I. Vesalius.2006r. ICD-10.

Działania w ramach niniejszego Programu koncentrują się na obszarach problemowych, które łączy ze sobą fakt występowania stanów zapalnych i dolegliwości bólowych, utrudniających lub uniemożliwiających wykonywanie czynności związanych z pracą zawodową.

Do najczęściej występujących w ogólnej populacji zapalnych chorób narządu ruchu należą schorzenia reumatyczne do których zalicza się: reumatoidalne zapalenie stawów oraz spondyloartropatie (zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów, reaktywne zapalenie stawów, zapalenie stawów towarzyszące nieswoistym zapalnym chorobom jelit). Rzadziej występują tzw. choroby tkanki łącznej, takie jak: toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, twardzina czy zapalenie skórno- i wielomięśniowe.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS - ICD10: M05, M06) jest przewlekłą układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Za jej rozwój odpowiada wiele czynników, takich jak uwarunkowania genetyczne czy wpływ czynników środowiskowych. Do charakterystycznych objawów reumatoidalnego zapalenia stawów zlicza się głównie: zapalenie przeważnie symetrycznych stawów oraz uczucie sztywności porannej stawów powodującej ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto mogą również wystąpić takie objawy ogólne, jak: stany podgorączkowe, gorączka, ogólne osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zmniejszenie masy ciała. Osłabienie może być skutkiem pogłębiającej się niedokrwistości. W przebiegu RZS może nierzadko dochodzić uszkodzenia narządów wewnętrznych (nerek, serca, płuc) czy zmian patologicznych w narządzie wzroku. Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci⁷.

Spondyloartropatie (SpA) to wzajemnie powiązana grupa chorób reumatycznych, która charakteryzuje się wspólnymi objawami klinicznymi oraz podobieństwem uwarunkowań genetycznych. Do spondyloartropatii zaliczają się m.in.: zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa – ZZSK (ankylosing spondylitis) oraz łuszczycowe zapalenie stawów – ŁZS (psoriatic arthritis)⁸.

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK) manifestuje się zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych, stawów kręgosłupa, a także więzadeł i tkanek okołokręgosłupowych. W niektórych przypadkach zapalenie obejmuje również stawy obwodowe oraz przyczepy ścięgnię⁹. Choroba prowadzi do postępującego sztywnienia m.in. stawów kręgosłupa. To powoduje istotne upośledzenie jego ruchomości oraz ogólnych funkcji ruchowych, co ma bezpośrednie przełożenie na jakość życia chorego.

⁷ Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tłustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2012; 50: 83–90.

⁸ Stanisławska-Biernat E, Świerkot J, Tłustochowicz W. Spondyloartropatie. Reumatologia 2012; 50: 93–102.

⁹ Ibidem

Łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) to przewlekła autoimmunologiczna choroba zapalna, charakteryzująca się występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgniastych u osoby z łuszczycą skóry lub paznokci. Wyróżnia się następujące postacie ŁZS¹⁰:

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

Reaktywne zapalenie stawów jest stanem zapalnym nieropnym, rozwijającym się po przebytych zakażeniu przewodu pokarmowego, układu oddechowego lub moczowo-płciowego. ReZS występuje najczęściej pod postacią zapalenia jednostawowego lub asymetrycznego zapalenia kilkustawowego, obejmującego głównie stawy kończyny dolnej (wysięgowe zapalenie stawów kolanowych i skokowych). Chorobie towarzyszą wędrujące bóle stawów, bóle krzyża i entezopatie (m.in. bolesność całego ciała, obrzęk jednego lub wielu palców, objawy o typie „łokcia tenisisty” i „łokcia golfisty”, entezopatia ścięgna podszwowego i/lub ścięgna Achillesa). Ponadto, w zależności od postaci, chorobie towarzyszą objawy ze strony układu moczowo-płciowego, pokarmowego lub sercowo-naczyniowego, a także objawy skórno-śluzówkowe oraz zmiany w narządzie wzroku. Kompleksowe leczenie ReZS powinno obejmować edukację, farmakoterapię, leczenie chirurgiczne (synowektomia, artroplastyka), a także szeroko rozumianą rehabilitację, w tym szczególnie podtrzymanie pełnej ruchomości kręgosłupa, zachowanie ruchomości klatki piersiowej, a także działania fizykoterapeutyczne łagodzące objawy zajęcia stawów

Najczęściej występującym w populacji niezapalnym schorzeniem narządu ruchu jest choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS), będąca skutkiem działania czynników biologicznych oraz mechanicznych. Czynniki te destabilizują powiązane ze sobą procesy degradacji i tworzenia chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości, ostatecznie obejmując wszystkie tkanki stawu. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się głównie: bólem stawowym, ograniczeniem ruchomości w stawie oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (np. wysiękiem w stawie) o różnym nasileniu (bez objawów ogólnoustrojowych). Wyróżnia się postać pierwotną ChZS (częściej występuje, a jej przyczyna jest nieznana) oraz wtórną (wywołaną miejscowymi uszkodzeniami struktur, nieprawidłowościami budowy stawu lub chorobami ogólnoustrojowymi)¹¹.

¹⁰ Ibidem

¹¹ Medycyna Praktyczna. Choroba zwyrodnieniowa stawów <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.13>. [dostęp: 29.10.2017]

Choroby kręgosłupa (ChK) oraz towarzyszący im ból stanowią poważny problem medyczny, a także społeczny i ekonomiczny. Tak duże medyczne i społeczne znaczenie ChK wynika z wysokiego poziomu zachorowalności oraz stale wzrastającej (w ogólnej populacji) liczby pacjentów z ChK¹².

W większości przypadków chorób kręgosłupa pacjenci doświadczają bólu o charakterze rzekomo-korzeniowym¹³. W znacznej większości przypadków dolegliwości te są wynikiem powikłań choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, obejmującej stawy, krążki międzykręgowe, a także tkanki miękkie kręgosłupa. Do rzadziej występujących przyczyn bólu kręgosłupa o charakterze rzekomo-korzeniowym należą: choroby metaboliczne (np. osteoporoza) i nowotworowe, infekcje oraz zapalenia nieinfekcyjne. Drugi, najczęściej spotykany rodzaj bólu kręgosłupa wynika z kompresji struktur nerwowych (ból korzeniowy). Może on powstawać także w przebiegu urazów, zmian zwyrodnieniowych, infekcji, chorób reumatycznych, choroby nowotworowej oraz chorób metabolicznych¹⁴.

Główną przyczyną występowania zespołów bólowych kręgosłupa jest choroba zwyrodnieniowa¹⁵. Pierwsze objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa występują w trzeciej oraz czwartej dekadzie życia. W wielu przypadkach ból ustępuje szybko. W zależności od lokalizacji oraz nasilenia zmian patologicznych zespół bólowy może przechodzić w stan przewlekły.

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^{16 17}.

Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem obejmują swoim zakresem szereg zmian zapalnych, będących podłożem dolegliwości bólowych, przy czym ból nie powstaje w stawach ani kościach, lecz w tkankach miękkich, najczęściej okołostawowych, zaliczane w klasyfikacji ICD-10 do grupy M60- M79.

¹² Raciborski F, Gasik R, Kłak A. Disorders of the spine. A major health and social problem. *Reumatologia* 2016; 54, 4: 196–200

¹³ 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):311-2; (author reply 313-5)

¹⁴ Raciborski F, Gasik R, Kłak A. Disorders of the spine. A major health and social problem. *Reumatologia* 2016; 54, 4: 196–200

¹⁵ de Bruin F, ter Horst S, Bloem HL, et al. Prevalence of degenerative changes of the spine on magnetic resonance images and radiographs in patients aged 16-45 years with chronic back pain of short duration in the Spondyloarthritis Caught Early (SPACE) cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(1):56-65.

¹⁶ Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011.

¹⁷ Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.

Objawami, powyższych stanów chorobowych są objawy bólowe w obrębie mięśni, ścięgien i ich pochewek, kaletek maziowych, więzadeł, torebek stawowych. Za przyczynę dolegliwości uznaje się w tym przypadku nadwężenia mechaniczne związane z nadmiernymi wysiłkami fizycznymi bądź przeciążeniami. Zwykle do wytworzenia stanów zapalnych dochodzi na drodze powstawania licznych mikrourazów, które pojedynczo są zazwyczaj nieodczuwalne dla pacjenta, jednakże ich nakładanie się w czasie prowadzi do pojawienia się dolegliwości bólowych. Zazwyczaj choroba powstaje w skutek długotrwałego wykonywania powtarzalnych czynności, stąd też czynniki związane z wykonywaniem pracy zawodowej (szczególnie pracy fizycznej) uznaje się za jedną z przyczyn powstawania zespołów przeciążeniowych.

Grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób tkanek miękkich stanowią przede wszystkim osoby w wieku powyżej 40 lat, ze względu na obniżoną elastyczność tkanek miękkich, co zwiększa ich podatność na urazy, a tym samym skłonność do występowania stanów zapalnych i objawów bólowych.

Przyczyny chorób układu mięśniowo-szkieletowego różnią się w zależności od jednostki chorobowej^{18 19}. W przypadku RZS, dotychczas etiologia tej jednostki nie została wystarczająco poznana. W patogenezie tego schorzenia istotną rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne oraz środowiskowe (np. palenie tytoniu, dieta). Silnie różnicującym czynnikiem jest także wiek. Obserwuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań w piątej dekadzie życia, co jest prawdopodobnie powiązane ze zmianami hormonalnymi występującymi w tym wieku u kobiet. Najwyższą chorobowość notuje się w grupie kobiet po 65. roku życia^{20 21 22 23 24 25 26 27}.

W przypadku spondyloartropatii czynnikiem ryzyka choroby są uwarunkowania genetyczne²⁸. Czynnikiem ryzyka pozostałych zapalnych chorób układowych tkanki łącznej są m.in.: płeć żeńska, czynniki genetyczne oraz środowiskowe.

¹⁸ Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.

¹⁹ Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce*. The Work Foundation, London 2011.

²⁰ Tobón GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *J Autoimmun* 2010; 35: 10–14.

²¹ Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002; 4, 3 Suppl: S265–S272.

²² Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ. The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetic of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1205–1213.

²³ Invernizzi P, Miozzo M, Selmi C, et al. X chromosome monosomy: a common mechanism for autoimmune diseases. *J Immunol* 2005; 175: 575–578.

²⁴ Salliot C, Bombardier C, Saraux A, et al. Hormonal replacement therapy may reduce the risk for RA women who carry HLA-DRB1 *01 and/or* 04alleles by protecting against the production of anti-CCP; Results from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1683–1686.

²⁵ Oliver JE, Silman AJ. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 3.

²⁶ Costenbader KH, Chang SC, De VI, et al. Genetic polymorphisms in PTPN22, PADI-4 and CTLA-4 and risk for rheumatoid arthritis in two longitudinal cohort studies: evidence of gene-environment interactions with heavy cigarette smoking. *Arthritis Res Ther* 2008 10: R52.

²⁷ Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis: a dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16: doi: 10.1186/ar4498.

²⁸ Stanisławska-Biernat E, Świerkot J, Tlustochowicz W. Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.

Do czynników ryzyka ChZS zalicza się: starszy wiek, płeć żeńską, nadwagę i otyłość, mutacje genetyczne (np. genu kolagenu typu II), czynniki mechaniczne (praca zawodowa wymagająca częstego zginania kolan, uprawianie sportu wyczynowego, osłabienie siły okołostawowych mięśni szkieletowych, przebyte urazy), zaburzenia czucia głębokiego. Do czynników ryzyka wtórnej postaci ChZS zalicza się²⁹:

- urazy stawów – ostre i przewlekłe;
- przyczyny wrodzone i rozwojowe – np. martwica aseptyczna głowy kości udowej u dzieci (choroba Legga, Calvégo i Perthesa), wrodzona dysplazja stawu biodrowego, złuszczenie nasady kostnej, różnica w długości kończyn dolnych, koślawość lub szpotawość, zespół nadmiernej ruchomości stawów, dysplazje kostno-stawowe;
- przyczyny metaboliczne – hemochromatoza³⁰, choroba Wilsona, choroba Gauchera;
- przyczyny endokrynologiczne – akromegalia, cukrzyca, otyłość, nadczynność przytarczyc, niedoczynność tarczycy;
- choroby z odkładania soli wapnia – chondrokalcynoza³¹;
- inne choroby kości i stawów – złamania, martwica aseptyczna, zakażenia, dna moczanowa, reumatoidalne zapalenie stawów i inne zapalenia, choroba Pageta, choroba marmurowa kości³², oddzielająca jałowa martwica kostno-chrzęstna;
- neurodystrofie kości i stawów – stawy Charcota³³;
- inne – m.in. choroba kesonowa³⁴, hemoglobinopatie.

Główną przyczyną występowania zespołów bólowych kręgosłupa jest choroba zwyrodnieniowa³⁵. Pierwsze objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa występują w trzeciej oraz czwartej dekadzie życia. W wielu przypadkach ból ustępuje szybko. W zależności od lokalizacji oraz nasilenia zmian patologicznych zespół bólowy może przechodzić w stan przewlekły. 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

²⁹ Medycyna Praktyczna. Choroba zwyrodnieniowa stawów <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.13>. [dostęp: 29.10.2017]

³⁰ Nadmiar żelaza w organizmie.

³¹ Dna rzekoma – choroba zaliczana do grupy reumatycznych, której przyczyną są kryształy dwuwodnego pirofosforanu wapnia odkładające się w chrząstkach stawowych i obecne w płynie stawowym.

³² Choroba Albersa-Schönberga (osteopetroza, marmurkowatość kości) – rzadka, uwarunkowana genetycznie choroba kośćca.

³³ Artropatia neurogenna – zmiany zwyrodnieniowe stawów rozwijające się na podłożu zaburzeń czucia dotyku, propriocepcji i kontroli mięśni szkieletowych przez nerwy ruchowe, najczęściej stanowiące późne powikłanie cukrzycy i polineuropatii cukrzycowej.

³⁴ Choroba dekompresyjna – zespół objawów dotykających osobę wystawioną na zbyt szybko zmniejszające się ciśnienie zewnętrzne.

³⁵ de Bruin F, ter Horst S, Bloem HL, et al. Prevalence of degenerative changes of the spine on magnetic resonance images and radiographs in patients aged 16-45 years with chronic back pain of short duration in the Spondyloarthritis Caught Early (SPACE) cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(1):56-65.

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.

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 diagnozę³⁶.

Leczenie dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego różni się w zależności od jednostki chorobowej. Wymaga połączenia metod farmakologicznych oraz nefarmakologicznych. Oprócz farmakoterapii w leczeniu objawowym zaleca się stosowanie wielokierunkowej terapii z uwzględnieniem fizykoterapii, rehabilitacji, psychoterapii, metod neuromodulacji, a u wybranych pacjentów – metod inwazyjnych (blokady, neurodestrukcja, endoprotezoplastyka)³⁷.

Jednym z elementów terapii zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest kinezyterapia oraz fizykoterapia. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. 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). 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

³⁶ Kocot-Kępska M.: Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie, <http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologiapatofizjologia-leczenie> [dostęp: 28.10.2017].

³⁷ Ibidem.

zabieg podstawowy. Wspomaga ponadto ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe³⁸.

Rehabilitacja medyczna umożliwia nauczenie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększa skuteczność stosowania się do zalecanej farmakoterapii³⁹. Istotne jest to, aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb chorego podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymogi rehabilitacyjne pacjentów. Taki indywidualny plan musi uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań⁴⁰.

O skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń⁴¹. Jednak należy podkreślić, że nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej⁴².

Uzasadnienie wprowadzenia programu

Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego w znacznym stopniu obniżają sprawność fizyczną, w tym możliwości podjęcia zatrudnienia, utrzymania aktywności zawodowej oraz w wykonywaniu czynności życia codziennego.

Ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz aktualne problemy zdrowotne konieczne jest podejmowanie działań ukierunkowanych na profilaktykę schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, które prowadzą do znacznego pogorszenia jakości życia⁴³. Przeciążenie układu mięśniowo-szkieletowego może skutkować ograniczeniem lub utratą zdolności do wykonywania pracy zawodowej, a tym samym przedwczesnym wykluczeniem z aktywności zawodowej i społecznej⁴⁴.

Schorzenia mięśniowo-szkieletowe będące wynikiem przeciążenia dotyczą 35% osób dorosłych i stanowią najczęściej występujący uraz związany z pracą w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Obciążenie ekonomiczne związane z chorobami mięśniowo-szkieletowymi wysokością ustępuje tylko kosztom związanym z chorobami układu krążenia⁴⁵.

Według opracowania *Murray 2010* ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa stanowi szóstą (na 291 analizowanych) przyczynę obciążenia chorobowego

³⁸ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

³⁹ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

⁴⁰ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

⁴¹ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

⁴² *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

⁴³ *Zdrowe starzenie się: Biała Księga. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.*

⁴⁴ Bugajska J. i in., *Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych*, Med. Pracy 2011, 62 (2): 153-160

⁴⁵ International Association for the Study of Pain 2010, http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf [dostęp: 30.10.2017]

społeczeństwa mierzonego przy użyciu DALY (*disability-adjusted life year*)⁴⁶ w skali świata. W Europie Zachodniej jest to pierwsza, a w Środkowej i Wschodniej – trzecia przyczyna utraty lat życia w zdrowiu. Natomiast 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 wschodniej⁴⁷.

Zgodnie z badaniem EHIS (ang. *European Health Interview Survey*) prawie jedna czwarta mieszkańców Polski potrzebujących opieki medycznej doświadczyła opóźnień w dostępie do niej spowodowanych zbyt długim okresem oczekiwania na wizytę. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób dorosłych oraz przewlekle chorych⁴⁸.

Niniejszy program korzystnie wpłynie na dostęp do rehabilitacji medycznej, przyczyni się do poprawy sprawności mieszkańców oraz zmniejszenia przedwczesnego wykluczenia z aktywności zawodowej.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy rehabilitacji medycznej osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego. Wpisuje się w priorytet zdrowotny „rehabilitacja” wymieniony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2018, poz. 469).

Wdrożenie działań w ramach Programu jest wskazane ze względu na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów poprzez wczesne zastosowanie zabiegów rehabilitacyjnych we wstępnym etapie 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.

I.2. Dane epidemiologiczne

Określa się, że przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe dotyczą około 100 mln mieszkańców Europy (tj. 30-40% populacji UE). Do najczęstszych przyczyn ograniczenia aktywności zawodowej wśród osób w wieku poniżej 45 lat w krajach wysokorozwiniętych należą zespoły bólowe kręgosłupa. W starszej grupie wieku (50-64 lata) częstszą przyczyną tych ograniczeń są jedynie choroby kardiologiczne i reumatyczne^{49,50}.

⁴⁶ 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*).

⁴⁷ Murray C. J. i in., *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

⁴⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*, Warszawa 2015

⁴⁹ Musculoskeletal Disorders and the European Workforce: The Facts. Fit for Work Europe, 2012

⁵⁰ Zheltoukhova K, Bevan S, Reich A. *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce*. The Work Foundation, London 2011

Z powodu chorób układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (ICD10: M00-M99), zarejestrowano w 2015 r. w Polsce 466 900 hospitalizacji. Współczynnik hospitalizacji z powodu chorób grupy M00-M99 wyniósł 121,4 na 10 tys. mieszkańców. Liczba hospitalizacji mężczyzn wyniosła 182 187 (97,9 na 10 tys. mieszkańców), a kobiet 284 713 (143,5 na 10 tys. mieszkańców)⁵¹.

Zgodnie z danymi map potrzeb zdrowotnych z 2018 roku⁵², w grupie chorób układu kostno-mięśniowego najwyższą zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w 2016 r. w Polsce odnotowano dla chorób kręgosłupa (zapadalność rejestrowana 1 410,9, chorobowość rejestrowana 13 900,0). W drugiej kolejności dla chorób stawów (odpowiednio zapadalność 1 413,6, chorobowość 13 500,0)

W przypadku województwa zachodniopomorskiego wskaźniki były wyższe od krajowych, dla chorób kręgosłupa zapadalność rejestrowana wyniosła 1 564,5, chorobowość rejestrowana 14 475,0, zaś dla chorób stawów było to odpowiednio 1 613,4 i 14 057,4.

W 2016 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano 19,37 tys. hospitalizacji z powodu chorób kostno-mięśniowych, co dało wskaźnik 1,13 tys. hospitalizacji na 100 tys. ludności. Najwięcej hospitalizacji odbyło się z powodu chorób stawów (38%), ze względu na choroby kręgosłupa (24,5%), w wyniku chorób układowych tkanki łącznej (15,3%) i chorób powięzi, ścięgien i tkanek miękkich, niezapalnych (8,5%).

Poniższa tabela prezentuje zapadalność i chorobowość rejestrowaną na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim w grupie chorób układu kostno-mięśniowego (2016 r.).

Tabela 2. Choroby układu kostno-mięśniowego - zapadalność i chorobowość rejestrowana na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku

Choroby układu kostno-mięśniowego	Zapadalność rejestrowana (nowe zachorowania w 2016 r.)	Chorobowość rejestrowana (stan na 31.12.2016 r.)
Artropatie związane z zakażeniami	70,3	52,3
Artropatie wielostawowe zapalne	80,5	6 465,6
Choroby układowe tkanki łącznej	27,8	1 571,8
Choroby mięśni	0,2	152,8
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	36,2	2 620,6
Choroby stawów	1 613,4	14 057,4
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	2 340,2	19 527,6
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	112,5	920,2
Inne choroby kości i tkanki chrzęstnej	82,0	849,0
Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	180,9	1 536,0
Choroby kręgosłupa	1 564,5	14 475,0

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego. 2018 r.

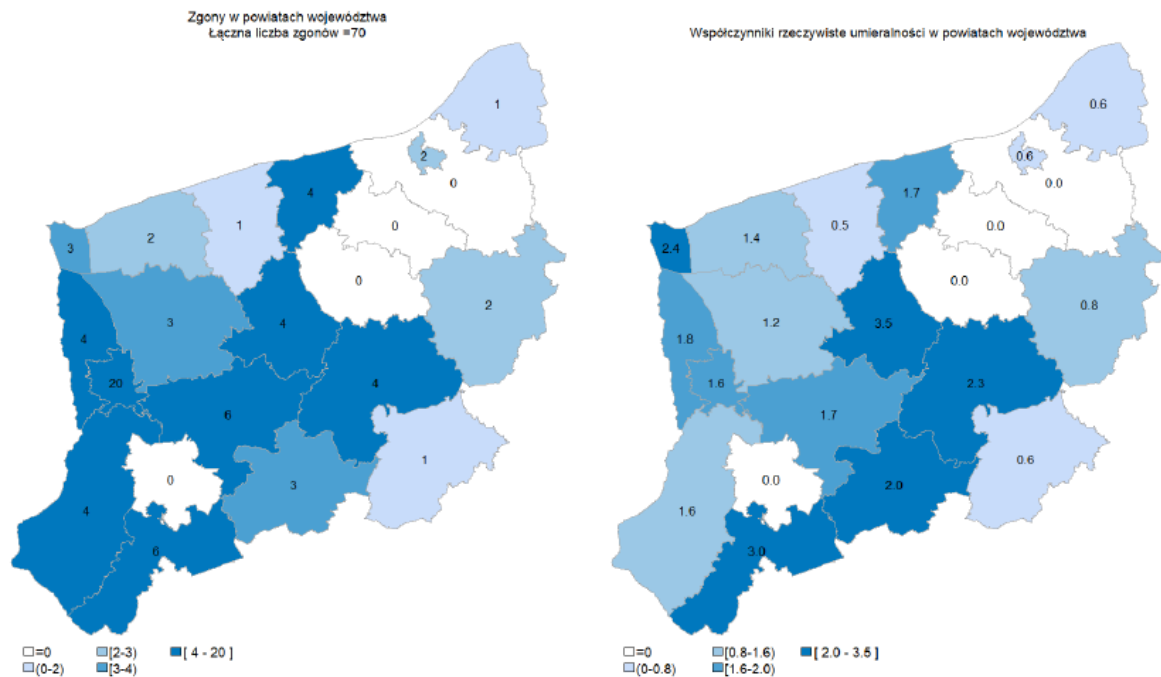
⁵¹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, <http://www.statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2015zac.htm> [dostęp: 31.10.2017]

⁵² Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego. 2018 r.

W województwie zachodniopomorskim w latach 2013-2015 odnotowano 70 zgonów w wyniku chorób układu kostnego, stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Ponad 57% zgonów stanowiły osoby w wieku 65+, a 74% zmarłych dotyczyło kobiet. Współczynnik rzeczywisty umieralności wyniósł 1,36 na 100 tys. ludności (12. najwyższy wynik w Polsce). W 9 na 21 powiatów umieralność była wyższa od ogólnopolskiej. Wskaźniki umieralności w powiatach łobeskim (SMR=2,396) i myśliborskim (SMT= 2,080) należą do 10% najwyższych w kraju.

Poniższa mapa przedstawia liczbę zgonów oraz współczynniki rzeczywiste umieralności w powiatach.

Rycina 1. Umieralność z powodu chorób układu kostnego, stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w województwie zachodniopomorskim w poszczególnych powiatach



Opracowanie PZH

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego⁵³

⁵³ Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, 2018 r.

W województwie zachodniopomorskim w 2016 r. w poradniach leczenia podstawowego z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej było zarejestrowanych 247 542 osób dorosłych w wieku 19-65 lat i więcej, z czego 130 866 osób (53%) było w wieku 35-64 roku życia. Po raz pierwszy schorzenie układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej stwierdzono u 29 753 osób w wieku 19-65 lat i więcej. (*Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2016 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, <http://www.szczecin.uw.gov.pl>*).

I.3. Opis obecnego postępowania

Osobom cierpiącym na choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*, dostępne są świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji schorzeń narządu ruchu 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 stwierdzeniem rozsianym, dysfunkcją ręki; rehabilitacja ogólnoustrojowa.
- realizowane w warunkach stacjonarnych, w ramach zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa oraz neurologiczna, kardiologiczna i pulmonologiczna.

Na podstawie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego* realizowane są świadczenia rehabilitacyjne osób z chorobami układu ruchu w:

- szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym
- ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym

Na podstawie danych pozyskanych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (NFZ) [<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> data dostępu: 15.12.2017 r.]

w województwie zachodniopomorskim, w zależności od oddziału rehabilitacji stacjonarnej, liczba oczekujących waha się od 0 do 98 osób, a czas oczekiwania do przyjęcia wynosił we wszystkich oddziałach poza jednym, ponad rok. Liczba oczekujących wynosiła od 129 do 2508.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej udzielane są również w ramach profilaktyki rentowej ze środków ZUS, KRUS w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych oraz w ramach rehabilitacji zawodowej przez PFRON.

W skali ogólnokrajowej nie są prowadzone (przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ) żadne programy zdrowotne dotyczące rehabilitacji schorzeń narządu ruchu.

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

Na terenie województwa zachodniopomorskiego rehabilitacja lecznicza narządu ruchu dla dorosłych realizowana jest przez: 14 oddziałów stacjonarnych, 32 poradnie lekarskie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, 90 gabinetów fizjoterapii ambulatoryjnej, 17 ośrodków/oddziałów dziennych. (http://www.nfz-szczecin.pl/vtnqgm_rehabilitacja.htm dostęp: 3.09.2018)

Niniejszy Program został opracowany ze względu na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej osób w wieku aktywności zawodowej z dolegliwościami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, a tym samym zwiększenie możliwości zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych w krótszym czasie po wystąpieniu problemu zdrowotnego. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 10% osób w wieku aktywności zawodowej uczestniczących w programie w latach 2020-2022.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Wdrożenie działań rehabilitacyjnych u co najmniej 500 osób w wieku aktywności zawodowej u których zdiagnozowano schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego podczas trwania programu.
- 2) Poprawa stanu zdrowia w zakresie dolegliwości bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego u 10% osób w wyniku przeprowadzonej rehabilitacji w okresie realizacji programu.
- 3) Podniesienie poziomu wiedzy u co najmniej 50% uczestników spotkań edukacyjnych na temat profilaktyki schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 4) Podniesienie o 50% wiedzy i umiejętności personelu medycznego uczestniczącego w programie z zakresu profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 5) Wzrost o 30% liczby osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu

- 1) Liczba osób ogółem uczestniczących w programie.
- 2) Liczba osób, u których przeprowadzono badania wstępne.
- 3) Liczba osób, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane dotychczas schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 4) Liczba osób, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn.
- 5) Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w trakcie realizacji programu.
- 6) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, z określeniem wieku i typu schorzenia.
- 7) Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej.
- 8) Odsetek osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 9) Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia.
- 10) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych i innych formach aktywności ruchowej.

- 11) Liczba osób, u których po zastosowanej rehabilitacji ustąpiły dolegliwości bólowe.
- 12) Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych.
- 13) Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi interwencjami.
- 14) Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach.
- 15) Odsetek pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach, u których nastąpił wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie nowoczesnych technik rehabilitacji.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1. Populacja docelowa

Województwo zachodniopomorskie zamieszkuje 1 705 533 ludności (2017 r.). Populacja w wieku aktywności zawodowej liczy 1 097 339 osób, tj. 64,3% ludności województwa, w tym 510 770 kobiet w wieku 15-59 lat oraz 586 569 mężczyzn w wieku 15-64 lat. (dane BDL)⁵⁴.

Szacuje się, że schorzenia bólowe układu kostno-stawowego i mięśniowego mogą dotyczyć 30-40% populacji. Na tej podstawie można określić, iż jest to w województwie zachodniopomorskim, liczba 330-440 tys. osób w wieku aktywności zawodowej.

Na potrzeby Programu zdefiniowano populację w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 roku życia ze względu na nasilenie chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego powyżej tego wieku. Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego w wieku od 40 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 40 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia. Na koniec 2017 r. (dane BDL GUS) w tym przedziale wiekowym w województwie zachodniopomorskim było łącznie 523 927 osób, w tym 230 289 kobiet i 293 638 mężczyzn.

Uwzględniając ograniczony budżet programu, zakłada się, iż interwencje w zakresie badań lekarskich, rehabilitacji medycznej i edukacji zdrowotnej w ramach programu będą skierowane do określonej grupy osób z dolegliwościami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Badania lekarskie wstępne w ramach programu obejmą około 1400 osób, a lekarskie badania specjalistyczne pogłębione oraz cykl interwencji terapeutycznych w zakresie rehabilitacji medycznej wraz z edukacją zdrowotną obejmie 700 osób z przewlekłymi i nasilonymi bólami mięśniowo-szkieletowymi.

Działania informacyjno-edukacyjne skierowane będą do populacji objętej programem, uczestniczącej w rehabilitacji medycznej w liczbie 700 osób.

⁵⁴ Bank Danych Lokalnych GUS [data dostępu: 30.09.2018 r.]

Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego będą skierowane do lekarzy POZ i lekarzy orzeczników ZUS. Przewiduje się, że w działaniach informacyjno-szkoleniowych weźmie udział około 300 osób. Szkolenia będą przeprowadzone przez profesjonalistów wykonujących zawody medyczne z doświadczeniem w pracy z pacjentami ze schorzeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Na terenie województwa zachodniopomorskim pracuje 109 lekarzy ze specjalizacją w zakresie ortopedii i traumatologii, 41 lekarzy w zakresie reumatologii, 51 lekarzy ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji medycznej, 1 214 fizjoterapeutów, 108 masażyści i 847 lekarzy POZ (wg Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2016 rok, Urząd Statystyczny w Szczecinie, www.szczecin.uw.gov.pl).

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

Do programu zostaną włączeni mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej lub deklarujący gotowość do podjęcia zatrudnienia w przedziale wiekowym 40-59/64 r.ż., spełniający medyczne kryteria włączenia, z rozpoznaniem schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w szczególności w grupach chorobowych wg klasyfikacji ICD-10:

- M15 Zwyrodnienia wielostawowe,
- M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa,
- M50 Choroby kręgow szyjnych,
- M51 Inne choroby krążka międzykręgowego,
- M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem.

Uczestnictwo w programie będzie możliwe dzięki kwalifikacji przeprowadzonej przez realizatora programu na wizycie lekarskiej wstępnej, wg kolejności zgłoszeń. Kryterium formalnym będzie oprócz posiadania statusu mieszkańca województwa, podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie. Podpisany druk trafi do dokumentacji powstającej w trakcie interwencji zaplanowanych w programie.

Kryteriami wyłączenia z programu są:

- korzystanie, w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem do Programu, ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych.
- przeciwwskazanie do korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym, stwierdzone przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach programu.

III.3. Planowane interwencje

Program przewiduje działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego, badania lekarskie wstępne, pogłębione i końcowe, rehabilitację leczniczą dla osób w wieku aktywności zawodowej z zespołami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz edukację zdrowotną dla uczestników rehabilitacji.

Interwencje będą poprzedzone kampanią informacyjno-promocyjną i rekrutacją uczestników do programu.

Działania informacyjno-szkoleniowe będą skierowane do lekarzy POZ i lekarzy orzeczników ZUS. Tematyka szkoleń będzie dotyczyła profilaktyki, diagnozowania, leczenia i nowoczesnych technik rehabilitacji schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego, uzupełnione o warsztaty i pokaz ćwiczeń ruchowych z zaangażowaniem uczestników szkoleń.

Wśród osób z grupy docelowej spełniających warunki włączenia do programu zostaną przeprowadzone badania lekarskie wstępne i pogłębione, pomiary medyczne, które będą miały na celu ocenę stanu zdrowotnego, w razie potrzeby wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych, a następnie ustalenie indywidualnego planu rehabilitacji dla zakwalifikowanych osób. Ponadto trakcie pierwszej wizyty, a także na końcu cyklu zajęć rehabilitacyjnych pacjent zostanie poproszony o wypełnienie kwestionariusza oceny stanu zdrowia i natężenia bólu opracowanego przez realizatora Programu. Wyniki kwestionariuszy wykorzysta się w monitorowaniu efektywności programu. Informacje te będą gromadzone w siedzibie wykonawcy programu z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych.

Działania rehabilitacyjne będą realizowane według indywidualnego planu rehabilitacji, dostosowanego do potrzeb i możliwości pacjenta, jego stanu zdrowia i wskazań medycznych. Indywidualny plan rehabilitacji musi uwzględniać typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań w zakresie wybranych procedur. Działania z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego zostaną przeprowadzone kompleksowo. Wśród zaplanowanych interwencji rehabilitacyjnych znajdują się takie działania jak: zabiegi fizykoterapii, masaże, kinezyterapia i inne metody terapeutyczne. W trakcie cyklu rehabilitacji przewidziana jest indywidualna porada fizjoterapeutyczna.

Każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do rehabilitacji medycznej będzie mogła skorzystać z edukacji zdrowotnej. Uczestnikom programu zostaną, w sposób dostosowany do tej grupy, przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego. Szczególną uwagę zwróci się na umiejętności praktyczne takie jak: pozytywne zachowania zdrowotne, unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających urazom, ergonomia pracy i życia codziennego oraz proste ćwiczenia, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie.

Na zakończenie rehabilitacji medycznej i edukacji zdrowotnej zostanie przeprowadzone badanie lekarskie końcowe, wydanie zaleceń lekarskich, wypełnienie kwestionariuszy oceny uzyskanych efektów realizowanych działań w programie, w tym satysfakcji uczestników programu.

W ramach programu przewidziany jest zakup sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych.

Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

Według dr. n. med. Marka Krasuskiego, byłego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, do efektywnych metod profilaktyki niepełnosprawności należą aktywność fizyczna oraz rehabilitacja. Regularne i dostosowane do indywidualnych potrzeb zabiegi fizjoterapeutyczne poprawiają jakość życia oraz ogólny stan zdrowia pacjentów. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do aktywności społecznej i zawodowej. Osiągnięcie tego celu możliwe jest dzięki prowadzeniu wczesnej kompleksowej rehabilitacji medycznej, która staje się motorem rehabilitacji zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej. Rehabilitację medyczną należy rozumieć jako proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby⁵⁵.

Natomiast w opinii obecnego Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej, dr. hab. n. med. prof. nadzw. Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Krystyny Księżopolskiej-Orłowskiej, profilaktyka i odpowiednio dobrane leczenie schorzeń układu kostno-stawowego 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”⁵⁶.

Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy program

Zgodnie z wytycznymi uznanych międzynarodowych towarzystw i instytucji naukowych (EULAR⁵⁷, OARSI⁵⁸, NICE⁵⁹, ACR OR⁶⁰) rehabilitacja ruchowa ma kluczowe znaczenie w terapii chorób układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza

⁵⁵ 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: 12.12.2017].

⁵⁶ *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013

⁵⁷ European League Against Rheumatism, *EULAR's position and recommendations*, 2011

⁵⁸ 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

⁵⁹ National Institute for Health and Care Excellence, *Osteoarthritis: care and management*, NICE 2014

⁶⁰ *ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip*, 2009, <http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Non-pharmacological%20-%20Knee%20and%20Hip.pdf> [dostęp: 30.10.2017]

choroby zwyrodnieniowej stawów. Świadczenia z zakresu rehabilitacji powinny być udzielane przez wykwalifikowanych specjalistów posługujących się pewnym sprzętem o sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się z ekspertów z różnych dziedzin medycyny ściśle ze sobą współpracujących. Wielopłaszczyznowy program rehabilitacji należy dostosować do indywidualnych potrzeb chorego⁶¹.

Wytoczne 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)⁶².

W raporcie dotyczącym niepełnosprawności opublikowanym w 2011 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) podkreślono konieczność umożliwienia osobom niepełnosprawnym odpowiedniego dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej, inwestowania w konkretne programy przeznaczone dla osób niepełnosprawnych oraz prowadzenia skutecznych kampanii edukacyjnych⁶³.

WHO rekomenduje również zastosowanie rehabilitacji na poziomie społeczeństwa CBR (ang. *community-based rehabilitation*) w celu tworzenia polityki integracji ludzi z niepełnosprawnościami. Wytoczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (*CBR Guidelines*) opublikowane w 2010 r. przez WHO wskazują na możliwość wykorzystania rehabilitacji jako narzędzia służącego wdrażaniu Konwencji praw osób niepełnosprawnych^{64 65}.

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Według National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR) współczesne standardy i metody dowodów naukowych stanowią wyzwanie dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę badań klinicznych

⁶¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2017 z dnia 16 marca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu”

⁶² Wytoczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 roku, <http://krasuski.com/wytoczne.html> [dostęp: 12.12.2017].

⁶³ WHO, Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/40/WHO_NMH_VIP_11.01_pol.pdf?ua=1 [dostęp: 30.10.2017]

⁶⁴ WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/> [dostęp: 12.12.2017].

⁶⁵ WHO, *Community-based rehabilitation: CBR Guidelines*. Introductory Booklet 2010

trudno określić uniwersalny schemat interwencji charakteryzujących się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem⁶⁶.

Wyniki badań i przeglądów systematycznych wskazują na skuteczność rehabilitacji u osób ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, w tym z chorobą zwyrodnieniową stawów⁶⁷. Według przeglądu systematycznego Beumer 2016 rehabilitacja krótkoterminowa znacząco wpływa na złagodzenie bólu towarzyszącego chorobom układu mięśniowo-szkieletowego. Program terapeutyczny powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb chorego, którego należy na bieżąco informować o postępach w leczeniu oraz działaniach prozdrowotnych wskazanych w danym schorzeniu⁶⁸. Jednocześnie istnieje potrzeba prowadzenia randomizowanych, kontrolowanych badań klinicznych mających na celu potwierdzenie skuteczności klinicznej rehabilitacji średnio- i długoterminowej. Wnioski zgodne z powyższymi postulują również autorzy przeglądu systematycznego dokonanego w 2013 r. przez zespół Shengelia⁶⁹.

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz schorzenia kręgosłupa są odpowiedzialne za znaczny odsetek kosztów opieki zdrowotnej. Ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, siedzący tryb życia oraz rosnącą liczbę osób z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, obciążenie ekonomiczne spowodowane tymi schorzeniami będzie systematycznie wzrastać. Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną oraz związane z nią koszty, poprawa dostępu do wczesnego wykrywania i rehabilitacji medycznej schorzeń mięśniowo-szkieletowych powinna stanowić priorytet dla systemu ochrony zdrowia⁷⁰.

Spójność

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie *Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w narzędziu nr 3 Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy⁷¹.

Ponadto program jest zgodny z priorytetem „rehabilitacja” wymienionym w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 469)*, oraz *rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–*

⁶⁶ Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), <http://www.ncddr.org/about.html> [dostęp: 14.10.2016]

⁶⁷ Bennell K., Hall M., Hinman R.S., *Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes*. *Osteoarth. Cartilage*. 2016, 24 (1): 58-70

⁶⁸ Beumer L., Wong J., Warden S.J. i in., *Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis*. *Br. J. Sports Med.* 2016, 50 (8): 458-463

⁶⁹ Shengelia R. I in., *Complementary therapies for osteoarthritis: Are they effective?* *Pain Manag. Nurs.* 2013, 14(4): 274-288

⁷⁰ Murray C. J. i in., *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

⁷¹ Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

2020⁷², którego cele operacyjne nawiązują do czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym obejmują m.in.:

- poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- tworzenie warunków umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania i aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy, służby i wypoczynku;
- upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, w tym przez stworzenie interaktywnej platformy internetowej, za pomocą której będą udzielane na bieżąco porady dotyczące zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej;
- promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia i podejmowania aktywności fizycznej wśród służb mundurowych;
- zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej.

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami zdrowotnymi opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia, określonymi w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi. Program przewiduje realizację usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, niezbędnych do realizacji programu, połączonych z szkoleniami pracowników medycznych i edukacją zdrowotną skierowaną do zdefiniowanej grupy docelowej osób rehabilitowanych ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, stanowiąc logiczną całość, co zgodnie z *Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020* można uznać za działania wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III.4. Sposób udzielania świadczeń

Do programu zaproszeni zostaną mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego z grupy docelowej spełniający kryteria włączenia opisane w podrozdziale III.2. Podstawowym kryterium formalnym, obok posiadania statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej lub deklarujący gotowość do podjęcia zatrudnienia, będzie wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie i podpisanie zgody na udział. Ponadto niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy

⁷² Dz.U. z 2016r., poz. 1492

programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.⁷³

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań z zakresu diagnostyki, rehabilitacji oraz edukacji zdrowotnej dotyczącej chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące cechy:

- 1) Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- 2) Udział w Programie jest dobrowolny.
- 3) Działania Programu skierowane są również do członków personelu medycznego.
- 4) Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta, bądź przez niego wynajmowanymi.⁷⁴
- 5) Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach Programu nie będzie wpływało negatywnie na świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 6) Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.
- 7) Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.
- 8) Każdy dzień realizacji zabiegów rehabilitacyjnych będzie potwierdzony podpisem uczestnika.
- 9) Świadczeń zdrowotnych w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje.⁷⁵
- 10) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.^{76 77}

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie województwa zachodniopomorskiego przez realizatora wybranego w drodze otwartego konkursu ofert.

⁷³ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

Ze względu na specyfikę grupy docelowej program będzie miał charakter ciągły. Osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego okresu realizacji programu z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu działań z zakresu diagnostyki, rehabilitacji oraz edukacji zdrowotnej dotyczącej chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie realizacji programu na życzenie pacjenta. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

W razie niezgłoszenia się pacjenta na zajęcia przewidziane w programie w okresie pierwszego miesiąca po zakwalifikowaniu do programu lub w przypadku 3-krotnej nieobecności na zajęciach rehabilitacyjnych bez usprawiedliwienia i podania przyczyny nieobecności, osoba będzie skreślona z listy uczestników, a jej miejsce zajmie kolejna osoba z listy rezerwowej.

Po odbyciu pełnego cyklu programu pacjent otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne), informacje o możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. Wszystkie osoby uczestniczące w programie zostaną poproszone o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Realizator Programu zostanie wyłoniony w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.).

Moduł I programu będzie stanowiła kampania informacyjno-promocyjna, skierowana do mieszkańców województwa z grupy docelowej, w szczególności osób w wieku aktywności zawodowej powyżej 40 roku życia. Podstawowym założeniem programu jest dotarcie do osób z populacji docelowej. Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego będą informowani o programie polityki zdrowotnej za pośrednictwem lokalnych i regionalnych mediów, takich jak np. kanały telewizji regionalnej, regionalne rozgłośnie radiowe, prasa, urzędy pracy itp. Działania promocyjne i informacyjne będą przeprowadzane na terenie województwa

zachodniopomorskiego przy współudziale lokalnych biuletynów informacyjnych i stron internetowych samorządów lokalnych oraz współpracy podmiotów leczniczych, w tym POZ. Ponadto zostaną wykorzystane narzędzia konwencjonalnej reklamy, takie jak plakaty i ulotki. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane, m.in. o ramach organizacyjnych programu polityki zdrowotnej oraz na temat profilaktyki i niebezpieczeństw związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego.

Moduł II to działania informacyjno-szkoleniowe. Ogólne informacje związane z wdrażaniem i realizacją programu zostaną skierowane do podmiotów leczniczych i pracowników medycznych świadczących usługi rehabilitacyjne oraz personelu medycznego POZ. Szkolenia zostaną przeprowadzone dla lekarzy POZ i orzeczników ZUS na temat postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadku schorzeń bólowych układu kostno-stawowego i mięśniowego. Podczas 3-letniego okresu realizacji programu szkolenia odbędą się w 6 grupach 50-osobowych po 2 grupy rocznie, łącznie dla ok. 300 pracowników medycznych.

Moduł III to kwalifikacja do programu i badania lekarskie, poprzedzone rekrutacją uczestników do programu. Na wstępie zostanie przeprowadzona wstępna kwalifikacja do programu 1400 osób, polegająca na wykonaniu podstawowego badania lekarskiego i wywiadu dotyczącego schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego. W oparciu zastosowane kryteria i wskazania medyczne, w tym ocenę skali bólu, 700 osób (osoby z większym natężeniem bólu) zostanie zakwalifikowanych do następnego etapu badań. Pogłębione badania diagnostyczne, uzupełnione uzasadnionych przypadkach diagnostyką obrazową w (Rtg, Usg), zostaną przeprowadzone przez lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji. Po czym nastąpi ocena stanu zdrowotnego, ustalenie diagnozy i kwalifikacja do rehabilitacji medycznej z określeniem indywidualnego planu działań rehabilitacyjnych obejmującego kinezyterapię, masaże i zabiegi fizykalne.

Moduł IV to działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego, zakwalifikowanych do rehabilitacji medycznej (łącznie ok. 700 osób). Edukacja prozdrowotna będzie dotyczyła tematu profilaktyki schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, przyczyn, skutków oraz form radzenia sobie ze schorzeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego, a także metod postępowania z dolegliwościami bólowymi. Edukacja uczestników będzie również zawierała elementy psychologii i dietetyki. Podczas 3-letniego okresu realizacji programu odbędzie się 24 spotkań edukacyjnych. Każdego roku dla 4 grup edukacyjnych liczących po 50-60 osób, odbędą się 2 razy 2-godzinne zajęcia edukacyjne. Na zakończenie zajęć edukacyjnych uczestnik wypełni kwestionariusz podsumowujący efekty edukacji zdrowotnej.

Moduł V będzie polegał na przeprowadzeniu kompleksowych działań z zakresu rehabilitacji medycznej dla 700 osób ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego. Terapia będzie obejmowała kinezyterapię, fizykoterapię, masaż leczniczy i inne metody terapeutyczne. Plan rehabilitacji będzie

indywidualizowany i dostosowany do potrzeb każdego uczestnika programu. Zajęcia rehabilitacyjne odbędą się 2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy. Założono, że dla każdego uczestnika będzie zrealizowany pakiet zabiegów obejmujący: 24 spotkania kinezyterapii, 10 masaży i 10 dni zabiegów fizykalnych (2-3 zabiegów dziennie). Etapy postępowania udzielonych świadczeń zapisuje się w dokumentacji medycznej. Każdy dzień realizacji zabiegów potwierdza się podpisem pacjenta.

W połowie okresu przebiegu rehabilitacji odbędzie indywidualna porada fizjoterapeutyczna polegające na ocenie efektów dotychczas przeprowadzonej rehabilitacji, wprowadzeniu w razie potrzeby zmian w planie postępowania rehabilitacyjnego, udzieleniu instruktażu ćwiczeń ruchowych oraz zaleceń w zakresie profilaktyki i dalszego postępowania.

Na zakończenie zajęć rehabilitacyjnych odbędzie się końcowe badanie lekarskie wraz z wypełnieniem kwestionariuszy podsumowujących jakość oraz efekty działań rehabilitacyjnych. Uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz zostanie również poproszony o wypełnienie ankiety satysfakcji pacjenta opracowanej przez realizatora programu.

Program przewiduje zakup sprzętu rehabilitacyjnego, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych (zestawy do ćwiczeń biernych, stoły do masażu i fizjoterapii, aparat do fali uderzeniowej, bieżnia, materace, piłki, wałki itp.)

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

Program będzie realizowany przez beneficjenta, który zostanie wybrany do realizacji programu, zgodnie ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.⁷⁸

Wymagalnymi kryteriami wyboru realizatora programu będą m.in.: posiadane zdolności organizacyjne i doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji programu.

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych, a wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.^{79 80}

Realizator programu zapewni wymagane prawem warunki, kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*.

⁷⁸ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217

⁷⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190).

⁸⁰ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).

Działania edukacyjne i szkoleniowe przeprowadzi personel posiadający odpowiednie kwalifikacje (np.: studia z zakresu medycyny, zdrowia publicznego, rehabilitacji).⁸¹

W programie zastosowane zostaną wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Krajowe Towarzystwo Rehabilitacji).

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.⁸²

⁸³

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

V.1. Monitorowanie

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. Ocena zgłaszalności do programu będzie elementem bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby osób uczestniczących w programie 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 edukacyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej z tematyką akcji.

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Zostaną wzięte pod uwagę i przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ocena jakości świadczeń w programie może zostać dokonana przez realizatora programu. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w

⁸¹ 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.

⁸² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator programu. Jakość świadczeń i efektywność działań będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiet opracowanych przez realizatora programu. Kwestionariusze zostaną udostępnione wszystkim uczestnikom programu. Ankiety będą miały charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem oceny poszczególnych działań w Programie oraz zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja przeprowadzona przez Beneficjenta nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i dotyczyć będzie jego całości. Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji. Ewaluacja Programu i ocena efektywności programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o wcześniej zdefiniowane mierniki efektywności programu.

Podstawowe mierniki poddane analizie to:

- 1) Liczba osób ogółem uczestniczących w programie.
- 2) Liczba osób, u których przeprowadzono badania wstępne.
- 3) Liczba osób, u których wykryto wcześniej niezdiagnozowane schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 4) Liczba osób, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn.
- 5) Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w trakcie realizacji programu.
- 6) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, z określeniem wieku i typu schorzenia.
- 7) Liczba osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej.
- 8) Odsetek osób uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego.
- 9) Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia na podstawie porównania wyników kwestionariusza opracowanego przez realizatora.
- 10) Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej, wykonujących samodzielnie ćwiczenia ruchowe w warunkach domowych i innych formach aktywności ruchowej.
- 11) Liczba osób, u których po zastosowanej rehabilitacji ustąpiły dolegliwości bólowe.
- 12) Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi interwencjami.

- 13) Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych (porównanie wyników w skali bólu opracowanej przez realizatora).
- 14) Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach.
- 15) Odsetek pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach, u których nastąpił wzrost wiedzy i umiejętności w zakresie nowoczesnych technik rehabilitacji.

Ewaluację programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

VI. Budżet programu

VI.1. Koszty całkowite

Regionalny Program Zdrowotny dla Województwa Zachodniopomorskiego pn.: **„Rehabilitacja medyczna osób w wieku aktywności zawodowej ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2020-2022”** będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014–2020, na który zaplanowano kwotę **1 235 294 zł**.

Podział kosztów na elementy składowe w ramach programu.

CAŁKOWITA ALOKACJA	1 235 294 zł
1) działania organizacyjno- administracyjne	65 294 zł
2) działania promocyjno- informacyjne	42 000 zł
3) działania informacyjno-edukacyjne	48 000 zł
4) szkolenia dla pracowników medycznych	30 000 zł
5) badania lekarskie wstępne i pogłębione	175 000 zł
6) rehabilitacja medyczna	588 000 zł
7) porada fizjoterapeutyczna	56 000 zł
8) badania lekarskie końcowe	56 000 zł
9) zakup sprzętu	175 000 zł

VI.2. Koszty jednostkowe

1. Koszty organizacyjno-administracyjne: 65 294 zł

Wydatki obejmą następujące elementy: koszty działania biura realizatora programu, zarządzania, koordynacji i nadzoru realizacji programu, monitorowanie programu, przygotowanie narzędzi oraz pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników, opracowanie kwestionariusza i przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta, opracowanie dokumentów i raportów, wynajem pomieszczeń. Ostatecznie rodzaje i wysokość kosztów zostaną określone zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFS.

2. Koszty promocyjno-informacyjne: 42 000 zł

Działania informacyjno-promocyjne będą przeprowadzane na terenie województwa zachodniopomorskiego przy współudziale lokalnych mediów oraz we współpracy z podmiotami leczniczymi, w tym POZ.

Wydatki obejmą organizację kampanii informacyjno-promocyjnej: przygotowanie informacji na stronę internetową, publikacja informacji prasowych o programie, audycji radiowych, zaprojektowanie i wydruk plakatów i materiałów informacyjnych oraz opracowanie sposobu rekrutacji uczestników.

Szacunkowe koszty działań informacyjno-promocyjnych:

Koszt projektowania, opracowania i wydruku materiałów: 3 lata x 3 000 zł = 9 000 zł

Koszt artykułów prasowych: 3 lata x 2 artykuły x 4 gazety x 1 000 zł = 24 000 zł

Koszt audycji radiowych: 3 lata x 2 audycje x 1 500 zł = 9 000 zł

3. Koszty działań informacyjno-edukacyjnych: 48 000 zł

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla 700 osób z populacji docelowej biorących udział w rehabilitacji. Podczas spotkań zostaną poruszone zagadnienia dotyczące przyczyn, skutków oraz sposobów postępowania w przypadku zespołów bólowych związanych ze schorzeniami układu kostno-stawowego i mięśniowego.

W ciągu 3 lat realizacji programu powinny odbyć się 24 spotkania edukacyjnych, co najmniej 2 razy w roku dla każdej 50-60-osobowej grupy. Koszty przeprowadzenia jednego 2-godzinnego spotkania obejmą koszty wynagrodzenia prelegenta, opracowanie i wydruk materiałów edukacyjnych, wynajem sali.

Szacunkowe koszty działań informacyjno-edukacyjnych

liczba grup edukacyjnych	liczba spotkań w roku	Liczba lat	koszt jednostkowy	koszt działań edukacyjnych
4	2	3 lata	2000 zł	48 000 zł

4. Szkolenia dla pracowników medycznych: 30 000 zł

Szkolenia dla ok. 300 pracowników medycznych odbędą się w 6 razy w okresie 3-letniej realizacji programu, w grupach 50-osobowych, po 2 grupy każdego roku.

Koszt 3-godzinnego szkolenia obejmie wynagrodzenie osoby prowadzącej szkolenie, opracowanie i wydruk materiałów szkoleniowych, catering, wynajem sali.

Szacunkowy koszt szkolenia personelu medycznego:

liczba grup edukacyjnych	liczba spotkań w roku	Liczba lat	koszt jednostkowy	koszt działań edukacyjnych
2	1	3 lata	5000 zł	30 000 zł

5. Koszty badań lekarskich wstępnych i pogłębionych: 175 000 zł

a) Badania lekarskie wstępne

Zakłada się, iż badania wstępne przejdzie około 1400 osób z populacji docelowej. Koszt badania wstępnego (wywiad specjalistyczny i badanie fizykalne) szacuje się na około 50 zł/osobę. Łączny koszt: 1400 osób x 50 zł = 70 000 zł

b) Badania lekarskie pogłębione

Zakłada się, że do badań pogłębionych zakwalifikuje się 50% (700 osób) uczestników badań wstępnych. Koszt badania lekarskiego specjalistycznego pogłębionego (pomiar medyczne, dodatkowe badania diagnostyczne w razie potrzeby rtg, usg, ustalenie diagnozy schorzenia i indywidualnego planu rehabilitacji) szacuje się na około 150 zł/osobę.

Łączny koszt: 700 osób x 150 zł = 105 000 zł

6. Koszty rehabilitacji medycznej: 588 000 zł

W ramach interwencji terapeutycznej odbędą się zajęcia rehabilitacyjne: fizykoterapia, zajęcia ruchowe, masaże (2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy). Założono, że dla każdego uczestnika mają się odbyć co najmniej:

- 24 spotkania kinezyterapii grupowej x 10 zł = 240 zł
- 10 dni fizykoterapii (2-3 zabiegów dziennie) x 30 zł = 300 zł
- 10 masaży leczniczych x 30 zł = 300 zł

Biorąc pod uwagę wymienione wyżej elementy, minimalny koszt rehabilitacji jednej osoby ze schorzeniami bólowymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w ramach programu można określić w przybliżeniu na 840 zł.

Łączny koszt działań rehabilitacyjnych: 700 osób x 840 zł = 588 000 zł

7. Koszty porady fizjoterapeutycznej: 56 000 zł

Indywidualna porada fizjoterapeutyczna zostanie przeprowadzona w połowie okresu trwania działań rehabilitacyjnych w celu oceny efektów przeprowadzanych zajęć terapeutycznych, wprowadzenia w razie potrzeby zmian w planie postępowania rehabilitacyjnego, udzielenia instruktażu ćwiczeń ruchowych oraz udzielenia zaleceń w zakresie profilaktyki i dalszego postępowania.

Łączny koszty to: 700 osób x 80 zł = 56 000 zł

8. Koszty badań lekarskich końcowych: 56 000 zł

Na zakończeniu rehabilitacji zostaną przeprowadzone badania lekarskie końcowego podsumowujące obejmujące ocenę efektów przeprowadzonej rehabilitacji leczniczej indywidualnie dla każdego uczestnika, w tym z użyciem kwestionariuszy pomiaru stanu zdrowia i sprawności, a także wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania.

Łączny koszt: 700 osób x 80 zł = 56 000 zł

9. Koszty zakupu sprzętu: 175 000 zł

W ramach programu przewidziane są także środki na zakup sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu, urządzeń i materiałów do ćwiczeń ruchowych (zestawy do ćwiczeń biernych, stoły do masażu i fizjoterapii, aparat do fali uderzeniowej, bieżnia, materace, piłki, wałki itp.). Średnio około 250 zł/osobę.

Łączny koszt: 700 osób x 250 zł = 175 000 zł

Powyższe 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.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPO WZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

Mając na uwadze całkowity budżet programu, koszty pośrednie niniejszego programu (m.in. zarządzanie programem, koordynacja i nadzór na realizacją programu, koszty personelu obsługowego, utrzymanie powierzchni biurowych, materiałów biurowych, przygotowanie kampanii informacyjnej programu, opracowanie materiałów i sposobu rekrutacji do programu) nie powinny przekroczyć 20% kosztów bezpośrednich Programu.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.*

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 z udziałem:

- 85% środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 10% budżetu państwa,
- 5% wkładu własnego beneficjenta.

VII. Bibliografia

- 1) Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010; 376
- 2) Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: Choroba zwyrodnieniowa stawów. *Reumatologia* 2012; 50:
- 3) Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tlustochowicz W.: Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012;
- 4) Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.
- 5) Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.
- 6) Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tlustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012;
- 7) Medycyna Praktyczna. Choroba zwyrodnieniowa stawów <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.13>. [dostęp: 29.10.2017]
- 8) Raciborski F, Gasik R, Kłak A. Disorders of the spine. A major health and social problem. *Reumatologia* 2016;
- 9) 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)
- 10) Medycyna Praktyczna. Osteoporoza. <http://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.16.17>. [dostęp: 29.10.2017]
- 11) Mijnaerends DM, Schols JM, Meijers JM et al.: InstrumentInstruments to assess sarcopenia and physical frailty in older people living in a community (care) setting: similarities and discrepancies. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 301–308.
- 12) Elliott JE, Greising SM, Mantilla CB et al.: Functional impact of sarcopenia in respiratory muscles. *Respir Physiol Neurobiol*. pii: S1569-9048(15)30055-0. doi: 10.1016/j.resp.2015.10.001. [Epub ahead of print]
- 13) Cruz-Jentolf AJ, Baeyens JP, Bauer JM et al.: European Working Group on Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39
- 14) Lang T, Streeper T, Cawthon P et al.: Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention and assessment. *Osteoporosis Int* 2010; 21: 543–559.
- 15) Borzym A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. *PSYCHOGERIATRIA POLSKA* 2009;6(2)
- 16) Myers AH, Young Y, Langlois JA. Prevetion of falls in the elderly. *Bone* 1996; 18(1).
- 17) Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. The Work Foundation, London 2011.
- 18) Bugajska J. et al.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Med. Pracy* 2011; 62(2): 153–160.
- 19) Tobón GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *J Autoimmun* 2010; 35.
- 20) Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002; 4, 3 Suppl: S265–S272.
- 21) Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ. The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetic of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987; 30.
- 22) Salliot C, Bombardier C, Saraux A, et al. Hormonal replacement therapy may reduce the risk for RA women who carry HLA-DRB1 *01 and/or* 04alleles by protecting against the production of anti-CCP; Results from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:
- 23) Oliver JE, Silman AJ. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 3.
- 24) Costenbader KH, Chang SC, De VI, et al. Genetic polymorphisms in PTPN22, PADI-4 and CTLA-4 and risk for rheumatoid arthritis in two longitudinal cohort studies: evidence of gene-environment interactions with heavy cigarette smoking. *Arthritis Res Ther* 2008 10: R52.
- 25) Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid artjritis a dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16: doi: 10.1186/ar4498.
- 26) Stanisławska-Biernat E, Świerkot J, Tlustochowicz W. Spondyloartropatie. *Reumatologia* 2012; 50: 93–102.
- 27) de Bruin F, ter Horst S, Bloem HL, et al. Prevalence of degenerative changes of the spine on magnetic resonance images and radiographs in patients aged 16-45 years with chronic back pain of short duration in the Spondyloarthritis Caught Early (SPACE) cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(1):56-65.
- 28) Budui SL, Rossi AP, Zamboni M. The pathogenetic bases of sarcopenia. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2015;12(1):22-6. doi: 10.11138/ccmbm/2015.12.1.022.
- 29) Scott D, Daly RM, Sanders KM, Ebeling PR. Fall and Fracture Risk in Sarcopenia and Dynapenia With and Without Obesity: the Role of Lifestyle Interventions. *Curr Osteoporos Rep*. 2015;13(4):235-44.
- 30) Strzelecki A, Ciechanowicz R, Zdrojewski Z: Sarkopenia wieku podeszłego. *Gerontol Pol* 2011; 19.
- 31) 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):311-2; (author reply 313-5)
- 32) de Bruin F, ter Horst S, Bloem HL, et al. Prevalence of degenerative changes of the spine on magnetic resonance images and radiographs in patients aged 16-45 years with chronic back pain of short duration in the Spondyloarthritis Caught Early (SPACE) cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(1).
- 33) Mijnaerends DM, Schols JM, Meijers JM et al.: InstrumentInstruments to assess sarcopenia and physical frailty in older people living in a community (care) setting: similarities and discrepancies. *J Am Med Dir Assoc* 2015;
- 34) Lang T, Streeper T, Cawthon P et al.: Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention and assessment. *Osteoporosis Int* 2010; 21: 543–559.
- 35) Caranasosa GJ, Israela R. Gait disorders in the elderly. *Hospital Practice* 1991;15.

- 36) Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ. The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetic of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987;
- 37) Invernizzi P, Miozzo M, Selmi C, et al. X chromosome monosomy: a common mechanism for autoimmune diseases. *J Immunol* 2005; 175: 575–578.
- 38) Salliot C, Bombardier C, Saraux A, et al. Hormonal replacement therapy may reduce the risk for RA women who carry HLA-DRB1 *01 and/or* 04alleles by protecting against the production of anti-CCP; Results from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1683–1686.
- 39) Oliver JE, Silman AJ. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 3.
- 40) Costenbader KH, Chang SC, De VI, et al. Genetic polymorphisms in PTPN22, PADI-4 and CTLA-4 and risk for rheumatoid arthritis in two longitudinal cohort studies: evidence of gene-environment interactions with heavy cigarette smoking. *Arthritis Res Ther* 2008 10: R52.
- 41) Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis a dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16.
- 42) Budui SL, Rossi AP, Zamboni M. The pathogenetic bases of sarcopenia. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2015;12(1):22-6. doi: 10.11138/ccmbm/2015.12.1.022.
- 43) Sayer AA, Syddall HE, Gilbody HJ, et al. Does sarcopenia originate in early life: findings from the Hertfordshire cohort study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59.
- 44) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1510.
- 45) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz. U. z 2016 r, poz. 1492.
- 46) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz. U. z 2018 r. poz. 469.
- 47) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz. U. 2013 poz. 1522 z późn. zm.
- 48) Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.
- 49) 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.
- 49) 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.
- 50) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.
- 51) Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217
- 52) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190).
- 53) Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).
- 54) 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.
- 55) Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2016 r., Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2017 r. [<http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=2524>]
- 56) Rocznik Statystyczny Województwa Zachodniopomorskiego 2017, Urząd Statystyczny w Szczecinie.
- 57) Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, 2018 r.