Program polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa

Program przygotowany zgodnie z Rekomendacją nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025r. poz. 1461 ze zm.)

Olsztyn, 2026 r.

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 3

I.1. Opis problemu zdrowotnego 3

I.2. Dane epidemiologiczne 12

I.2.1 Struktura populacji kwalifikującej się do włączenia do programu 21

I.3. Opis obecnego postepowania 22

I.3.1 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 24

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 29

II.1. Cel główny 29

II.2. Cele szczegółowe 29

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 29

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 30

III.1. Populacja docelowa 30

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 32

III.3 Planowane interwencje 35

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu 41

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu 43

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 43

IV. 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów: 45

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczącej personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 47

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej 48

V.1. Monitorowanie 48

V.2. Ewaluacja 50

V.3. Okres realizacji programu 51

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 51

VI.1 Koszty jednostkowe 52

VI.2. Koszty całkowite 56

VI.3. Źródła finansowania 57

VII. Bibliografia 58

VIII. Załączniki 64

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń 64

b. Ankieta satysfakcji 65

c. Zgoda na udział w programie.....67

d. Skierowanie do udziału w Programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa 68

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

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

Program ukierunkowany został na rehabilitację leczniczą jako kluczowy element profilaktyki ułatwiającą powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia. Skierowany jest do osób pracujących narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub do osób zarejestrowanych jako bezrobotne, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.

Bóle kręgosłupa to ogólny termin odnoszący się do bólu odczuwanego po stronie grzbietowej, wzdłuż osi pionowej ciała. Ból może pojawić się w każdym odcinku kręgosłupa, jednak w większości przypadków zlokalizowany jest w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (tzw. ból krzyża). Zgodnie z literaturą przedmiotu jest to dolegliwość niezwykle powszechna (doświadcza jej niemal każda osoba dorosła), przez co stała się problemem cywilizacyjnym, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych [10].

Klasyfikacja bólów kręgosłupa (pięć zasadniczych kategorii) [11]:

1. ból mechaniczny (nieswoisty) – stanowi ponad 90% wszystkich przypadków i jest związany z ruchem i aktywnością – nadmierną lub jej brakiem. Może pojawiać się po wysiłku lub w związku z niewielkim urazem, a ustępuje po odpoczynku (ale przedłużające się pozostawanie w jednej pozycji może również wywoływać dolegliwości). Jest najsilniej odczuwany w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, ale może promieniować do kończyny dolnej po stronie zewnętrznej uda do poziomu kolana. Prawdopodobnie jego główną przyczyną jest wzmożone napięcie mięśni i powięzi. Deformacje, skrzywienia kręgosłupa zmieniają rozkład sił działających na stawy międzykręgowe i mięśnie, których przyczepy znajdują się w obrębie kręgosłupa, co również powoduje przeciążenia, przykurcze i naciągnięcia tych struktur, w efekcie wywołując ból,
2. ból zapalny – około 1% przypadków, zmniejsza się po ćwiczeniach. Towarzyszy mu sztywność poranna, a przyczyną jest stan zapalny (np. zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa),
3. ból neurogenny – około 5% przypadków, jest wywoływany uciskiem na korzenie nerwów rdzeniowych lub rdzeń kręgowy. Ma charakter „*rwący*” lub „*piekący*” i promieniuje do

części kończyny zaopatrywanych przez drażnione nerwy. Mogą mu towarzyszyć skurcze mięśni i parestezje, a przyczyną bywa najczęściej przepuklina krążka międzykręgowego, niekiedy zwężenie kanału kręgowego, złamanie, infekcja bądź guz nowotworowy,

4. ból uogólniony, połowiczny lub bardzo nasilony – może być spowodowany zajęciem trzonów kręgów lub krążków międzykręgowych przez infekcję, pierwotne bądź wtórne guzy. Rzadziej bywa skutkiem innej poważnej choroby, np. tętniaka aorty brzusznej. Istotne jest stwierdzenie tzw. objawów ogólnych choroby (gorączki, spadku masy ciała), a podejrzenie poważnego schorzenia powinno budzić wystąpienie pierwszych dolegliwości bólowych przed 30. r.ż. i po 50. r.ż., miejscowa tkliwość kostna i brak poprawy po odpoczynku,

5. ból psychogenny – chory zgłasza nasilenie objawów w stopniu nieproporcjonalnym do upośledzenia ruchowego. Dane z wywiadu i wyniki badania przedmiotowego mogą ulegać zmianie po odwróceniu uwagi chorego. Dolegliwościom bólowym często towarzyszą problemy psychospołeczne bądź objawy depresji.

Do klinicznych zespołów dolegliwości bólowych kręgosłupa można zaliczyć:

• zespół szyjny górny (zablokowanie stawów głowowo-szyjnych) – zablokowanie połączenia stawowego głowy z pierwszym kręgiem szyjnym jest jedną z najczęstszych przyczyn bólów górnej części kręgosłupa szyjnego i okolicy potylicznej głowy. Najczęściej do tego zablokowania prowadzą przeciążenia przewlekłe, np. praca w przodopochyleniu lub tyłozgięciu głowy, długotrwała jazda środkami lokomocji, długotrwałe napięcie mięśniowe istres. W przypadku zmian zwyrodnieniowych mówimy o zespole Barrego Lieou. Jeśli zmiany zwyrodnieniowe są bardzo nasilone może dojść do ucisku na tętnice kręgowe, co może dodatkowo powodować zawroty głowy, zaburzenia widzenia, omdlenia oraz zaburzenia snu,

• zablokowanie stawów w segmencie C2-C3 – zablokowanie stawu w tym odcinku bywa przyczyną tzw. kręczu szyi. Jest to nagle występujący bolesny skurcz mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego oraz mięśni pochyłych szyi. Stan ten może być wywołany również wypadnięciem jądra miażdżystego i podrażnieniem korzeni rdzeniowych,

• zablokowanie stawów w segmentach od C6 do Th3 – zablokowanie stawów kręgów połączenia szyjno-piersiowego jest szczególnie częstą przyczyną bólów dolnego odcinka szyjnego i górnego piersiowego. Przejście szyjno-piersiowe łączy bardzo ruchomy odcinek szyjny z praktycznie nieruchomym odcinkiem piersiowym i jest jednym z najbardziej przeciążonych odcinków kręgosłupa. Kolejną przyczyną przeciążeń tego odcinka jest nieprawidłowy tor oddychania,

• zespół szyjno-ramienny – występuje przy uszkodzeniach niższych poziomów kręgosłupa szyjnego, ból umiejscowiony w karku promieniuje do szyi, potylicy, barku, kończyny górnej i górnej części klatki piersiowej. Zespół ten najczęściej jest spowodowany przez zmiany zwyrodnieniowe krążka międzykręgowego. Podobne dolegliwości może także

wywołać ucisk pęczka nerwowo-naczyniowego, przechodzącego przez szczelinę między mięśniami pochyłymi,

• ból odcinka piersiowego kręgosłupa – dolegliwości w odcinku piersiowym występują rzadko i najczęściej są spowodowane przez zmiany na tle chorób układowych. W starszym wieku przyczyną dolegliwości mogą być złamania trzonów kręgów w osteoporozie. Możliwe jest także podrażnienie korzeni nerwowych przez zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające, zapalne oraz urazowe. Stosunkowo często występują w tym odcinku kręgosłupa zablokowania. Z powodu bliskiego sąsiedztwa układu wegetatywnego ból w tym odcinku kręgosłupa może rzutować na narządy wewnętrzne, ponadto może być przyczyną częstoskurczu napadowego serca,

• zablokowanie stawów w segmentach od Th10 do L2 – jest to typowe miejsce zablokowań, a ich powstawanie jest związane z ogromnymi obciążeniami funkcjonalnymi tego połączenia, wynikającymi z tego, że odpowiada ono za niemal wszystkie ruchy tułowia,

• ból odcinka lędźwiowego i krzyżowego kręgosłupa – jest to najczęstsza lokalizacja bólów pośród wszystkich odcinków kręgosłupa. Przyczyną są zazwyczaj zmiany dyskopatyczne zarówno o charakterze przewlekłym jak i ostrym. Przewlekłe bóle w tym odcinku kręgosłupa mogą być również spowodowane przez zmiany zwyrodnieniowe stawów międzykręgowych i drażnienie znajdujących się tam zakończeń nerwowych. Często dochodzi również do zablokowań w tym odcinku, a diagnostyka różnicowa bólu w odcinku lędźwiowym należy do najtrudniejszych z zadań lekarza,

• zablokowanie w stawach krzyżowo-biodrowych – powoduje szereg dotkliwych dolegliwości bólowych, umiejscowionych w okolicy krzyżowej. Bóle te mogą promieniować do pośladka i do kończyny dolnej. Zablokowanie stawów może również powodować odruchowe napięcie prostownika grzbietu,

• zablokowanie w połączeniach kości guzicznych – bywa źródłem dotkliwego bólu zwanego coccygodynią, ból ten występuje głównie podczas siedzenia, kiedy wywierany jest nacisk na kość guziczną. Jedynie 20% chorych jest w stanie zlokalizować ból w obrębie kości ogonowej, u pozostałych 80% ból ten lokalizuje się w okolicy lędźwiowo-krzyżowej,

• zespół wąskiego kanału kręgowego – w przypadku centralnej przepukliny jądra miażdżystego, zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych, zmian wrodzonych, może dojść do znacznego zwężenia kanału kręgowego, co skutkuje przewlekłym bólem w okolicy lędźwiowej z okresowymi dolegliwościami o charakterze rwy,

• zespół ogona końskiego i stożka rdzeniowego – są to choroby, które są wywołane przez ucisk – najczęściej centralnej przepukliny jądra miażdżystego na stożek rdzeniowy lub ogon koński. Ucisk na ogon koński skutkuje niedowładem wiotkim kończyn, bólem o charakterze rwy oraz trudnościami w oddawaniu moczu, zaś ucisk na stożek rdzeniowy

powoduje nietrzymanie moczu i kału oraz zaburzenia czucia powierzchniowego w karku promieniuje do szyi, potylicy, barku, kończyny górnej i górnej części klatki.

Etiologia, patogeneza, przebieg naturalny i obraz kliniczny

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

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

ICD-10	Opis
M00-M99	Choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej
M16	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego
M17	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego
M23	Wewnętrzne uszkodzenia stawu kolanowego
M00-M15, M18-M22, M24-M25	Artropatie
M30-M36	Układowe choroby tkanki łącznej
M40-M49	Zniekształcające choroby grzbietu, choroby kręgosłupa
M50,M51	Choroby kręgów szyjnych, inne choroby krążka międzykręgowego
M54	Bóle grzbietu
M60-M79	Choroby tkanek miękkich
M53, M80-M99	Inne choroby grzbietu, inne choroby tkanki kostnej i chrzęstnej, inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej

Źródło: opracowanie własne na podstawie ICD-10.

Z danych podawanych przez ZUS z raportu sporządzonego w 2022 roku wynika, że najczęstszą przyczyną absencji chorobowej w 2021 roku u mężczyzn, jak i u kobiet w Polsce

były zmiany zwyrodnieniowe stawów, zwłaszcza stawów biodrowych, kolanowych i kręgosłupa (K 16,5%, M16,4%) oraz różnego rodzaju urazy (K 13,1%, M 13,3%) w populacji osób pracujących [76].

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

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

Wyróżnia się chorobę zwyrodnieniową stawów pierwotną oraz wtórną. Przyczyna pierwotnej postaci choroby jest nieznana, natomiast częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem. Wtórna postać choroby wywołana jest konkretną przyczyną i są to np. zmiany zwyrodnieniowe spowodowane pracą, urazem, zakażeniem, innymi chorobami stawów (m.in. reumatoidalnym zapaleniem stawów, nagromadzeniem złogów wapnia w chrząstce stawowej), wrodzonymi zaburzeniami budowy oraz innymi chorobami (np. cukrzycą, nadczynnością przytarczyc) [1, 7, 8].

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

W przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jako pierwszy uszkodzeniu ulega krążek międzykręgowy (KM). W efekcie rozwoju zmian degeneracyjnych dochodzi do utraty jego wysokości. Jednocześnie zmniejsza się zawartość proteoglikanów i wody w pierścieniu włóknistym i jądrze miażdżystym. Na skutek tych zmian może rozwijać się zespół bólowy kręgosłupa nazywany dyskogennym. Zespół ten charakteryzuje się bólem zlokalizowanym w okolicy przykręgosłupowej. Ból ma charakter rozlany, nasila się podczas ruchu,

a naturalny przebieg dolegliwości trwa od kilku dni do kilku tygodni. Zmianom degeneracyjnym KM może także towarzyszyć ból stawów międzywyrostkowych kręgosłupa. Za jego występowanie odpowiadają zwiększenie zakresu patologicznych ruchów kręgosłupa oraz zwiększające się siły oddziaływujące na stawy, których przyczyną jest redukcja wymiaru międzytrzonowego KM. W efekcie zmian degeneracyjnych KM może także dochodzić do pękania pierścienia włóknistego i przemieszczenia się fragmentów jądra miażdżystego do kanału kręgowego. Następstwem tego są kompresja struktur nerwowych i odpowiadające jej odpowiednie objawy neurologiczne. Ból o charakterze korzeniowym oraz ból wynikający z zaburzonego krążenia w kanale kręgowym może także powstawać w przebiegu stenozy kanału kręgowego, która ma charakter wrodzony lub nabyty. Przyczyną nabytej stenozy są zmiany zwyrodnieniowe krążków międzykręgowych i stawów międzywyrostkowych kręgosłupa zmniejszające przestrzenie, w których przebiegają struktury nerwowe. Głównymi objawami chromania neurogennego towarzyszącego stenozie kanału kręgowego są nasilające się wraz z liczbą wykonanych kroków neurologiczne objawy czuciowe (np. parestezje, ubytki czucia powierzchniowego) i niedowłady mięśni kończyn dolnych. Chorobom kręgosłupa mogą także towarzyszyć zespoły bólowe innych struktur układu ruchu, np. stawów krzyżowo-biodrowych czy biodrowych. Pomiędzy takimi zespołami chorobowymi może występować związek przyczynowy lub objawy bólowe mogą imitować choroby kręgosłupa. Często ból stawów krzyżowo-biodrowych lokalizuje się w okolicy dolnego odcinka kręgosłupa i jest uznawany za objaw choroby kręgosłupa. Zdarzają się także sytuacje, gdy choroby kręgosłupa, np. patologiczna zmiana krzywizn, powodują nadmierne obciążanie stawów kończyn dolnych, w których rozwijają się zmiany przeciążeniowe i w następstwie tego powstają zespoły bólowe.

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

Kolejną istotną przyczyną schorzeń układu ruchu są bóle i/lub urazy pleców oraz schorzenia kończyn górnych związane z pracą (powszechnie nazywane „urazami spowodowanymi chronicznym przeciążeniem organizmu”). Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego zwykle dotyczą pleców, karku, ramion i kończyn górnych, choć mogą również dotknąć kończyn dolnych. Obejmują one wszelkie urazy lub schorzenia stawów i innych tkanek. Spektrum problemów zdrowotnych rozpoczyna się od drobnych bólów, a kończy na poważnych schorzeniach, wymagających leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. W przewlekłych

przypadkach mogą one nawet prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy [12–18].

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

Czynniki ryzyka

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

Chorobę zwyrodnieniową stawów wywołują czynniki modyfikowalne (tzn. takie, których można uniknąć) oraz niemodyfikowalne (niezależne od woli chorego). Do pierwszej grupy zalicza się: otyłość, osłabienie mięśni otaczających staw, czynniki zawodowe, uprawianie sportu, zaburzenia budowy stawu, a do drugiej: wiek, płeć żeńską oraz czynniki genetyczne [1].

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

Wynikiem powikłań choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, obejmującej krążki międzykręgowe, stawy oraz tkanki miękkie kręgosłupa, w dominującym odsetku przypadków są dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa. Do rzadszych przyczyn bólu kręgosłupa o charakterze rzekomokorzeniowym należą infekcje, zapalenia nieinfekcyjne, choroba nowotworowa i choroby metaboliczne (np. osteoporoza). Drugi najczęściej spotykany rodzaj

bólu kręgosłupa wynika z kompresji struktur nerwowych (ból korzeniowy). Ten rodzaj bólu może powstawać także w przebiegu zmian zwyrodnieniowych, infekcji, chorób reumatycznych, choroby nowotworowej, chorób metabolicznych oraz urazów. W większości przypadków chorób kręgosłupa pacjenci doświadczają bólu o charakterze rzekomokorzeniowym. Ból mięśniowo-szkieletowy może być również wynikiem powtarzanych naciągnięć, przeciążeń i zaburzeń mięśniowo-szkieletowych związanych m.in. z pracą fizyczną czy pracą w pozycji siedzącej. Urazy te są przyczyną różnych zaburzeń powodujących ból kości, stawów, mięśni i otaczających struktur. Ból może mieć charakter ostry lub przewlekły, zlokalizowany lub rozlany. Najczęściej występującym przykładem bólu mięśniowo-szkieletowego są bóle kręgosłupa. Inne przykłady to m.in.: zapalenie ścięgien, neuropatie, mialgie (bóle mięśni) [1, 9, 13, 14, 22, 23, 24].

Rozpoznanie

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

Leczenie

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 70/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie rekomenduje wykonywania w ramach programów polityki zdrowotnej zabiegów fizykalnych u pacjentów z bólem kręgosłupa oraz stosowania technik obrazowania w diagnostyce bólów kręgosłupa przy braku dodatkowych objawów [19].

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 działań [28].

Rokowanie

Ograniczenia wynikające z przedstawionych problemów zdrowotnych stanowią szczególną uciążliwość dla grupy osób aktywnych zawodowo, powyżej 50. roku życia. Przewlekłe występowanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego wpływa na postępujące ograniczenie lub utratę sprawności fizycznej. Następstwem tego procesu jest powstanie niepełnosprawności [12–18].

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

I.2. Dane epidemiologiczne

Świat

Dostępne dane wskazują, iż 100 milionów Europejczyków cierpi na przewlekłe bóle mięśniowo-szkieletowe, z czego ponad 40 milionów pracowników zatrudnionych w krajach UE to osoby chore, co stanowi blisko połowę wszystkich odnotowywanych tam zaburzeń zdrowotnych związanych z pracą. Szacuje się, że koszty społeczne związane z występowaniem schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego wynoszą od 0,5 do 2,0 procent produktu krajowego brutto (PKB). Opublikowane przez Fundację Europejską Czwarte Europejskie Badanie Warunków Pracy ujawniło, że 25% osób zatrudnionych w krajach UE cierpi na okresowe bóle pleców, a 23% – na bóle mięśni. Co więcej, Komisja Europejska szacuje, że schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są przyczyną 50% nieobecności w pracy trwających 3 lub więcej dni oraz 60% przypadków trwałej niezdolności do pracy [53].

Największą zapadalność w przypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa obserwuje się w trzeciej dekadzie życia. Choroba częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet (stosunek liczby kobiet do mężczyzn to 2:1). Zwykle chorobowość określa się na 0,1–1,4% w skali całego świata [33], chociaż spotyka się również znacznie niższe dane (0,036–0,10%)

[30]. Chorobowość w przypadku ZZSK wynosi w Europie 23,8[1] na 10 tys. mieszkańców (czyli około 0,24%) [33].

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

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

Wyniki Eurobarometru wskazują, że dolegliwości bólowe, związane z narządem ruchu, które ograniczają możliwość wykonywania codziennych czynności, występowały w ostatnim tygodniu prawie u co trzeciego (32%) dorosłego[2] mieszkańca Europy. W zależności od kraju odsetek ten wahał się między 18 (Irlandia) a 46 (Chorwacja). W Polsce dolegliwości bólowe ograniczające codzienną aktywność zgłaszało 39% badanych. Ból najczęściej zlokalizowany był w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa (*low back pain*). Na tę część ciała wskazało 11% ogółu badanych. Relatywnie często wymieniano również okolice odcinka piersiowego kręgosłupa (*upper back*) (8%) oraz szyi (7%). Dolegliwości bólowe prawie dwukrotnie częściej występowały u osób starszych (55 lat i więcej) w stosunku do najmłodszej grupy badanych (15–24 lata) – 43 vs. 23%. Płeć również wpływała na częstość deklarowania objawów. W grupie kobiet dolegliwości bólowe występowały u 37%, a w grupie mężczyzn – u 27% [9, 35].

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

[1] Po przeważeniu ze względu na wielkość zbadanej grupy otrzymano nieco niższą wartość wynoszącą 18,6 na 10 tys. mieszkańców.
[2] W wieku 15 lat i więcej.

odpowiednio 6 i 5%. Częściej przewlekłe dolegliwości bólowe deklarowały kobiety (28%) niż mężczyźni (22%) [9].

Polska

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

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

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

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

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 spośród osób korzystających z rehabilitacji w Polsce 49 % to osoby w przedziale wiekowym 18-64 lat [38].
Powołując się na powyższy dokument w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów w ramach NFZ. Wśród nich znaczną większość stanowiły kobiety (64,8%) oraz osoby mieszkające w miastach (69,3%). Ponadto 10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku od 65 lat wzwyż. 76,6 % wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego

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

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

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

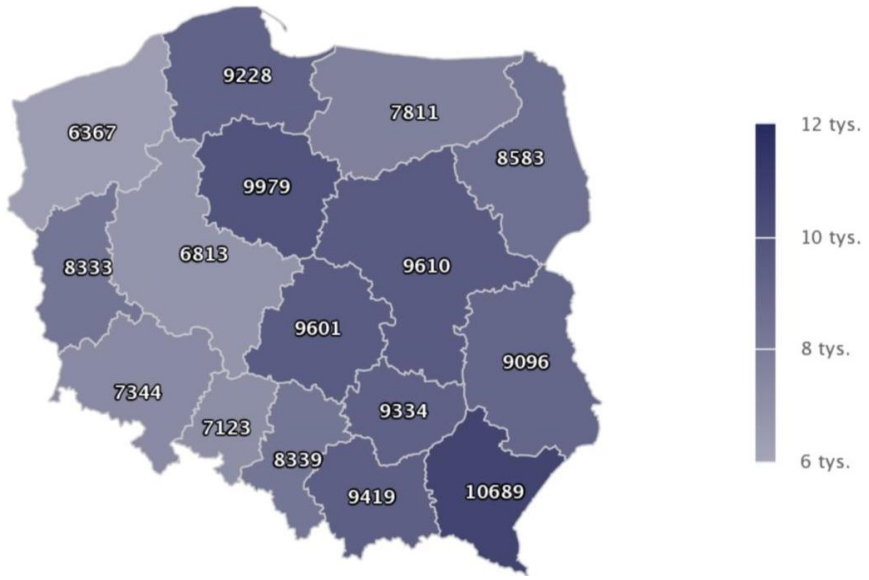
Zarówno w Polsce, jak i na całym świecie, obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Polityka zdrowotna musi być przygotowana na wszelkie następstwa wynikające z niepokojących prognoz demograficznych również w zakresie rehabilitacji leczniczej. W 2019 r. ze świadczeń rehabilitacyjnych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

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

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

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

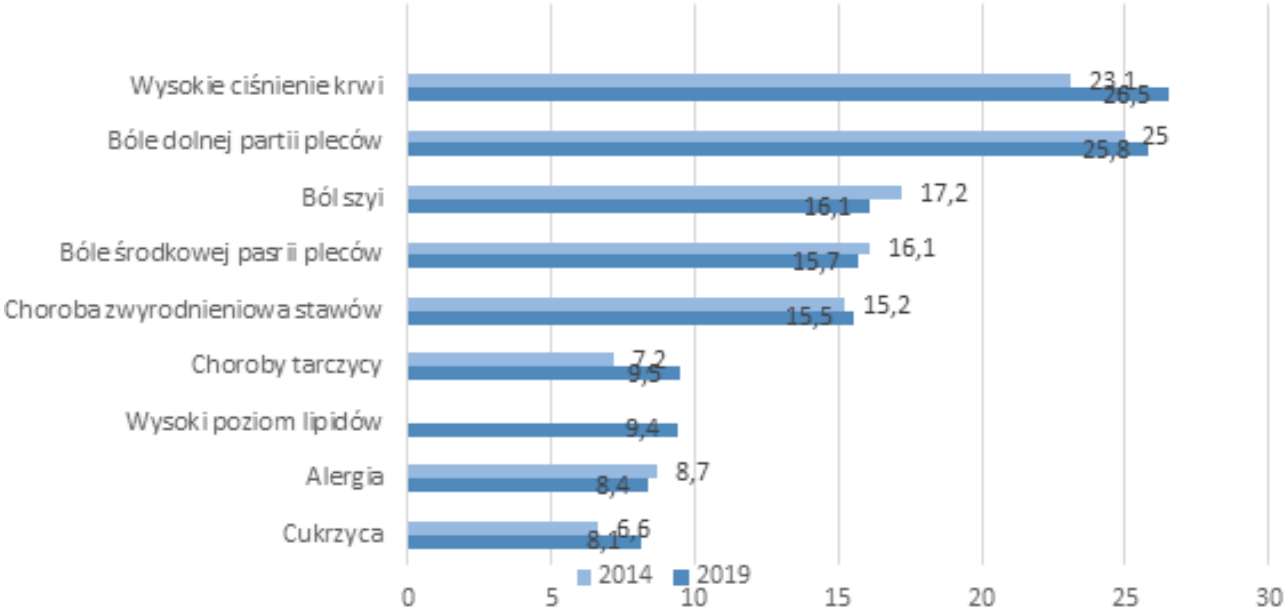
Rysunek 1. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r.



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

Według danych GUS w 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotykającymi ponad ¼ osób dorosłych (osoby w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. Obie z tych dolegliwości występowały nieznacznie częściej niż w 2014 roku (wzrost odpowiednio o 3,4 p.proc. i o mniej niż 1 p.proc.) [21].

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



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

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

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

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

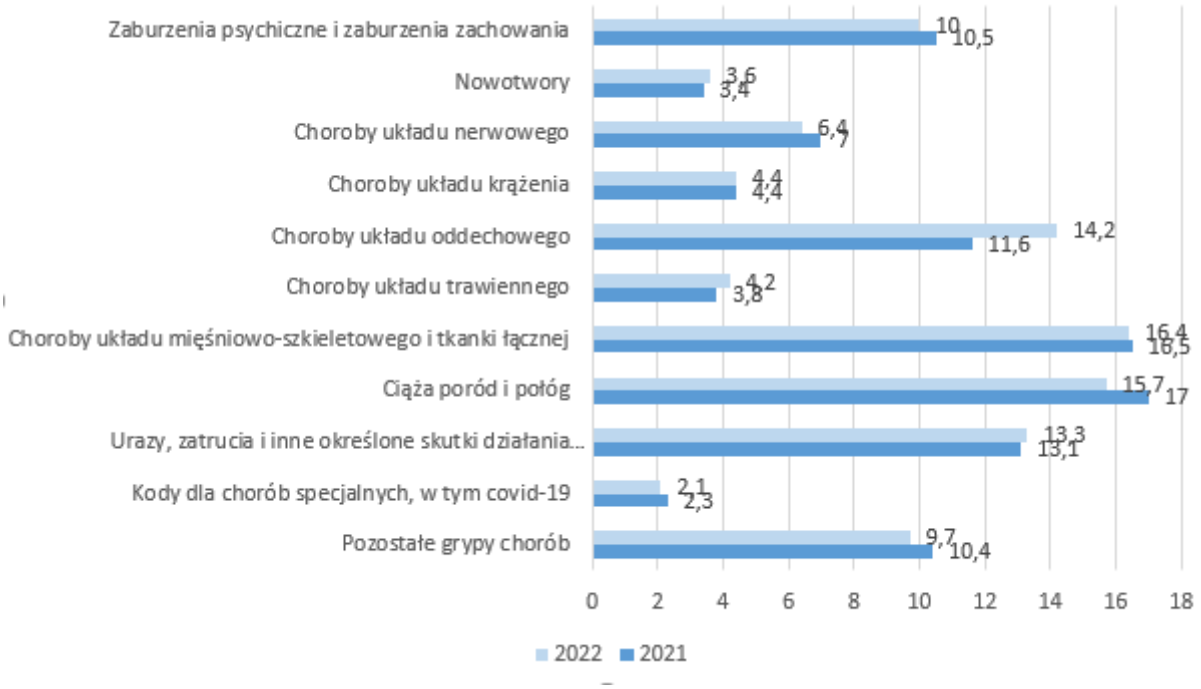
Choroba lub dolegliwość	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 lat+
Wysokie ciśnienie krwi	1,7	5,9	14,9	35,5	49,8	66,5	68,9
Bóle dolnej partii pleców	**6,1**	**13,6**	**24,0**	**35,6**	**38,5**	**45,2**	**51,3**
Bóle szyi	**3,3**	**7,0**	**13,8**	**23,3**	**25,8**	**29,7**	**31,4**
Bóle środkowej partii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

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

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

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

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



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

Województwo warmińsko-mazurskie

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

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z danymi wykazanymi w Mapie Potrzeb Zdrowotnych jednym z utrzymujących się wysoko wskaźników DALY problemów zdrowotnych w województwie jest ból dolnego odcinka Kręgosłupa, ze wskaźnikiem DALY na 5 miejscu[3].

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

[3] Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69)., Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026

I.2.1 Struktura populacji kwalifikującej się do włączenia do programu

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

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

Źródło: *Rocznik Statystyczny Województwa Warmińsko-Mazurskiego 2023*

Zgodnie z założeniami programu grupą docelową programu są osoby pracujące lub zarejestrowane jako bezrobotne z województwa warmińsko-mazurskiego w wieku produkcyjnym doświadczające przewlekłych bólów kręgosłupa trwającego nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy.

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

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

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

I.3. Opis obecnego postepowania

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

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

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

Dodatkowo należy wskazać, iż: Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy, to najważniejszy akt prawny regulujący obowiązki pracodawców i pracowników. Definiuje zadania spoczywające na pracodawcy związane z zapewnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy określając ogólnie uznawane normy, a także precyzuje indywidualne przeciwskazania związane ze stanem zdrowia lub osobniczymi skłonnościami pracownika [50]. Kolejno Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. warunkuje przeprowadzanie badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikiem oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów

przewidzianych w Kodeksie Pracy. Natomiast Europejska Dyrektywa Ramowa (89/391/EWG) z dnia 12 czerwca 1989 r. o wprowadzeniu środków w celu zwiększenia bezpieczeństwa i poprawy zdrowia pracowników podczas pracy nakłada na pracodawców obowiązek prawny nakazujący chronić pracowników poprzez ocenę, redukcję i eliminację zagrożeń dla bezpieczeństwa i zdrowia, niezależnie od rodzajów takich zagrożeń. Dyrektywa nakłada również na pracowników ogólny obowiązek stosowania się do środków prewencyjnych określonych przez ich pracodawców.

Ponadto Minister Zdrowia zrealizował „Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa". Okres realizacji programu 2019-2023. Projekt miał na celu zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencję przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób czynnych zawodowo z terenu całego kraju poprzez przeprowadzenie działań edukacyjno-diagnostyczno-terapeutycznych.

Z kolei Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką" udostępniając na swoich stronach internetowych materiały informacyjne i edukacyjne dotyczące różnych problemów zdrowotnych. W zakresie przewlekłych bólów kręgosłupa, NFZ opublikował zarówno materiały edukacyjne oraz filmy instruktarzowe dotyczące zapobieganiu temu problemowi zdrowotnemu [52]. Ponadto opracowano aplikację mobilną na telefony pod nazwą „Moje Fizjo+". Aplikacja ta dedykowana jest osobom borykającym się z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa, barku i biodra. Celem aplikacji jest przedstawienie ćwiczeń poprawiających elastyczność i siłę mięśni, co w połączeniu z automasażem, ma złagodzić ból lub go całkowicie wyeliminować [49].

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

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

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

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

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

I.3.1 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

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

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

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia Na Lata 2021–2027, Z Perspektywą Do 2030 r., (Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.) – Narzędziem 1.2: Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących".

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

Na poziomie ponadregionalnym założenia programu wpisują się w Działanie 2.8.1. (aktualizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów „ostrych") Krajowego Planu Transformacji, którego oczekiwanymi do osiągnięcia rezultatami powinno być przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia

sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym oraz zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Program wpisuje się również w założenia Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2022-2026, który swoje działania w zakresie rehabilitacji medycznej kieruje min. na powrót do pracy, poprawy jakości życia osób starszych, zapobieganie niepełnosprawności oraz zapisy Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. (Rozdział 8. Rehabilitacja medyczna) wskazujące, iż ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej [55].

Program wpisuje się w Rekomendację nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę pierwotną przewlekłych bólów kręgosłupa skierowanych do populacji ogólnej, interwencji diagnostycznych i fizjoterapeutycznych opartych przede wszystkim na działaniach rehabilitacyjnych dla osób z bólem kręgosłupa trwającym nieprzerwanie powyżej trzech miesięcy, a także prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.

Interwencje zaproponowane w programie stanowią istotny element prewencji bólów kręgosłupa u osób aktywnych zawodowo. Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu będzie wsparciem obecnego systemu ochrony zdrowia, stanowiącego uzupełnienie do profilaktyki i rozszerzonego o poprzedzoną niezwykle istotną edukację zdrowotną uczestnika programu. Program jest odpowiedzią na niewystarczającą dostępność do świadczeń gwarantowanych realizowanych w województwie warmińsko-mazurskim.

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów. Realizację kompleksowych

świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do pacjentów z problemem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz urazów, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)[4],
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016)[5],
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)[6],
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI 2018)[7],
- North American Spine Society (NASS 2020)[8],
- American College of Physicians (ACP 2017)[9],
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)[10].
- Institute of Health Economics (IHE 2017)[11],
- National Stroke Foundation (NSF 2010)[12],
- Deutsches Ärzteblatt International (DAI 2017)[13],
- Polskie Towarzystwo Fizjoterapii (PTF 2017)[14],

Opinie ekspertów klinicznych

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

[4] Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk].
[5] Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, 2016 [nice.org.uk].
[6] Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
[7] Low Back Pain, Adult Acute and Subacute, 2018 [https://www.icsi.org/].
[8] Diagnosis and Treatment of Low Back Pain [https://www.spine.org].
[9] Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians, 2017 [http://annals.org].
[10] Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
[11] Low Back Pain Guideline, 2017 [https://www.ihe.ca/].
[12] Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation [https://extranet.who.int/].
[13] Deutsches Ärzteblatt International, Non-Specific Low Back Pain, Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 883–90 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/].
[14] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii zespołów bólowych kręgosłupa w podstawowej opiece zdrowotnej. Family Medicine & Primary Care Review; 19(3): 323–334.

Przez pojęcie rehabilitacji leczniczej (medycznej) rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby. Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych i leczniczych, jak również stała kontrola procesu leczniczego i regeneracyjnego pozwalają na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja medyczna musi stymulować cały proces leczniczy głównie poprzez aktywność ruchową i psychiczną. Rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie jego chorego narządu czy choroby [28, 63].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

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

trudno określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem [70].

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

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego* poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa, wśród 70 %** uczestników programu.

II.2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70%** personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia bólów kręgosłupa
2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70%** uczestników zakwalifikowanych do programu w zakresie, profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji wystąpienia bólów kręgosłupa
3. Zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) na skali VAS u co najmniej 60** % uczestników programu, dotkniętych bólami kręgosłupa.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
   (Iloraz osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do wszystkich osób. Wynik wyrażony w procentach)

2. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
   (Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób. Wynik wyrażony w procentach)
3. Odsetek uczestników zakwalifikowanych do programu, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników zakwalifikowanych do programu, którzy wypełnili pre-test.
4. Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
   (Iloraz liczby osób, które uczestniczyły w interwencji fizjoterapeutycznej, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe w stosunku do liczby wszystkich osób objętych tą interwencją. Wynik wyrażony w procentach)

*wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy

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

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

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

III.1. Populacja docelowa

Zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, regionalne programy zdrowotne realizujące działania z obszaru rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia są kierowane do:
- osób zatrudnionych narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych,
lub

- osób bezrobotnych zarejestrowanych, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.
Działania zostaną skierowane do osób aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym tj.18–64 lata dla mężczyzn oraz 18–59 lat dla kobiet) doświadczających przewlekłych bólów kręgosłupa trwających nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy.

Zgodnie z danymi przedstawionymi w punkcie I.2.1 „Struktura populacji kwalifikującej się do udziału w programie" w roku 2022 grupa osób mogących przystąpić do programu to około 568 tys. osób. Program ma charakter wieloletni i realizowany będzie w latach 2026-2028.

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

Jak wynika z opublikowanych danych na temat aktywności ekonomicznej w wieku 18–19 lat, zaledwie 15,2% osób jest aktywnych zawodowo (*Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2023 roku*), co oznacza, że należy uwzględnić dodatkowe 7,2 tys. osób [54]. Grupa docelowa w całym okresie objętym programem będzie mogła liczyć około 567 tys. osób.

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

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

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

W programie ze względu na ograniczenia budżetowe planuje się objąć wsparciem około 2029 osób, które skorzystają z pełnego wsparcia organizowanego w programie (co stanowi około 4,04 % osób z 50 200 osób, czyli szacowanej grupy otrzymujących zaświadczenie lekarskie z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej).

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

Etapy programu	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Działania informacyjno-promocyjne	• wszystkie osoby z grupy docelowej ze szczególnym uwzględnieniem populacji wysokiego ryzyka (tj.: podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem), częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji, siedzący tryb życia, palenie papierosów, otyłość, depresja, niska tolerancja bólu.)	brak
Szkolenie personelu medycznego	• personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej	• ukończenie szkolenia obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat • wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim

Kwalifikacja	• Osoby, które zadeklarują ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy • oświadczenie własnoręcznie podpisane przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu (druk świadomej zgody w załączniku c do programu) • miejsce zamieszkania uczestnika na terenie województwa warmińsko-mazurskiego • osoby aktywne zawodowo (tj. pracujące bądź zarejestrowane jako bezrobotne) w wieku produkcyjnym tj. 18-64 lata mężczyźni oraz kobiety 18-59 lat.	• brak oświadczenia deklarującego ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy • korzystanie obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w programie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych w innym programie polityki zdrowotnej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie • brak oświadczenia o miejscu zamieszkania w województwie warmińsko-mazurskim • wiek poniżej 18 r.ż. • brak oświadczenia o zatrudnieniu lub statusie bezrobotnego • brak oświadczenia własnoręcznie podpisanego przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu
Interwencja diagnostyczna, fizjoterapeutyczna, terapia ruchowa z elementami edukacji oraz edukacja	• Osoby, które zadeklarują ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co	• brak oświadczenia deklarującego ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy

	najmniej trzech miesięcy • Otrzymanie skierowania na działania rehabilitacyjne w czasie realizowanej w ramach PPZ pierwszej wizyty diagnostycznej • miejsce zamieszkania uczestnika na terenie województwa warmińsko-mazurskiego • osoby aktywne zawodowo (tj. pracujące bądź zarejestrowane jako bezrobotne) w wieku produkcyjnym tj. 18-64 lata mężczyźni oraz kobiety 18-59 lat • oświadczenie własnoręcznie podpisane przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu (druk świadomej zgody w załączniku c do programu)	• brak oświadczenia o miejscu zamieszkania w województwie warmińsko-mazurskim • wiek poniżej 18 r.ż. • brak oświadczenia o zatrudnieniu lub statusie bezrobotnego • brak oświadczenia własnoręcznie podpisanego przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu • pozostawanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa; • obecność przeciwskazań medycznych do rehabilitacji • brak skierowania wystawionego na pierwszej wizycie diagnostycznej

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia. Wszystkie kryteria będą weryfikowane na podstawie oświadczeń składanych przez uczestników programu.

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

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

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

III.3 Planowane interwencje

W ramach każdego projektu zrealizowane zostaną wszystkie interwencje zaplanowane w programie.

Interwencje proponowane w 3-letnim okresie realizacji programu zostały dobrane w taki sposób, aby uświadomić uczestnikowi wpływ stylu życia, w tym aktywności fizycznej na układ mięśniowo-szkieletowy. W ramach programu uczestnik nabędzie wiedzę na temat: przyczyn i skutków powstawania bólów kręgosłupa, sposobów niwelowania bólu poprzez ćwiczenia i aktywność zgodne z tolerancją bólu, przestrzegania zasad ergonomii podczas wykonywania pracy, a także metod eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości. Działania oparte będą na metodach takich jak: szkolenia, edukacja, interwencja diagnostyczna, fizjoterapeutyczna oraz terapia ruchowa z elementami edukacji zdrowotnej.

W programie zostaną przeprowadzone następujące interwencje:

1. Szkolenia personelu medycznego

W ramach programu Realizator przeprowadzi z najwyższą jakością i efektywnością szkolenia/warsztaty dla personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, który ma kontakt z jego uczestnikiem, np.: lekarze, lekarze specjaliści, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej przeprowadzający interwencje diagnostyczne, fizjoterapeutyczne, terapii ruchowej i edukacyjne. Formy szkolenia będą dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np.: szkolenia w formie e-learningu, wykładu, materiałów audiowizualnych, telekonferencji, warsztatów praktycznych.

Podczas trwania programu planuje się realizację szkoleń dla ok. 84 osób. Szkolenie ma na celu zapoznanie personelu medycznego z zaleceniami Rekomendacji nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa, w szczególności z rekomendowanymi metodami profilaktyki, diagnostyki,

różnicowania i rehabilitacji przewlekłych bólów kręgosłupa, które powinny być wykorzystane podczas realizacji programu. Personel uczestniczący w szkoleniu będzie również informowany o dążeniu do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za proces terapii aktualnych dolegliwości oraz prewencji ich nawrotu. Główny nacisk kładzie się na działania fizjoprofilaktyczne m.in. formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do wykonania samodzielnego w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad. Szkolenia powinny uwzględniać informowanie o konieczności współpracy między specjalistami, możliwości prowadzenia opieki wielokierunkowej, oraz wskazywać że diagnostyka obrazowa powinna być prowadzona tylko, jeśli wynik badań może zmienić postępowanie rehabilitacyjne/lecznicze, np. obecne są objawy ostrzegawcze (tzw. czerwone flagi).

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu będzie wypełnienie pre-testu, celem weryfikacji wiedzy personelu medycznego w omawianym temacie. Każda osoba, która weźmie udział w szkoleniu, będzie zobowiązana do wypełnienia również post-testu sprawdzającego poziom nabytej wiedzy. Ankiety wiedzy opracuje Realizator. Prowadzącymi szkolenie będą eksperci tj.: lekarze i/lub fizjoterapeuci, będący w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu (pełny opis kwalifikacji personelu w części IV.2).

Szkolenie nie ma na celu uzyskania przez personel medyczny kwalifikacji w rozumieniu Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 i LWK 2021 (Lista Wskaźników Kluczowych 2021-2027 - EFS+), jest jedynie formą zapoznania personelu medycznego z zaleceniami Rekomendacji nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa, które muszą zostać wdrożone w ramach programu.

2. Działania informacyjno-promocyjne

W ramach programu Realizator zobowiązany jest zapewnić społeczeństwu odpowiednią informację i promocję programu zdrowotnego uwzględniając również elementy edukacyjne. W ramach w/w działań Realizator powinien:

- utworzyć, w ramach istniejącej/ stworzonej na potrzeby programu strony internetowej Realizatora programu, zakładki zawierającej informacje o realizacji programu zdrowotnego, a w szczególności cel realizowanego programu, ramy czasowe

programu, kryteria i sposób kwalifikacji uczestników, zasady udzielania świadczeń w ramach programu oraz dane teleadresowe Świadczeniodawców/Realizatora,

- poinformować np. drogą elektroniczną, jednostki państwowe (ZUS, KRUS itp.), samorządowe (Wojewódzki Urząd Pracy i Powiatowe Urzędy Pracy, Ośrodki Pomocy Społecznej, Gminne i Miejskie wraz z jednostkami podległymi itp.) oraz podmioty działające

  w ramach podstawowej opieki zdrowotnej o realizacji programu zdrowotnego. Przekazać plakaty, ulotki informujące oraz edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.
- opublikować artykuły prasowe informujące i edukujące, o treściach przekazywanych w programie zdrowotnym.

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

Działania informacyjne powinny uwzględniać również proces aktywnej rekrutacji do programu, która może polegać na np.: kontakcie telefonicznym (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzeniu naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (lokalne ośrodki zdrowia, zakłady pracy, ośrodki rekreacyjne/sportowe itp.).

Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. plakatów, ulotek, grafik o treściach edukacyjnych.

3. Kwalifikacja do programu

Interwencja obejmie następujące kroki:

<u>Kwalifikacja do programu</u>

- zgłoszenie do programu potencjalnych uczestników
- weryfikacja spełnienia kryteriów (szczegółowy opis w części III.2)
- kwalifikacja do dalszego etapu (przeprowadzenie wywiadu, krótki opis dolegliwości bólowych)

4. Interwencje diagnostyczne i fizjoterapeutyczne

Diagnostyka

Pierwszy obligatoryjny element w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa to wizyta diagnostyczna. W programie zaplanowano łącznie 3 takie wizyty.

W trakcie pierwszej wizyty fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad i odpowiednie badanie przedmiotowe, w celu potwierdzenia przynależności do grupy wysokiego ryzyka (zgodnie z czynnikami ryzyka wskazanymi w Rekomendacji nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. AOTMiT), i na jego podstawie powinno zostać dostosowane dalsze postępowanie. Podczas wizyty oceniany będzie stan kliniczny pacjenta, w tym co najmniej intensywność bólu w VAS (wizualna skala analogowa) oraz poziom funkcjonalny. Zbierany będzie także wywiad chorobowy. W wywiadzie zaleca się zastosować algorytm, który ma na celu identyfikację rodzaju/fentoypu bólu u osób z przewlekłym bólem dolnego odcinka pleców, do których się zalicza ból nocyceptywny, neuropatyczny i nocyplastyczny. Ponadto zaleca się przeprowadzenie badania fizykalnego uwzględniającego ocenę obecności postępujących, lub w inny sposób poważnych, deficytów neurologicznych i innych alarmujących czynników tzw. „czerwonych flag". Do interwencji diagnostycznych powinny być włączone osoby z grupy docelowej z bólem trwającym powyżej 3 miesięcy.

W ramach pierwszej wizyty diagnostycznej uczestnik otrzyma skierowanie na działania rehabilitacyjne. Ustalony zostanie indywidualny plan rehabilitacji, zawierający wstępną ocenę stanu zdrowia pacjenta, liczbę i rodzaj zabiegów oraz informację o braku przeciwskazań do podjęcia rehabilitacji. W przypadku wystąpienia wątpliwości, co do kwalifikacji osoby do programu można wykorzystać narzędzie w postaci kwestionariusza STarT Back lub narzędzia zwalidowanego i zaadoptowanego do polskiej sytuacji, co pomoże w stratyfikacji ryzyka oraz podjęciu decyzji do dalszego postępowania.

W przypadku zidentyfikowania co najmniej jednego objawu ostrzegawczego lub innego przeciwwskazania do rehabilitacji, uczestnik kończy udział w programie.

W ramach programu przewidziana jest również wizyta kontrolna w połowie uczestnictwa w programie oraz wizyta podsumowująca na zakończenie uczestnictwa w programie. Celem wizyty kontrolnej będzie weryfikacja przyjętego cyklu terapeutycznego (z pomiarem parametrów), a także monitorowanie przebiegu interwencji. Natomiast na zakończenie zostanie przeprowadzona ponowna ocena stanu klinicznego pacjenta (intensywność bólu w VAS) w celu oceny skuteczności przeprowadzonych w programie interwencji.

Dodatkowo Realizator podczas wizyt powinien zaplanować elementy edukacyjne na temat m.in. neurologii bólu oraz porad ergonomicznych.

Fizjoterapia oraz fizykoterapia

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała, poprawa lub zahamowanie pogłębiania się schorzenia kręgosłupa. Wszystkie osoby z chorobą kręgosłupa będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych w zależności od indywidualnych możliwości i predyspozycji.

Działania rehabilitacyjne będą prowadzone indywidualnie z każdym uczestnikiem. Program rehabilitacji będzie zgodny z liczbą i rodzajem ćwiczeń, które zostaną zawarte w skierowaniu wydanym na pierwszej wizycie diagnostycznej.

Zgodnie z rekomendacją AOTMiT w ramach działań związanych z przewlekłym bólem wyklucza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja) oraz stosowania technik obrazowania w diagnostyce bólów kręgosłupa przy braku dodatkowych objawów.

Wśród zaplanowanych interwencji powinny znaleźć się takie działania jak:

- masaż (WHO 2023) lub mobilizacja tkanek miękkich w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
- metoda neuromobilizacji w połączeniu z innymi metodami terapii (APTA 2021;
- terapia manipulacyjna kręgosłupa (WHO 2023, VA/DoD 2022, APTA 2021);
- terapie igłowe, jak akupunktura (WHO 2023) lub w połączeniu z innymi terapiami (APTA 2021);
- ćwiczenia fizyczne ukierunkowane na wzmocnienie mięśni tułowia (APTA 2021);
- ogólny trening fizyczny (APTA 2021).

Należy pamiętać, iż rekomenduje się indywidualne podejście do pacjenta i dobór sposobu terapii ze względu na rodzaj/fenotyp bólu, co oznacza, iż uczestnik powinien otrzymać takie wsparcie jakiego potrzebuje. Rekomendowane są ustrukturyzowane terapie lub program (WHO 2023, VA/DoD 2022).

Dodatkowo Realizator powinien zaplanować elementy edukacyjne wzmacniające przeprowadzane w ramach programu interwencje. Treści edukacyjne powinny być zgodne z zaleceniami wskazanymi w Rekomendacji nr 70/2025.

Można również oferować uczestnikom możliwość wzięcia udziału w terapii poznawczo-behawioralnej.

Zgodnie z rekomendacjami pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować się, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Na potrzeby określenia budżetu programu wskazano ilość spotkań z pacjentem tj. min. 36, natomiast format ćwiczeń i ich liczebność powinna wynikać z indywidualnych potrzeb każdej osoby.

Terapia ruchowa z elementami edukacji zdrowotnej

Dodatkowo kolejnym elementem będzie terapia ruchowa z elementami edukacji zdrowotnej w wymiarze min. 4 spotkania po 45 minut, która zostanie dostosowana do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Terapia ruchowa może obejmować takie elementy jak: joga, ćwiczenia stabilizacyjne, trening kontroli motorycznej oraz ćwiczenia wzmacniające i rozciągające. Natomiast zakres tematyczny edukacji zdrowotnej prowadzonej podczas zajęć powinien dotyczyć w szczególności ergonomii oraz neurologii bólu. Edukacja powinna być prowadzone główne w formie poradnictwa.

Każdy uczestnik powinien otrzymać materiały z opisem ćwiczeń oraz ich dawkowania, które powinien samodzielnie wykonywać w domu. W celu osiągniecia trwałości uzyskanego efektu każdy uczestnik powinien zostać poinformowany o zaleceniach dalszego postępowania oraz jeśli jest to wskazane – przygotować długoterminowy plan aktywności fizycznej z uwzględnieniem form aktywności preferowanych przez konkretną osobę.

Personel medyczny powinien promować wśród uczestników powrót do pracy lub normalnej codziennej aktywności osobom z bólami krzyża oraz doradzać, aby kontynuowali zwykłą aktywność fizyczną zgodnie z tolerancją bólu.

Edukacja zdrowotna

Zakres tematyczny interwencji edukacyjnych powinien obejmować informacje na temat czynników ryzyka zarówno tych środowiskowych, biochemicznych jak i mechanicznych.

Ponadto powinien obejmować:
- porady i informacje pomocne w samodzielnym radzeniu sobie z bólem kręgosłupa;
- informacje o specyfikacji bólu (ergonomia oraz neurobiologia bólu);
- podstawowe informacje o jednostce chorobowej;
- informacje o roli aktywności fizycznej w leczeniu oraz prewencji bólu kręgosłupa;
- instruktaż dobierania odpowiedniego rodzaju oraz intensywność aktywności fizycznej;
- informacje o samodzielnym wykorzystywaniu czynników fizykalnych takich jak ciepło i zimno, w celu samodzielnego łagodzenia bólu;
- zasady ergonomii i/lub opisujące prawidłową postawę;
- kwestie somatycznych, psychologicznych i społecznych aspektów przewlekłego bólu;
- informacje nt. sposobów zapobiegania przewlekłym bólom kręgosłupa (eksperci kliniczni).

Każdy uczestnik weźmie udział obowiązkowo w jednym spotkaniu edukacyjnym czas trwania min. 90 min.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Jeśli uczestnik nie uzyskał w post-teście wyniku wskazującego na wysoki poziom wiedzy, należy zapewnić mu możliwość powtórzenia wiedzy edukacyjnej, a następnie ponowne wypełnienie post-testu.
Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką bólu kręgosłupa np. breloki, magnesy, zabawki, książki.
Działania edukacyjne w ramach polityki zdrowotnej powinny być zróżnicowane, dostosowane do konkretnych grup docelowych oraz oparte na aktualnych potrzebach społecznych. Ważne jest, aby były prowadzone w sposób angażujący i dostępny dla wszystkich.
Należy w pierwszej kolejności wykorzystać dostępne gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich).

Realizator może stosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy pośród uczestników. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo zaleca się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt diagnostycznych oraz fizjoterapeutycznych i terapii ruchowej.

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

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

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

Program będzie realizowany zgodnie z warunkami określonymi w Programie Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021–2027 przez podmioty wybrane w ramach konkursu, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z Ustawą o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 [57]. Będzie on ogłoszony na

podstawie obowiązującego „Harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie dla programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021–2027”.

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Projekty mogą być realizowane w partnerstwie. W ramach każdego projektu musi być zaangażowany co najmniej jeden podmiot leczniczy, który będzie pełnił funkcję lidera bądź partnera.

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

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

Program powoduje zwiększenie dostępności do omawianych świadczeń oraz stanowi rozszerzenie oferty płatnika publicznego, m.in. dzięki działaniom edukacyjnym organizowanym, które nie są oferowane w ramach usług finansowanych z NFZ. Świadczenia w programie będą charakteryzowały się kompleksowością postępowania, a także będą miały charakter zindywidualizowanego podejścia do uczestnika, z uwzględnieniem jego problemu zdrowotnego i możliwych do osiągnięcia efektów interwencji. Ponadto powinny być dostosowane do statusu uczestnika na rynku pracy tj. wsparcie organizowane poza godzinami pracy (godziny popołudniowe, weekendy).

W celu wykluczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczenia będą organizowane dla osób, które w chwili przystąpienia do programu oraz w okresie korzystania z poszczególnych świadczeń ustalonych w programie nie będą pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa, finansowanym z NFZ.

Uczestnictwo w programie nie będzie wpływało na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, po zakończeniu uczestnictwa w programie.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą informowani o jego źródłach finansowania, zasadach realizacji i warunkach uczestnictwa.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

W przypadku osób, u których nie wystąpią wskazania do uczestnictwa w dalszych etapach programu, udział w programie zakończy się na działaniach informacyjno-promocyjnych i kwalifikacyjnych.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego na piśmie, które zostanie dołączone do jego dokumentacji.

Właściwe zakończenie udziału w programie następuje po odbyciu wizyty podsumowującej podczas której wykonany zostanie ponownie test funkcjonalny, weryfikujący stan zdrowia uczestnika po odbytym świadczeniu, ocena intensywności bólu VAS występującego u uczestnika oraz anonimowa ankieta satysfakcji pacjenta.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

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

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

Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami:

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

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

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

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

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

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

Bezpieczeństwo planowanych interwencji

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

Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa ustalonych dla odpowiednich procedur medycznych. Wyroby medyczne stosowane podczas interwencji będą spełniały kryteria bezpieczeństwa oraz normy wyznaczone dla tego typu świadczeń [58, 59]. Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań [62].

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

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

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach

inwalidzkich. Urządzenia wykorzystywane do prowadzenia zabiegów fizykoterapeutycznych zostaną zlokalizowane w sposób zapewniający intymność pacjenta. Zakład rehabilitacji zapewni pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych [60].

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

W związku z obowiązkiem ochrony danych osobowych dane uczestników będą podlegały ochronie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [56].

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

1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej
2) uchwalenie programu polityki zdrowotnej przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego oraz przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności tego programu z rekomendacją Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych (zwanych dalej: beneficjentami), spełniających warunki określone w dalszej części programu
4) podpisanie umowy na realizację programu
5) przeprowadzenie opisanych w programie PPZ interwencji
6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem
7) rozliczenie finansowe, zakończenie realizacji programu
8) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

W ramach każdego projektu Realizator zobowiązany jest do realizacji wszystkich interwencji zaplanowanych w programie opisanych w punkcie III.3, przy czym świadczenia rehabilitacyjne muszą zostać udzielone przez podmiot leczniczy.

Pierwszym etapem programu dla Realizatora będzie przeszkolenie personelu medycznego programu oraz akcja informacyjno-promocyjna skierowana do adresatów

programu zdrowotnego. Osoby z grupy docelowej zostaną poinformowane m.in. o niebezpieczeństwach związanych z przewlekłym bólem kręgosłupa oraz przede wszystkim o ramach organizacyjnych programu polityki zdrowotnej.

Drugi etap realizacji programu to kwalifikacja uczestników, po której nastąpi przeprowadzenie zaplanowanych w programie interwencji tj.:

- działania w ramach wizyt diagnostycznych
- działania fizjoterapeutyczne
- działania terapii ruchowej z elementami edukacji zdrowotnej
- działania edukacyjne.

Do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający kryteria włączenia i kryteria wyłączenia.

Kwalifikacja będzie przeprowadzana przez personel medyczny projektu i będzie polegała na weryfikacji ww. kryteriów określonych w punkcie III.2

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

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

Po uzyskaniu zgody uczestnika na udział w programie i procesie kwalifikacji, podczas wizyty diagnostycznej zostaje ustalony indywidualny plan rehabilitacji, w tym ustalone z pacjentem cele m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne (załącznik d), uwzględniając przy tym obok założeń programu także preferencje pacjenta.

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

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencje	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenie personelu medycznego	• Eksperci: - lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa oraz - fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa.
Edukacja	• Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia, kompetencji i umiejętności dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.
Wizyta kwalifikacyjna	• Personel medyczny przeszkolony w ramach działań zaplanowanych w programie
Interwencje diagnostyczne i terapeutyczne	• Fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa, lub fizjoterapeuta po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego, • Osoby uprawnione do prowadzenia tego typu zajęć/ świadczeń zgodnie z przepisami prawa.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

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

Monitorowanie będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji programu. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna zostać prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób, poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób, które wzięły udział w diagnostyce;
- liczba osób, którym wykonano zabiegi fizjoterapeutyczne;
- liczba osób, którym wykonano zabiegi z terapii ruchowej z elementami edukacyjnymi;
- liczba osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn.

Ponadto oprócz pomiarów i analizy mierników efektywności beneficjent ma obowiązek prowadzenia monitoringu danych pierwotnych składających się na obliczenie mierników efektywności, tj.:

- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego pre-testu

- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego post-testu
- liczba uczestników z grupy personelu medycznego wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego pre-testu
- liczba uczestników z grupy personelu medycznego wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego post-testu
- liczba uczestników zakwalifikowanych do programu wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego pre-testu
- liczba uczestników zakwalifikowanych do programu wraz ze wskazaniem wyników z przeprowadzonego post-testu
- liczba osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, które uczestniczyły w interwencji fizjoterapeutycznej (ocena wstępna za pomocą VAS)
- liczba osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, które uczestniczyły w interwencji fizjoterapeutycznej (ocena końcowa za pomocą VAS).

Dane te są niezbędne do prawidłowego monitorowania programu, a następnie do przeprowadzenia ewaluacji.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Nad utrzymaniem wysokiej jakości świadczeń będzie czuwał Beneficjent realizujący program. W jej bieżącym monitorowaniu pomoże ankieta oceny jakości udzielanych świadczeń. Zostanie ona udostępniona wszystkim uczestnikom, którzy będą mogli ją wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze (patrz załącznik b do programu) będą okresowo zbierane i oceniane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia ze świadczonych usług medycznych. Wnioski wyciągnięte z ich analizy posłużą do zwiększenia jakości prowadzonego programu i podniesienia poziomu zadowolenia uczestników. Podsumowanie wyników ankiety tj. zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez

uczestników będzie przedstawiane Instytucji Zarządzającej w corocznym sprawozdaniu oraz raporcie końcowym.

V.2. Ewaluacja

Ewaluację powinna zostać przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test,
- odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- odsetek osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS)
- odsetek osób, uczestniczących w interwencjach organizowanych w ramach programu, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).

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

Ewaluacja powinna zostać przeprowadzona przez Instytucję Zarządzająca po zakończeniu całego programu.

Za ewaluację całego programu odpowiedzialna jest Instytucja Zarządzająca.

Program planowany jest na lata 2026-2028, jednak możliwe będzie wprowadzenie jego kontynuacji w kolejnych interwałach czasowych. Będzie to limitowane dostępnymi środkami finansowymi oraz pozytywną oceną efektywności programu.

V.3. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2026–2028. W kolejnych latach do akcji będą zapraszane następne osoby wchodzące w wiek kwalifikujący je do wzięcia udziału w interwencji.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Instytucja Zarządzająca programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 - Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „Program polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa" zaplanowała kwotę 2 235 294,12 EURO (Dofinansowanie tj. środki UE oraz budżet państwa).

Do oszacowania całkowitej kwoty przeznaczonej na Program wykorzystano przelicznik 1-EURO – 4,324 zł.[15] co daje kwotę 9 665 411,77 zł . Mając na uwadze różnice w kursach walut oraz warunki wskazane w ogłoszeniu o naborze, wartości zaplanowanej kwoty na dany Program mogą ulec zmianie i ostatecznie zostaną określone w regulaminie konkursu.

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

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia. Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Regulaminie wyboru projektów;* Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027; Wytycznych dotyczących kwalifikowalności 2021-2027 oraz pozostałych wytycznych oraz dokumentów wskazanych na stronie ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej.

[15] Kurs z dnia 11.06.2024 r.
https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-pln.en.html

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

VI.1 Koszty jednostkowe

Tabela 4. Założenia całkowitego budżetu programu

Uczestnicy programu	Budżet całkowity programu	Koszt całkowity uczestnictwa w programie
Około 2 029 osób	9 665 411,77 zł	Około 4 763,63 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Koszty jednostkowe programu można podzielić na następujące elementy:

- koszt szkolenia personelu medycznego
- koszt procesu kwalifikacyjnego
- koszty interwencji diagnostycznej, fizjoterapeutycznej i terapii ruchowej
- koszty działań edukacyjnych
- koszty zarządzania projektem

Szczegółowe składowe opisano poniżej.

Koszt szkolenia personelu medycznego

Wydatki obejmują organizację szkolenia, dla około 84 osoby personelu medycznego. Zakłada się, że każdy pracownik medyczny uczestniczący w programie zostanie przeszkolony. Prelegentami szkoleń/warsztatów będą eksperci, którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Szkolenia będą dotyczyły zwiększenia umiejętności indywidualnych uczestników w zakresie metod profilaktyki, diagnostyki, różnicowania, leczenia i rehabilitacji bólów kręgosłupa. Szacowana kwota uwzględnia koszty dofinansowania szkolenia zewnętrznego w zakresie tematyki objętej programem lub koszty organizacji własnego szkolenia przez Realizatora programu. W przypadku organizacji wewnętrznych szkoleń/warsztatów kwota obejmuje koszty: wynajmu sali, obsługi technicznej, wynagrodzenia prelegentów (ekspertów), cateringu, materiałów szkoleniowych, przygotowania certyfikatów/zaświadczeń ukończenia szkolenia.

Liczba jednostek administracyjnych w województwie warmińsko mazurskim wynosi 21 (miasta na prawach powiatu - 2, powiaty - 19), można zatem szacować, iż średnio 4 specjalistów zostanie zaangażowanych w realizacje wsparcia w każdym z nich.

Zatem szacunkowy koszt całkowity szkolenia personelu medycznego uczestniczącego przy realizacji programu wyniesie:

84 osoby x 500,00 zł = 42 000,00 zł.

Powyższa liczba jest jedynie szacunkiem niezbędnym do określenia budżetu programu. W sytuacji, gdy za realizację programu będzie odpowiadało kilku Beneficjentów, szkolenie dotyczyło będzie wyłącznie personelu zaangażowanego w danym projekcie tj. jeden Beneficjent zatrudni 4 specjalistów, zatem będzie odpowiedzialny za przeszkolenie 4 osób.

Tabela 5. Składniki kosztów szkolenia personelu

Lp.	Rodzaj kosztów	Koszt ogółem
1	Szkolenie personelu medycznego	42 000,00 zł
2	Koszty pośrednie	10 500,00 zł
	SUMA	52 500,00 zł

Koszty kwalifikacji, interwencji diagnostycznych, fizjoterapeutycznych, terapii ruchowej z elementami edukacyjnymi i edukacji

Szacuje się, że koszt pracy personelu wykonującego czynności podczas procesu kwalifikacyjnego do programu wyniesie 100,00 zł.

W ramach działań diagnostycznych przewidziano co najmniej trzy wizyty diagnostyczne dla każdego uczestnika programu. Koszt jednej wizyty szacuje się na mniej więcej 200,00 zł/osobę. Biorąc pod uwagę powyższe dane, minimalny koszt cyklu wizyt można określić w przybliżeniu na 600 zł/osobę.

Kolejnym składnikiem kosztu jednostkowego są koszty dotyczące spotkań w ramach działań fizjoterapeutycznych.

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

Dodatkowo kolejnym elementem będzie terapia ruchowa z elementami edukacji zdrowotnej w wymiarze min. 4 spotkania po 45 minut, która zostanie dostosowana do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności.

Wielkość grupy w ramach terapii ruchowej z edukacją zdrowotną szacuje się na ok. 15 osób. Wynagrodzenie osoby prowadzącej za jedno spotkanie szacuje się na 450,00 zł., co w przeliczeniu na jednego uczestnika wynosi 30,00 zł/spotkanie. W związku z powyższym można przyjąć, że całkowity koszt terapii ruchowej z edukacją na jednego uczestnika wyniesie 4 spotkania x 30,00 zł czyli 120,00 zł.

Kolejno w ramach działań edukacyjnych zaplanowano organizację spotkania edukacyjnego, przewidywany czas trwania min. 90 min. Spotkanie będzie dotyczyło m.in. ergonomii pracy, prawidłowego odżywiania, nauki ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu (w zależności od stwierdzonego schorzenia).

Wielkość grupy na spotkaniu edukacyjnym szacuje się na ok. 15 osób. Wynagrodzenie osoby prowadzącej za jedno spotkanie szacuje się na 750,00 zł, co w przeliczeniu na jednego uczestnika wynosi 50,00 zł.

Ponadto w ramach działań edukacyjnych uwzględnione zostaną: koszty materiałów przekazywanych dla uczestników podczas spotkania, w tym gadżety związane z profilaktyką bólów kręgosłupa.

Powyższe koszty stanowią:
koszty grupowych zajęć edukacyjnych dla pacjentów: 2029 osób x 50 zł = 101 450,00 zł.
koszt materiałów przekazywanych podczas spotkań: 2029 osób x 40 zł = 81 160,00 zł.
Koszt całkowity działań edukacyjnych: 182 610,00 zł.

Podsumowanie składników kosztów jednostkowych przedstawia poniższe tabele:

Tabela 6. Składniki kosztów jednostkowych oraz ich wartość dotyczące osób, które otrzymają pełne wsparcie

Lp.	Nazwa elementu	Pełny panel badań wartość (zł)
1.	Koszt procesu kwalifikacyjnego do programu	100,00
2.	Koszt spotkań w ramach interwencji diagnostycznej, fizjoterapeutycznej, terapii ruchowej i edukacji	3 690,0
3.	Łączne koszty bezpośrednie (1 + 2)	3 790,00
5.	Koszty pośrednie (do 25% pozycji 3)	947,50
6.	**Łączny koszt dla 1 uczestnika programu objętego terapią indywidualną**	**4 737,50**

Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając powyższe wyliczenia, średni koszt jednostkowy uczestnika programu można określić na mniej więcej 4 737,50 zł/osobę. Posiadane środki finansowe umożliwiają włączenie do programu około 2029 osób do części obejmującej terapię indywidualną w obszarze profilaktyki i rehabilitacji.

Ostatnią częścią składową kosztów jednostkowych są koszty zarządzania projektem. Elementy wchodzące w ich skład przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Składniki kosztów zarządzania projektem

Lp.	Nazwa elementu
1	Nadzór nad realizacją programu
2	Działania informacyjno-promocyjne
3	Opracowanie raportów
4	Ewaluacja i monitoring działań wykonanych w ramach programu, przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta
5	Koszty organizacyjno-administracyjne

Źródło: opracowanie własne.

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić 25 % całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

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

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

Dodatkowo do wszystkich osób z grupy docelowej będą skierowane działania informacyjno-promocyjne w celu przybliżenia informacji o projekcie oraz przekazaniu podstawowych informacji o profilaktyce związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa.

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

VI.2. Koszty całkowite

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

- Koszty bezpośredniej realizacji działań w obszarze rehabilitacji leczniczej:
  - Koszt szkolenia personelu medycznego;
  - Koszt procesu kwalifikacyjnego do programu,
  - Koszty interwencji diagnostycznej, fizjoterapeutycznej i terapii ruchowej z elementami edukacyjnymi
  - Koszt działań edukacyjnych

- działania organizacyjne (koszty pośrednie):
  - Koszt działań informacyjno-promocyjnych
  - Działania administracyjne związane z obsługą projektu: katalog kosztów oraz ich wysokość muszą być zgodne z *Wytycznych dotyczących kwalifikowalności 2021-2027,*
  - Wysokość kosztów ostatecznie będzie uzależniona od wartości poszczególnych projektów,
  - Wysokość kosztów pośrednich regulują przedmiotowe wytyczne.

Maksymalne koszty całkowite (tab. 4), zgodnie z decyzją Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 w Województwie Warmińsko-Mazurskim – Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego na realizację „Programu polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa.”, określono na kwotę 9 665 411,77 zł.

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

Rodzaj kosztów	Kwota (zł)
Koszty działań indywidualnych	9 612 911,77
Koszt szkolenia personelu	52 500,00
Razem	9 665 411,77

Źródło: opracowanie własne.

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

VI.3. Źródła finansowania

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

VII. Bibliografia

1. Klimiuk P.A., Kuryliszyn-Moskal A.: *Choroba zwyrodnieniowa stawów*. Reumatologia 2012; 50: 162–165.
2. Stanisławska-Biernat E., Świerkot J., Tłustochowicz W.: *Spondyloartropatie*. Reumatologia 2012; 50: 93–102.
3. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: *Reumatoidalne zapalenie stawów*. Reumatologia 2012; 50: 83–90.
4. Pratt A.G., Isaacs J.D., Mattey D.L.: *Current concept in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis*. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2009; 23: 37–48.
5. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W.J.: *Rheumatoid arthritis*. Lancet 2010; 376: 1094–1108.
6. Arden N., Nevitt M.C.: *Osteoarthritis: Epidemiology*. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2006; 20: 3–25.
7. Maly M.R., Robbins S.M.: *Osteoarthritis Year in Review 2014: Rehabilitation and outcomes*. Osteoarth. Cartilage 2014; 22(12): 1958–1988.
8. Wittenauer R., Smith L., Aden K.: *Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation"*. Background Paper 6.12 Osteoarthritis. 2013, http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_12Osteo.pdf?ua=1 [dostęp: 18.11.2016].
9. Raciborski F., Gasik R., Kłak A.: *Disorders of the spine. A major health and social problem*. Reumatologia 2016; 54(4): 196–200.
10. Milanow I., Zespoły bólowe, Pediatr Med Rodz 2014, 10(3), s.253-264, http://pimr.pl/artykul.php?a=696, [dostęp: 20.06.2023].
11. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy), Raport nr: OT.423.3.2019.
12. International Association for the Study of Pain 2010, http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/MusculoskeletalPainFactSheets/MusculoskeletalPain_Polish.pdf [dostęp: 01.11.2016].
13. Kocot-Kępska M.: *Ból mięśniowo-szkieletowy – epidemiologia, patofizjologia, leczenie*, http://www.mp.pl/bol/wytyczne/119763,bol-miesniowo-szkieletowy-epidemiologia-patofizjologia-leczenie [dostęp: 01.11.2016].
14. Bugajska J. et al.: *Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych*. Med. Pracy 2011; 62(2): 153–160.

15. EUMUSC.NET. *Musculoskeletal Health in Europe*, http://www.eumusc.net/myUploadData/files/30%20August%20Final%20draft%20report.pdf [dostęp: 10.09.2016].
16. European Commission 2007. He*alth in the European Union. Special Eurobarometer 272. 2007*, http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf [dostęp: 10.04.2016].
17. *Musculoskeletal Disorders and the European Workforce: The Facts*. Fit for Work Europe, 2012.
18. Zheltoukhova K., Bevan S., Reich A.: *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce*. The Work Foundation, London 2011.
19. Rekomendacja nr 70/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.
20. Silman A.J., Pearson J.E.: *Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis*. Arthritis Res. 2002; 4, 3 Suppl: S265–S272.
21. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html.
22. Invernizzi P., Miozzo M., Selmi C. et al.: *X chromosome monosomy: A common mechanism for autoimmune diseases*. J. Immunol. 2005; 175: 575–578.
23. Coenen P., Smith A., Paananen M. et al.: *Trajectories of low-back pain from adolescence to young adulthood*. Arthritis Care Res. (Hoboken) 2016; doi: 10.1002/acr.22949. Epub ahead of print.
24. Van Boxem K., Van Zundert J., Van Zundert J. et al.: *Pseudoradicular and radicular low-back pain: How to diagnose clinically?* Pain 2008; 135(3): 311–312 (author reply 313–315).
25. Ogdie A., Langan S., Love T. et al.: *Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK*. Rheumatology 2013; 52: 568–575.
26. *ACR OA Guidelines. Non-pharmacological Knee and Hip*, 09.2009, http://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR%20OA%20Guidelines%20Non-pharmacological%20-%20Knee%20and%20Hip.pdf [dostęp: 18.11.2016].
27. McAlidon T.E., Babburu R.R., Sullivan M.C. et al.: *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis*. Osteoarth. Cartilage 2014; 22: 363–388.
28. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r. o projekcie programu „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2013-2017”.

29. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS), http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Osteoarthritis/default.asp [dostęp: 18.11.2016].
30. Gabriel S.E., Michaud K.: *Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases.* Arthritis Res. Ther. 2009; 3: 229, doi: 10.1186/ar266.
31. Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al.: *Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II*. Arthritis Rheum. 2008; 58(1): 26–35.
32. Cross M., Smith E., Hoy D. et al. *The global burden of rheumatoid arthritis: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study*. Ann. Rheum. Dis. 2014: 73(7): 1323–1330.
33. Dean L.E., Jones G.T., Macdonald A.G. et al**.** *Global prevalence of ankylosing spondylitis*. Rheumatology (Oxford) 2014; 53: 650–657.
34. Oliver J.E., Silman A.J.: *What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases*. Arthritis Res. Ther. 2009; 11(3): 223, doi: 10.1186/ar2585.
35. GUS: *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. – notatka informacyjna*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2015.
36. Hoy D., March L., Brooks P. et al.: *The global burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study*. Ann. Rheum. Dis. 2014; 73(6): 968–974, doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428. Epub 2014 Mar 24.
37. Hoy D., Bain C., Williams G. et al.: *A systematic review of the global prevalence of low back pain*. Arthritis Rheum. 2012; 64(6): 2028–2037, doi: 10.1002/art.34347. Epub 2012 Jan 9.
38. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.,https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/ [dostęp z dnia 12.02.2024 r.].
39. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: *Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej*, https://statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2022.htm [dostęp: 13.02.2024].
40. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. *Chorobowość szpitalna – średnia długość pobytu w dniach*, http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2014szac.htm [dostęp: 14.10.2016].

41. Moskalewicz B., Wojtyniak B., Goryński P. et al.: *Nasze zdrowie, nasze dolegliwości – Raport z badań dotyczących rozpowszechnienia chorób reumatycznych w Polsce*. Instytut Reumatologii i Narodowy Instytut Zdrowia. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/raport/Raport.pdf [dostęp: 14.10.2016].
42. Portal Statystyczny ZUS, http://psz.zus.pl/ ; https://psz.zus.pl/kategorie/orzecznictwo-lekarskie [dostęp z dnia; 12.02.2024 r.]
43. Portal Statystyczny ZUS; https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa +w+2022+roku.pdf/3b513577-14ff-b305-c027-057185113d4b?t=1690961887922 [dostęp: 16.02.2024 r.].
44. Śliwczyński A., Raciborski F., Kłak A. et al.: *Prevalence of ankylosing spondylitis in Poland and costs generated by AS patients in the public healthcare system*. Rheumatol. Int. 2015; 35(8): 1361–1367.
45. Rocznik Statystyczny Pracy 2023; Warszawa 2023 r.; Aktywność ekonomiczna ludności w województwie warmińsko-mazurskim w 4 kwartale 2022 r.
46. GUS: *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym 2022 r.*
47. GUS: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2015 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
49. Narodowy Fundusz Zdrowia (2025). Moje Fizjo+. Pozyskano z: https://mojefizjo.nfz.gov.pl/, dostęp z 05.11.2025.
50. Ustawa z dnia z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, https://sip.lex.pl/#/act/16789274/2026-01-27/event?unitId=dz(1)&pit=2026-03-19
51. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.
52. Narodowy Fundusz Zdrowia (2022). Przewlekłe bóle kręgosłupa - Środa z Profilaktyką w OW NFZ. Pozyskano z: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/przewlekle-bole-kregoslupa-sroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,574.html, dostęp z 05.11.2025.
53. EUMUSC.NET. Musculoskeletal Health in Europe.
54. GUS: *Aktywność ekonomiczna ludności w województwie warmińsko-mazurskim w 4 kwartale 2022 r.*

55. KRAJOWY PLAN TRANSFORMACJI na lata 2022–2026,https://dziennikmz.mz.gov .pl/DUM_MZ/2024/146/akt.pdf.
56. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
57. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
58. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
59. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r.
60. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. z 2010 r.
61. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
64. *Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej*, z dnia 6 grudnia 2010 roku, http://krasuski.com/wytyczne.html [dostęp: 01.11.2016].
65. *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, Warszawa 2013.
66. WHO, http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/ [dostęp: 14.10.2016].
67. WHO, *Community-based rehabilitation: CBR Guidelines*. Introductory Booklet 2010.
68. *Poland. Bank Światowy. Europe 2020. Fueling Growth and Competitiveness in Poland Through Employment, Skills, and Innovation. Overview*. World Bank Human Development and Private and Financial Sector Development Departments, Washington 2011.
69. WHO: *Disability and health*, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/ [dostęp: 01.11.2016].
70. WHO: *Światowy raport o niepełnosprawności – podsumowanie*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/40/WHO_NMH_VIP_11.01_pol.pdf?ua =1 [dostęp: 14.10.2016].
71. Wytyczne National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR). http://www.ncddr.org/about.html [dostęp: 14.10.2016].
72. Bennell K., Hall M., Hinman R.S.: *Osteoarthritis year in review 2015: Rehabilitation and outcomes*. Osteoarth. Cartilage. 2016; 24(1): 58–70.

73. Beumer L., Wong J., Warden S.J. et al.: *Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: Aa systematic review and meta-analysis*. Br. J. Sports Med. 2016; 50(8): 458–463.
74. Shengelia R., Parker S.J., Ballin M. et al.: *Complementary therapies for osteoarthritis: Are they effective?* Pain Manag. Nurs. 2013; 14(4): e274–288.
75. Jesus TS, Landry MD, Hoenig H. Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. International Journal of Environmental Research and Public Health 2019;16:E980; https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/.
76. https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2022.pdf/d612968c-f02f-26b8-9ce2-0a03db382447?t=1682063395096.
77. www.emedica.pl.
78. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podnosi rangę rehabilitacji - Głos Fizjoterapeuty (glosfizjoterapeuty.pl).
79. Łaszewska A., Laskowska B., Natkaniec M. et al.: Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby, epidemiologia, uwarunkowania ekonomiczne. dane-i-analizy.pl Sp. z o.o., Kraków 2014.

VIII. Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ NA RZECZ MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA AKTYWNYCH ZAWODOWO MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I REHABILITACJI LECZNICZEJ ZWIĄZANEJ Z PRZEWLEKŁYM BÓLEM KRĘGOSŁUPA

1. **Sprawozdanie**
   - ☐ miesięczne, za miesiąc
     ……
   - ☐ roczne, za rok
     ……

2. **Informacji dot. uczestników programu:** ……

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

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……..…

   …….. ……
   Data Podpis

b. Ankieta satysfakcji

Ankieta satysfakcji uczestnika programu polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie procesu kwalifikacji?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
a. *Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. *Troska o pacjenta w trakcie rozmowy*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. *Sprawność obsługi*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. *Kompetentna informacja*	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki medycznej w trakcie wizyty diagnostycznej?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
a. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. *Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. *Punktualność*	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki w trakcie interwencji fizjoterapeutycznej i terapii ruchowej z elementami edukacyjnymi?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
a. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. *Komunikatywność (wyczerpujące* i *zrozumiałe przekazywanie informacji)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. *Punktualność*	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak ocenia Pan(i) poziom opieki w trakcie interwencji edukacyjnej ?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Inne uwagi

……
……
……

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom. Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

c. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W

PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I REHABILITACJI LECZNICZEJ ZWIĄZANEJ Z PRZEWLEKŁYM BÓLEM KRĘGOSŁUPA

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

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

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

Pacjent:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)/numer telefonu

Podpis i data złożenia podpisu

(ręką pacjenta)

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

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA

d. Skierowanie do udziału w Programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa

Dane osoby kierującej do programu	Data: **Skierowanie do udziału w programie polityki zdrowotnej dla aktywnych zawodowo mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie profilaktyki i rehabilitacji leczniczej związanej z przewlekłym bólem kręgosłupa**

Proszę o wykonanie zabiegów fizjoterapeutycznych u Pacjenta:		
Pesel:		
Imię i Nazwisko:		
Adres zamieszkania		
Ulica/Osiedle Nr domu		Nr mieszania
Miejscowość	Kod pocztowy	
Powiat	Województwo Warmińsko-Mazurskie	
Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych) (ICD-10):		
Choroby przebyte i współistniejące oraz inne czynniki, w tym wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta lub przyjmowanie niektórych leków, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji lub na postępowanie fizjoterapeutyczne:		
	Pieczęć i podpis lekarza	