



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ

DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

W ZAKRESIE CHOROÓB NARZĄDU RUCHU

okres realizacji programu polityki zdrowotnej	2023-2029
podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź
w składzie	Aleksandra Kuśmierczak Anna Pasikowska Mikołaj Żelanka-Żeleński Jarosław Majewski

Łódź, październik 2023 r.
(wersja zaktualizowana w grudniu 2025 r.)

Autorzy niniejszego Programu dziękują

dr hab. n. med. Maciejowi Krawczykowi – przedstawicielowi środowiska fizjoterapeutów,

dr n. kf. Renacie Szczepaniak – p. o. Kierownika Pabianickiego Centrum Rehabilitacji w Pabianickim Centrum Medycznym,

lek. med Tomaszowi Pryclowi – ekspertowi w obszarze współpracy i tworzenia projektów zdrowotnych z jednostkami samorządu terytorialnego oraz programów polityki zdrowotnej, Dyrektorowi Zarządzającemu w Stowarzyszeniu CEESTAHC, Prezesowi Europejskiej Fundacji Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych

za okazaną pomoc i możliwość konsultacji wątpliwych kwestii, za uwagi i sugestie.

Dziękujemy również **przedstawicielom podmiotów wykonujących działalność leczniczą** realizujących projekty dotyczące „*Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy*”, którego doświadczenia staraliśmy się wykorzystać, w tym przedstawicielom podmiotów z mniejszych ośrodków – których specyfikę też staramy się zawsze uwzględniać – za poświęcenie czasu na konsultacje i spotkania, podzielenie się z nami spostrzeżeniami pozwalającymi skonfrontować założenia zapisane w ww. programie z praktyczną stroną realizacji projektów.

Naszą intencją pozostaje przygotowywanie programów polityki zdrowotnej zgodnych z wymogami medycyny opartej na dowodach, spełniających wszystkie formalne wymagania, ale również uwzględniających realia i doświadczenia praktyczne oraz aby w możliwie dużym stopniu były one atrakcyjne dla pacjentów i realizatorów, ale też trafnie uzupełniały istniejącą ofertę świadczeń finansowanych z krajowych środków publicznych.

„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” został opracowany w okresie październik – grudzień 2022 roku. W treści wprowadzono zmiany wynikające z uwag zawartych w Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 8/2023 z dnia 28 lutego 2023 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”, wydanej na podstawie art. 48a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a także zmiany związane z określonymi później wymogami i ustaleniami w zakresie ewaluacji związanymi z wdrażaniem Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027” (FEŁ 2027).

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.
3. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027.
4. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.
5. Program Regionalny „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027”.
6. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030” - załącznik do Uchwały Nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.
7. „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027” – załącznik do Uchwały Nr 738/21 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 10 sierpnia 2021 r.

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	6
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	6
I.1.1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	6
I.1.2 Charakterystyka niektórych z najpowszechniej występujących chorób z pośród grup objętych programem polityki zdrowotnej.....	11
I.2 Epidemiologia	18
I.2.1 Dane dotyczące województwa łódzkiego	18
I.2.2 Dane dotyczące chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej mieszkańców województwa łódzkiego na tle Polski	21
I.2.3 Dane dotyczące świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w obszarze chorób grzbietu i kręgosłupa udzielonych w latach 2019-2021 r. na terenie województwa łódzkiego	25
I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	28
I.3.1 Rehabilitacja finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia	29
I.3.2 Rehabilitacja finansowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych	30
I.3.3 Rehabilitacja finansowana w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.....	31
I.3.4 Rehabilitacja finansowana z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON)	32
I.3.5 Rehabilitacja finansowana ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	32
I.3.6 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.....	33
I.3.7 Zgodność Programu z dokumentem „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”	34
I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki regionalnej	35
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	39
II.1. Cel główny	39
II.2 Cele szczegółowe.....	39
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	40
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji	42
III.1 Populacja docelowa.....	42
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej	43
III.3 Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	44
III.4 Informowanie o programie polityki zdrowotnej	45
III.5 Planowane interwencje (działania) oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej	46

III.5.1 Kwalifikacja formalna do programu polityki zdrowotnej	46
III.5.2 Kwalifikacja medyczna do programu polityki zdrowotnej	47
III.6 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	57
III.7 Bezpieczeństwo planowanych interwencji	57
III.8 Dowody skuteczności planowanych interwencji.....	58
III.8.1 Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym	58
III.8.2 Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej	58
III.8.3 Informacje na temat podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w instytucji zgłaszającej program lub innych jst (jeśli są dostępne)	62
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	63
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	63
IV.1.1 Procedura konkursowa i wybór beneficjentów Programu	63
IV.1.2 Organizacja Programu	64
IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej.....	65
IV.2.1 Warunki dotyczące personelu.....	65
IV.2.2. Warunki lokalowe oraz wyposażenie komórek organizacyjnych, w których będzie realizowany Program.....	67
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	69
V.1 Monitorowanie programu polityki zdrowotnej	69
V.1.1 Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej	69
V.1.2 Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej	71
V.1.3 Ocena efektywności programu polityki zdrowotnej	71
V.1.4 Ocena trwałości efektów programu polityki zdrowotnej	71
V.2 Ewaluacja programu polityki zdrowotnej	71
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	73
VI.1 Szacowane koszty jednostkowe	73
VI.2 Całkowite koszty programu polityki zdrowotnej	78
VI.3 Źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.....	78
VII. Bibliografia	79
VIII. Spis tabel, wykresów i rysunków	82
IX. Załączniki Programu	83

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

I.1.1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) są jednymi z najczęstszych dolegliwości związanych z pracą. W całej Europie dotyczą one milionów pracowników i kosztują pracodawców miliardy euro. Przeciwdziałanie tym zaburzeniom pomaga poprawić jakość życia pracowników, ale i ma duże znaczenie ekonomiczne.¹

Zgodnie z „Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10”², choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej są złożoną i rozbudowaną kategorią, która została podzielona na sześć głównych kategorii obejmujących łącznie ok. 200 jednostek chorobowych.

Rozdział XIII - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99)		
M00–M25	Artropatie	M00–M03 Artropatie związane z zakażeniami
		M05–M14 Artropatie wielostawowe zapalne
		M15–M19 Choroby zwyrodnieniowe stawów
		M20–M25 Inne choroby stawów
M30–M36	Układowe choroby tkanki łącznej	-----
M40–M54	Choroby grzbietu	M40–M43 Zniekształcające choroby grzbietu
		M45–M49 Choroby kręgosłupa
		M50–M54 Inne choroby grzbietu
M60–M79	Choroby tkanek miękkich	M60–M63 Choroby mięśni
		M65–M68 Choroby maziówki i ścięgien
		M70–M79 Inne choroby tkanek miękkich
M80–M94	Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	M80–M85 Zaburzenia mineralizacji i struktury kości
		M86–M90 Inne choroby kości
		M91–M94 Choroby tkanki chrzęstnej
M95–M99	Inne choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej	-----

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ROZDZIAŁ XIII Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99)”

¹ <https://osha.europa.eu/pl/themes/musculoskeletal-disorders>;

² Po kilku latach konsultacji i zatwierdzeniu przez państwa członkowskie WHO, w dniu 11 lutego 2022 r. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 została oficjalnie wdrożona. To oznacza, że klasyfikacja ICD-11 jest teraz oficjalnie stosowaną klasyfikacją do krajowego i międzynarodowego rejestrowania i raportowania m. in. przyczyn chorób i zgonów. Na ten moment ICD-11 dostępna jest w języku angielskim, francuskim, hiszpańskim, arabskim i chińskim, a w przygotowaniu jest kolejnych 20 wersji językowych, w tym wersja polska. (<https://kif.info.pl/informacje/klasyfikacja-icd-11-zostala-oficjalnie-wdrozona/>; <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

W 2021 r. absencje w Polsce z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej występowały na drugim miejscu (poza absencją z powodu ciąży, porodu i połogu) i wynosiły – 16,5%.

Z przedstawionych w Programie danych wynika, iż w województwie łódzkim na przestrzeni ostatnich lat dominują te same jednostki chorobowe układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Dlatego też niniejszy program dotyczy **wybranych chorób narządu ruchu, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący tryb pracy lub wykonywanie powtarzalnych, jednostajnych ruchów. Są to grupy chorób, gdzie obok zapalenia stawów kręgosłupa występuje zapalenie stawów obwodowych.**

Tabela 1. Jednostki chorobowe, których dotyczy „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”.

Grupa klasyfikacyjna	Podgrupa	Kategoria	Jednostki chorobowe, których dotyczy interwencja programu
M00–M25 Artropatie	M15-M19 Choroby zwyrodnieniowe stawów	M15 Zwyrodnienie wielostawowe	M15.0 Pierwotnie uogólniona choroba zwyrodnieniowa stawów M15.1 Guzki Heberdena (z artropatią) M15.2 Guzki Boucharda (z artropatią) M15.3 Wtórna wielostawowa choroba zwyrodnieniowa stawów Pourazowe zwyrodnienie wielostawowe M15.4 Nadżerkowa postać choroby zwyrodnieniowej stawów M15.8 Inne choroby zwyrodnieniowe wielostawowe M15.9 Choroba zwyrodnieniowa wielostawowa, nieokreślona Uogólnione zwyrodnienie stawów BNO
		M16 Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	M16.0 Pierwotna, obustronna koksartroza M16.1 Inne pierwotne koksartrozy Pierwotna koksartroza: • BNO • jednostronna M16.2 Obustronna koksartroza będąca wynikiem dysplazji M16.3 Inne dysplastyczne koksartrozy Koksartroza dysplastyczna: • BNO • jednostronna M16.4 Obustronna pourazowa koksartroza M16.5 Inne pourazowe koksartrozy Koksartroza pourazowa: • BNO • jednostronna M16.6 Inna wtórna obustronna koksartroza M16.7 Inna wtórna koksartroza Koksartroza wtórna: • BNO • jednostronna M16.9 Koksartroza, nieokreślona
		M17 Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	M17.0 Pierwotna, obustronna gonartroza M17.1 Inne pierwotne gonartrozy Pierwotna gonartroza: • BNO • jednostronna M17.2 Obustronna pourazowa gonartroza M17.3 Inne pourazowe gonartrozy Gonartroza pourazowa: • BNO • jednostronna M17.4 Inna wtórna obustronna gonartroza M17.5 Inna wtórna gonartroza Gonartroza wtórna: • BNO • jednostronna M17.9 Gonartroza, nieokreślona
		M19 Inne zwyrodnienia stawów <i>Nie obejmuje:</i> choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa (M47.–) paluch sztywny (M20.2)	M19.0 Pierwotna choroba zwyrodnieniowa innych stawów Pierwotne zwyrodnienie stawu BNO M19.1 Pourazowa choroba zwyrodnieniowa innych stawów Pourazowe zwyrodnienie stawu BNO M19.2 Inne wtórne choroby zwyrodnieniowe stawów Wtórne zwyrodnienie stawu BNO M19.8 Inne określone choroby zwyrodnieniowe stawów M19.9 Choroba zwyrodnieniowa stawów, nieokreślona

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

		zwyrodnienie wielostawowe (M15.–)	
M40–M54 Choroby grzbietu	M40-M43 Zniekształcające choroby grzbietu	M40 Kifoza i lordoza <i>Nie obejmuje:</i> kifoskolioza (M41.–) kifoza i lordoza: • wrodzona (Q76.4) • pozabiegowa (M96.–)	M40.0 Kifoza zależna od wadliwej postawy <i>Nie obejmuje:</i> osteochondroza kręgosłupa (M42.–) M40.1 Inna wtórna kifoza M40.2 Inna i nieokreślona kifoza M40.3 Zespół prostych pleców M40.4 Inna lordoza Lordoza: • nabyta • zależna od wad postawy M40.5 Lordoza, nieokreślona
		M41 Skolioza <i>Obejmuje:</i> kifoskolioza <i>Nie obejmuje:</i> skolioza wrodzona: • BNO (Q67.5) • spowodowane wadą rozwojową kości (Q76.3) • związana z postawą (Q67.5) choroba serca w przebiegu kifoskoliozy (I27.1) pooperacyjna (M96.–)	M41.0 Idiopatyczna skolioza dziecięca M41.1 Idiopatyczna skolioza młodzieńcza Skolioza okresu dorastania M41.2 Inne postacie skoliozy idiopatycznej M41.3 Skolioza wynikająca z budowy klatki piersiowej M41.4 Skolioza nerwowo-mięśniowa Skolioza będąca wynikiem mózgowego porażenia dziecięcego, ataksji Friedreicha, poliomyelitis i innych chorób nerwowo-mięśniowych. M41.5 Inne postacie skoliozy wtórnej M41.8 Inne postacie skoliozy M41.9 Skolioza, nieokreślona
	M45-M49 Choroby kręgosłupa	M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa <i>Obejmuje:</i> choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa lub zwyrodnienie stawów międzykręgowych zwyrodnienie stawów kręgosłupa	M47.0 Zespół ucisku tętnicy kręgosłupowej i rdzeniowej przedniej M47.1 Inne spondylozy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego Ucisk rdzenia spowodowany zmianami w kręgach† (G99.2*) <i>Nie obejmuje:</i> podwichnięcie kręgu (M43.3–M43.5) M47.2 Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych M47.8 Inne zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa Spondyloza szyjna Spondyloza lędźwiowo-krzyżowa Spondyloza piersiowa - bez uszkodzenia rdzenia i korzeni nerwowych M47.9 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, nieokreślone
		M48 Inne choroby kręgosłupa	M48.0 Zespół wąskiego kanału kręgowego Zespół wąskiego kanału ogona końskiego M48.1 Zesztywniająca hiperostoza (choroba Forestiera) Uogólniona samoistna hiperostoza szkieletu [DISH] M48.2 Choroba Baastrupa M48.3 Pourazowa spondylopatia M48.4 Zmęczeniowe złamanie kręgosłupa Zmiażdżeniowe złamanie kręgu M48.5 Zapadnięcie kręgu niesklasyfikowane gdzie indziej Zapadnięcie kręgu BNO Kręg klinowy BNO <i>Nie obejmuje:</i> zapadnięcie kręgu w przebiegu osteoporozy (M80.–) w przebiegu świeżego urazu – patrz urazy kręgosłupa w zależności od objętej okolicy M48.8 Inne określone spondylopatie Kostnienie więzadła podłużnego tylnego M48.9 Spondylopatia, nieokreślona
		M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej <i>Nie obejmuje:</i> artropatie łuszczykowe i w przebiegu chorób jelit (M07.–*, M09.–*)	M49.0 Gruźlica kręgosłupa Garb Potta M49.1 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu brucelozy M49.2 Zapalenie stawów kręgosłupa w przebiegu infekcji bakteriami jelitowymi M49.3 Spondylopatia w innych chorobach infekcyjnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej <i>Nie obejmuje:</i> spondylopatia neuropatyczna w przebiegu wiądu rdzenia (M49.4*) M49.4 Spondylopatia neuropatyczna Spondylopatia neuropatyczna w przebiegu: • jamistości rdzenia kręgowego i jamistości opuszki (G95.0†) • wiądu rdzenia (A52.1†) M49.5 Zapadnięcie kręgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej Przerzutowe złamanie kręgu (C79.5†) M49.8 Spondylopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
	M50-M54	M50	M50.0 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

	<p>Inne choroby grzbietu</p>	<p>Choroby kręgow szyjnych</p> <p><i>Obejmuje:</i> choroba krążków międzykręgowych szyjnych z bólem szyi choroby krążków międzykręgowych odcinka szyjno-piersiowego</p>	<p>M50.1 Choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych Nie obejmuje: zapalenie spłotu ramiennego BNO (M54.1)</p> <p>M50.2 Inne przemieszczenia krążka międzykręgowego szyjnego</p> <p>M50.3 Inne zwyrodnienia krążka międzykręgowego szyjnego</p> <p>M50.8 Inne choroby krążka międzykręgowego szyjnego</p> <p>M50.9 Choroby krążka międzykręgowego szyjnego, nieokreślone</p>
		<p>M51</p> <p>Inne choroby krążka międzykręgowego</p> <p><i>Obejmuje:</i> choroby krążków międzykręgowych w odcinkach piersiowym, szyjno-łędźwiowym i łądźwiowo-krzyżowym</p>	<p>M51.0 Choroby krążków międzykręgowych łądźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego</p> <p>M51.1 Choroby krążków międzykręgowych łądźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych Rwa kulszowa związana z patologią krążka międzykręgowego Nie obejmuje: zapalenie korzeni łądźwiowych nerwów rdzeniowych BNO</p> <p>M51.2 Inne określone przemieszczenia krążka międzykręgowego Bóle łądźwiowo-krzyżowe spowodowane przemieszczeniem krążka międzykręgowego</p> <p>M51.3 Inne określone zwyrodnienia krążka międzykręgowego</p> <p>M51.4 Guzki Schmorla</p> <p>M51.8 Inne określone choroby krążka międzykręgowego</p> <p>M51.9 Choroby krążków międzykręgowych, nieokreślone</p>
		<p>M53</p> <p>Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej</p>	<p>M53.0 Zespół szyjno-czaszkowy Tylny współczulny zespół szyjny</p> <p>M53.1 Zespół szyjno-barkowy Nie obejmuje: choroba krążka międzykręgowego szyjnego (M50.–) zespół górnego otworu klatki piersiowej (G54.0)</p> <p>M53.2 Niestabilność kręgosłupa</p> <p>M53.3 Choroby kości krzyżowej i guzicznej niesklasyfikowane gdzie indziej Ból kości ogonowej</p> <p>M53.8 Inne określone choroby grzbietu</p> <p>M53.9 Choroby grzbietu, nieokreślone</p>
		<p>M54</p> <p>Bóle grzbietu</p> <p><i>Nie obejmuje:</i> psychogenny ból grzbietu (F45.4)</p>	<p>M54.0 Zapalenie podściółki tłuszczowej okolicy karku i płećów Nie obejmuje: zapalenie podskórnej tkanki tłuszczowej: • BNO (M79.3) • toczniowe (L93.2) • nawrotowe [Webera-Christiana] (M35.6)</p> <p>M54.1 Choroby korzeni nerwów rdzeniowych (zespoły korzonkowe) Zapalenie nerwów lub korzeni nerwów rdzeniowych: • barkowych BNO • łądźwiowych BNO • łądźwiowo-krzyżowych BNO • piersiowych BNO Zapalenie korzeni nerwów rdzeniowych BNO Nie obejmuje: nerwoból lub zapalenie nerwu BNO (M79.2) radikulopatia w przebiegu: • patologii krążków międzykręgowych szyjnych (M50.1) • patologii krążków międzykręgowych łądźwiowych i innych (M51.1) • spondylozy (M47.2)</p> <p>M54.2 Bóle karku Nie obejmuje: bóle karku wtórne do patologii krążków międzykręgowych szyjnych (M50.–)</p> <p>M54.3 Rwa kulszowa Nie obejmuje: uszkodzenie nerwu kulszowego (G57.0) rwa kulszowa: • związana z patologią krążka międzykręgowego (M51.1) • z lumbago (M54.4)</p> <p>M54.4 Rwa kulszowa z bólem łądźwiowo-krzyżowym Nie obejmuje: związana z patologią krążka międzykręgowego (M51.1)</p> <p>M54.5 Ból okolicy łądźwiowo-krzyżowej Ból w okolicy łądźwiowej Przeciążenie w odcinku łądźwiowym Lumbago BNO Nie obejmuje: lumbago: • związane z przemieszczeniem krążka międzykręgowego (M51.2) • z rwą kulszową (M54.4)</p> <p>M54.6 Ból kręgosłupa piersiowego Nie obejmuje: ból związany z patologią krążka międzykręgowego (M51.–)</p> <p>M54.8 Inne bóle grzbietu</p>

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

<p>M60–M79</p> <p>Choroby tkanek miękkich</p>	<p>M70-M79</p> <p>Inne choroby tkanek miękkich</p>	<p>M70</p> <p>Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem</p> <p><i>Obejmuje:</i> choroby tkanek miękkich związane z pracą zawodową <i>Nie obejmuje:</i> zapalenie kaletki maziowej: • BNO (M71.9) • barku (M75.5) entezopatie (M76–M77)</p> <p>M75</p> <p>Uszkodzenia barku</p> <p><i>Nie obejmuje:</i> zespół bark-ręka (M89.0)</p> <p>M76</p> <p>Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy</p> <p>Określenia „zapalenie kaletki”, „zapalenie pochewki ścięgniastej”, „zapalenie torebki stawu” zazwyczaj stosuje się równorzędnie dla różnych schorzeń obwodowych przyczepów więzadeł i mięśni; większość z tych stanów została objęta wspólną nazwą entezopatii, która jest szerokim określeniem opisującym uszkodzenia o takiej lokalizacji.</p> <p><i>Nie obejmuje:</i> zapalenie kaletki związane z jej użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem (M70.–)</p> <p>M77</p> <p>Inne entezopatie</p> <p><i>Nie obejmuje:</i> zapalenie kaletki maziowej: • BNO (M71.9) • związane z jej użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem (M70.–) osteofit (M25.7) entezopatia kręgosłupa (M46.0)</p>	<p>M54.9 Bóle grzbietu, nieokreślony Ból pleców BNO</p> <p>M70.0 Przewlekłe trzeszczące zapalenie błony maziowej ręki i nadgarstka</p> <p>M70.1 Zapalenie kaletki maziowej ręki</p> <p>M70.2 Zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego</p> <p>M70.3 Zapalenie innych kałek maziowych stawu łokciowego</p> <p>M70.4 Zapalenie kaletki maziowej przedrzepkowej</p> <p>M70.5 Zapalenie innych kałek maziowych stawu kolanowego M70.6 Zapalenie kaletki maziowej krętarza</p> <p>M70.7 Krętarzowe zapalenie ścięgna</p> <p>M70.7 Zapalenie innych kałek maziowych miednicy</p> <p>Zapalenie kaletki kulszowej</p> <p>M70.8 Inne choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem</p> <p>M70.9 Nieokreślone choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem</p> <p>M75.0 Zapalenie zarostowe torebki stawu ramiennego</p> <p>Zespół zamrożonego barku</p> <p>Zapalenie okołostawowe barku</p> <p>M75.1 Zespół czepca ścięgniasto-mięśniowego</p> <p>Rozerwanie lub pęknięcie czepca ścięgniasto-mięśniowego lub mięśnia nadgrzebieniowego (całkowite) (niecałkowite), nieokreślone jako urazowe</p> <p>Zespół mięśnia nadgrzebieniowego</p> <p>M75.2 Zapalenie ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia</p> <p>M75.3 Wapniejące zapalenie ścięgien barku</p> <p>Zwapnienie kaletki maziowej stawu ramiennego</p> <p>M75.4 Zespół wybitego barku</p> <p>M75.5 Zapalenie kaletki maziowej barku</p> <p>M75.8 Inne uszkodzenia barku</p> <p>M75.9 Uszkodzenie barku, nieokreślone</p> <p>M76.0 Zapalenie przyczepów mięśni pośladkowych</p> <p>M76.1 Zapalenie przyczepu mięśnia lędźwiowego</p> <p>M76.2 Ostroga grzebienia biodrowego</p> <p>M76.3 Zespół pasma biodrowo-piszczelowego</p> <p>M76.4 Zapalenie kaletki maziowej pobocznej piszczelowej [choroba Pellegriniego-Stiedy]</p> <p>M76.5 Zapalenie więzadeł rzepki</p> <p>M76.6 Zapalenie ścięgna Achillesa</p> <p>Zapalenie kaletki maziowej ścięgna Achillesa</p> <p>M76.7 Zapalenie ścięgna mięśnia strzałkowego</p> <p>M76.8 Inne entezopatie kończyny dolnej z wyłączeniem stopy</p> <p>Zespół mięśnia piszczelowego przedniego</p> <p>Zapalenie ścięgna mięśnia piszczelowego tylnego</p> <p>M76.9 Entezopatia kończyny dolnej, nieokreślona</p> <p>M77.0 Zapalenie nadkłykcia przyśrodkowego</p> <p>M77.1 Zapalenie nadkłykcia bocznego</p> <p>Łokieć tenisisty</p> <p>M77.2 Zapalenie okołostawowe nadgarstka</p> <p>M77.3 Ostroga kości piętowej</p> <p>M77.4 Bolesność śródstopia</p> <p><i>Nie obejmuje:</i> metatarsalgia Mortona (G57.6)</p> <p>M77.5 Inne entezopatie stopy</p> <p>M77.8 Inne entezopatie niesklasyfikowane gdzie indziej</p> <p>M77.9 Entezopatia, nieokreślona</p> <p>Ostroga kostna BNO</p> <p>Zapalenie torebki stawowej BNO</p> <p>Zapalenie okołostawowe BNO</p> <p>Zapalenie ścięgna BNO</p>
---	---	---	---

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

M95–M99 Inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	M95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej <i>Nie obejmuje:</i> <i>nabyty brak kończyn i narządów (Z89–Z90)</i> <i>nabyte zniekształcenia kończyn (M20–M21)</i> <i>wrodzone wady rozwojowe i zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego (Q65–Q79) zniekształcające choroby grzbietu (M40–M43)</i> <i>zaburzenia w zakresie zębów i twarzy [obejmujące nieprawidłowości zgryzu] (K07.–)</i> <i>pooperacyjne patologie mięśniowo-kostne (M96.–)</i>	M95.0 Nabyte zniekształcenie nosa <i>Nie obejmuje:</i> skrzywienie przegrody nosa (J34.2) M95.1 Kalafiorowate zniekształcenie ucha <i>Nie obejmuje:</i> inne nabyte zniekształcenia ucha (H61.1) M95.2 Inne nabyte zniekształcenia głowy M95.3 Nabyte zniekształcenia szyi M95.4 Nabyte zniekształcenia klatki piersiowej i żeber M95.5 Nabyte zniekształcenia miednicy <i>Nie obejmuje:</i> opieka położnicza z powodu znanej lub przewidywanej niewspółmierności porodowej (O33.–) M95.8 Inne określone nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego M95.9 Nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślone
---	---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10

I.1.2 Charakterystyka niektórych z najpowszechniej występujących chorób z wśród grup objętych programem polityki zdrowotnej

Definicja zmian zwyrodnieniowych – zmiany zwyrodnieniowe są następstwem postępującego, biologicznego i mechanicznego uszkodzenia chrząstki stawowej (szklistej), warstwy podchrzęstnej kości oraz pozostałych struktur tworzących staw. Prowadzą do narastającego ograniczenia ruchomości, któremu towarzyszą nasilające się dolegliwości bólowe.³

Definicja choroby zwyrodnieniowej – w przypadku, gdy zmiany zwyrodnieniowe dotyczą wielu stawów, stan można określić chorobą zwyrodnieniową.⁴ Rzadko zdarza się, by dolegliwości dotyczyły jednego stawu. Zazwyczaj dominują dolegliwości z jednej okolicy ciała, umożliwiając zaplanowanie leczenia stopniowo kolejnych źródeł bólu. Należy podkreślić, że nasilenie dolegliwości nie zawsze odpowiada zaawansowaniu zmian w badaniach dodatkowych. Leczenie należy dostosować do nasilenia dolegliwości, a nie jedynie do wyniku badań radiologicznych.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego Koksartroza (coxarthrosis) – choroba dotyczy jednego lub obu stawów biodrowych powodując znaczne ograniczenie jego (ich) ruchomości oraz wyrażone ograniczeniem chodu. Przyczyną Koksartrozy może być również nieprawidłowa budowa stawu (spowodowana np. wrodzonym zwichnięciem biodra lub chorobą Perthesa), uszkodzenie stawu przez proces zapalny (np. r.z.s.), szpotawość szyjki uda oraz urazy mechaniczne (złamania, stłuczenia) itp.⁵

Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego Gonartroza (gonarthrosis) – zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego występują najczęściej jako skutek urazu, zmian zapalnych lub wrodzonych nieprawidłowości budowy tego stawu, choć przyczyny mogą być również inne. Zmiany te występują

³ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 75);

⁴ *Ibidem* (str. 75);

⁵ Janusz Nowotny, „Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów”, Warszawa 2006, (str. 99);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

częściej u kobiet – po okresie klimakterium, zwłaszcza otyłych ze szpotawością lub koślawością kolan, a nawet żyłakami podudzia. U mężczyzn natomiast zmiany te związane są zwykle z przebyłym urazem kolana. Rozróżnia się dwa odrębne schorzenia, pierwsze dotyczy rzeczywiście stawu kolanowego (*gonarthrosis*), natomiast drugie – stawu rzepkowo-udowego (*arthrosis art. patello-femoralis*).⁶

Choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa (*spondylosis, spondyloarthrosis*) – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa mogą dotyczyć jego odcinka szyjnego, piersiowego lub lędźwiowego. Obejmują one krążki międzykręgowy i krawędzie trzonów (dyskopatia, spondyloza) lub drobne stawy międzykręgowy tj. pomiędzy wyrostkami stawowymi kręgów (właściwa spondyloartroza). Zmiany te nie tworzą jednak całkowicie jednorodnych zespołów etiopatogennych. Z jednej strony bowiem zmiany te mogą dotyczyć jednego, dwóch bądź wielu kręgów, z drugiej natomiast ich przyczyna i morfologia bywają różne. Zmiany zlokalizowane dotyczące pojedynczych kręgów stanowią najczęściej zejście wygojonych zmian pourazowych lub poinfekcyjnych. Mogą być również skutkiem niektórych wad rozwojowych (np. kręgu przejściowego, kręgozmyku, bądź spondylozy). Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze są też wyrazem starzenia się (występują u wszystkich ludzi starych), choć stwierdza się je również u blisko 25% osób poniżej 40 roku życia.⁷

W szyjnym odcinku kręgosłupa omawiane zmiany (*spondyloarthrosis cervicalis*) występują bardzo często u osób po 50. roku życia. Zmiany w dolnej części tego odcinka, zlokalizowane w obrębie tzw. stawów unkowertebralnych (stawów Luschki) i polegające na występowaniu wyrostki kostnych uwypuklających się do otworów międzykręgowych, są przyczyną ucisku na korzenie. Powoduje to występowanie gwałtownych dolegliwości bólowych, promieniujących do łopatki, ramienia i palców rąk (tzw. rwa ramienna – brachialgia). Bólom tym mogą towarzyszyć inne objawy ucisku na korzenie lub tętnice kręgowy (patrz również następne rozdziały). Zmiany zlokalizowane w górnej części odcinka szyjnego, dotyczące zwłaszcza krążków międzykręgowych, mogą być z kolei przyczyną bólu promieniującego do potylicy i szczytu głowy (tzw. neuralgia potyliczna). Natomiast zmiany występujące w obrębie właściwych stawów międzykręgowych powodują ograniczenie ruchów głowy i występowanie trzasków przy jej poruszaniu, czemu towarzyszy umiarkowany ból. Nadmierna lordoza (dotyczy to również odcinka lędźwiowego) może z kolei powodować ocieranie się o siebie wyrostków kolczystych, powodujące odczyny przerostowe tych wyrostków (choroba Baastrupa), towarzyszące często innym zmianom mogącym powodować ból.⁸ Do uszkodzenia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym dochodzi bardzo często wcześnie: w czwartej albo piątej dekadzie życia. Główną przyczyną podobnie jak w innych odcinkach kręgosłupa jest współczesny tryb życia i pracy. Chorobie sprzyja brak aktywności fizycznej, a szczególnie długotrwała praca w pozycji siedzącej. Brak ruchu i nieprawidłowa postawa zwłaszcza za biurkiem lub kierownicą powodują z kolei zbyt duże obciążenie kręgosłupa i szybsze zużywanie się jego tkanek. Powszechną przyczyną dyskopatii jest niewłaściwa pozycja siedząca podczas pracy, która powoduje przyjmowanie nieprawidłowej postawy i nadmierne obciążenie kręgosłupa. Błędem jest wielogodzinna, bez przerw praca przy komputerze. Podczas

⁶ *Ibidem* (str. 101);

⁷ *Ibidem* (str. 103);

⁸ *Ibidem* (str. 104);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

siedzenia przy biurku ważna jest odpowiednia wysokość i ruchomość krzesła a oczy powinny znajdować się na wysokości górnej krawędzi monitora.

Na skutek monotonnej pracy w pozycji siedzącej szybko dochodzi do zaburzeń równowagi mięśniowej a wtórnie do utraty fizjologicznej lordozy szyjnej będącej „gwarantem” dobrej jakości i żywotności krążków międzykręgowych. W wyniku długotrwałego przeciążenia albo też w wyniku związanych z wiekiem zmian zwyrodnieniowych dochodzi do wysunięcia krążka a dokładnie jądra miazdżystego. Powstaje wypuklina, a w późniejszym okresie przepuklina krążka międzykręgowego. Znacznie rzadziej wysunięcie powstaje nagle w wyniku gwałtownego nieprawidłowego ruchu, zbyt dużego przeciążenia lub urazu.

Degeneracja krążka międzykręgowego jest najczęstszą przyczyną radikulopatii szyjnej zwanej też w zależności od dominującego objawu rwą ramienną bądź barkową.

Objawy radikulopatii najczęściej są następstwem ucisku korzeni nerwowych na poziomie C5/C6 i C6/C7 (**rwa ramienna**) Znacznie rzadziej dochodzi do ucisku korzeni na poziomie C5 (**rwa barkowa**). Wiodącym objawem radikulopatii szyjnej jest ból karku/szyi promieniujący do kończyny górnej. Dolegliwościom bólowym mogą towarzyszyć zaburzenia czucia, a w najbardziej zaawansowanych postaciach niedowład. Najczęstszą przyczyną radikulopatii szyjnej jest choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego zwłaszcza przy bocznej zachyłkowej lub dootworowej orientacji przepukliny.

Zmiany zwyrodnieniowe piersiowego odcinka kręgosłupa (*spondyloarthrosis thoracalis s. dorsalis*)

- występują dość często jako osteofity przednich krawędzi trzonów. Zmiany te są na ogół umiarkowane. Jako przyczynę najczęściej wymienia się tu chorobę Scheuermanna, skoliozy i krzywicę. Omawiane zmiany dają wprawdzie dolegliwości bólowe jednak niezbyt silnie wyrażone.⁹

Zmiany zwyrodnieniowe lędźwiowego odcinka kręgosłupa (*spondyloarthrosis lumbalis*) -

występną częściej u mężczyzn, których praca jest (lub była) związana z dźwiganiem ciężarów. Osteofity na krawędziach trzonów nie powodują raczej poważniejszych dolegliwości. Są one tylko „dowodem” przebytego urazu lub procesu zapalnego. Często występowanie osteofitów towarzyszy skoliozom (tzw. wytwórcze procesy kompensacyjne). Zmiany w obrębie krążków (dyskopatie) mogą natomiast przebiegać bezobjawowo, bądź dawać objawy lumbago czy rwy kulszowej (*ischias*). Występujące tu podrażnienie korzenia powoduje, poza bólem promieniującym do łydki i stopy, także inne objawy korzeniowe.¹⁰

Zespoły bólowe górnego odcinka kręgosłupa:

Rwa ramienna (*brachialgia*) - jest zespołem charakteryzującym się bólami karku lub okolicy barku, promieniującymi wzdłuż całej kończyny górnej, przeważnie do przedramienia, choć nierzadko nawet do ręki. Bólom tym towarzyszą zwykle parestezje, a czasami niedowłady niektórych mięśni.¹¹

Zespoły bólowe dolnego odcinka kręgosłupa:

⁹ *Ibidem* (str. 104);

¹⁰ *Ibidem* (str. 105);

¹¹ *Ibidem* (str. 279);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Rwa kulszowa (*ischias*) - oznacza zespół bólowy, charakteryzujący się występowaniem bólu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, który promieniuje wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego (przez pośladek, tylną powierzchnię uda, aż do łydki i stopy. Ból ten nasila się znacznie na przykład przy kaszlu czy kichaniu oraz przy próbie schylania się. Chory przyjmuje też charakterystyczną postawę (odruchowe boczne skrzywienie kręgosłupa). Nieraz towarzyszą temu również niedowłady mięśni (głównie grupy strzałkowej), a nawet zaburzenia oddawania moczu. Przyczyny występowania bólu są zróżnicowane. Z jednej bowiem strony mogą to być zmiany zwyrodnieniowe. Drugą grupę stanowią osoby z uszkodzeniem pierścienia włóknistego krążka międzykręgowego, co przy nierównomiernym nacisku kręgow prowadzi do uwypuklenia się jądra miazdżystego. Trzecią grupą przyczyn bólu w tym odcinku są przeciążenia wynikające głównie z niewłaściwej pozycji podczas wykonywania różnych czynności, a szczególnie z niewłaściwego podnoszenia i utrzymywania ciężarów, zwłaszcza przy osłabionych i zwiotczałych mięśniach i więzadłach (tzw. bóle zmęczeniowe, występujące zwykle pod koniec dnia, a niekiedy nazajutrz).

Ból okolicy lędźwiowej (Lumbago) - jest jedną z najczęściej zgłaszanych dolegliwości. Szacuje się, że ok. 60-80% populacji ogólnej doświadcza jej przynajmniej raz w życiu, w danym momencie na ból okolicy lędźwiowej skarży się 15-30% populacji, natomiast w ciągu miesiąca 30-40%. Lumbago jest jedną z głównych przyczyn konsultacji lekarskich oraz absencji chorobowej w państwach uprzemysłowionych. Pomimo ogromnej skali problemu przyczyny tego rodzaju bólu nie są dostatecznie poznane.

Kifoza – to naturalne wygięcie kręgosłupa w kształt litery C, w stronę grzbietową. W zależności od lokalizacji występuje kifoza piersiowa i kifoza krzyżowa. Dzięki tym krzywiznom kręgosłupa człowiek może utrzymywać pionową postawę, nawet pod wpływem dużych obciążeń. Rodzaje kifozy:

- **kifoza posturalna (barki zwisające do przodu – opadające)** – jest dość powszechna u dzieci, której mogą towarzyszyć inne wady postawy, jak np. stopy płaskie. Kifoza posturalna jest deformacją odwracalną;
- **kifoza strukturalna** – deformacja ta jest utrwalona, nieodwracalna i charakteryzuje się zmianami w strukturze i kształcie kręgow. Dochodzi do niej m.in. w przebiegu osteoporozy, zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa (zzsk), złamaniu kręgosłupa z przemieszczeniem, kifozie młodzieńczej;
- **garb** – jest ostrym tylnym zagięciem kręgosłupa spowodowanym zapadaniem się lub sklinowaceniem jednego lub wielu kręgow. Garb może być też wynikiem defektu wrodzonego kręgu, złamania lub gruźlicy kręgosłupa.¹²

Skolioza (b.s.k., *scoliosis*) – w skoliozie kręgosłup pochylony jest na bok (boczne skrzywienie kręgosłupa). Skolioza może być funkcjonalna (deformacja jest odwracalna) i strukturalna, kiedy deformacja jest nieodwracalna.¹³ W wielu przypadkach, w zależności od rodzaju, nie jest to tylko wada postawy, lecz choroba o bardziej ogólnym charakterze. Obserwowane zmiany również nie polegają

¹² Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny”. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne”, Poznań 2017, (str. 420);

¹³ *Ibidem*, (str. 391);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

tylko na odchyleniu (wygięciu) osi kręgosłupa, lecz często są wielopłaszczyznowe (co wynika z mechaniki kręgosłupa) i wielosegmentowe, a niektóre objawy wykraczają nawet poza narząd ruchu.¹⁴

Spondyloza - jest zespołem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, charakteryzującym się postępującymi uszkodzeniami kręgów i krążków międzykręgowych, chrząstek i struktur stawowych kręgosłupa oraz jego układu więzadłowego. W przebiegu spondylozy dochodzi do zaburzenia stabilności konstrukcji kręgosłupa oraz powstania przepuklin i innych zmian krążków międzykręgowych, co naraża kanał kręgowy na stenozę, czyli ciasnotę, zwężenie światła kanału kręgowego wywierające ucisk i podrażnienia rdzenia kręgowego, co przyczynia się do zaburzenia pracy układu nerwowego i uciążliwe objawy o charakterze neurologicznym.

W zależności od lokalizacji zmian zwyrodnieniowych wyróżniane są:

- spondyloza szyjna,
- spondyloza piersiowa,
- spondyloza lędźwiowa.

Na mechanizm powstania spondylozy danego odcinka składa się m.in.:

- proces stopniowej utraty wody i sprężystości krążka międzykręgowego, co prowadzi do upośledzenia funkcji amortyzacyjnej. W wyniku destrukcji dochodzi do ścierania struktur krążka, pęknięć jego ciała i przesuwania się go w szczelinie międzykręgowej; do grupy tego typu zmian należy np. spondylozy z dyskopatią. W przypadku wnikania krążka w kierunku kanału kręgowego dochodzi do ucisku włókien nerwowych i występowania licznych dolegliwości bólowych, parestezji i ograniczeń ruchomości kończyn i kręgosłupa, np. w wyniku spondylozy z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych;
- destrukcje biologiczne i morfologiczne o różnej etiologii w obrębie chrząstki stawowej, warstwy podchrząstnej, błony maziowej, więzadeł i innych struktur stawowych, w wyniku czego dochodzi do upośledzenia funkcji stawów kręgosłupa objawiającego się dolegliwościami bólowymi i ograniczeniem ruchomości;
- miejscowa nadbudowa tkanki kostnej, powstała w miejscu uszkodzeń krawędzi kręgów i chrząstki, wypełniająca ubytki, ale i uciskająca włókna rdzenia kręgowego.

Czynnikami ryzyka powstania spondylozy są:

- przebyte urazy kręgosłupa;
- przeciążenia statyczne i dynamiczne związane np. ze sportem, pracą czy długotrwałą nieprawidłową postawą siedzącą, a także z patologiczną otyłością;
- choroby układu ruchu kręgosłupa, np. dyskopatia, kręgozmyk, krzywica, wady postawy;
- zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne, endemiczne, autoimmunologiczne;
- wady genetyczne, zaburzenia rozwojowe;
- wiek powyżej 50. roku życia.

¹⁴ Janusz Nowotny, „Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów”, Warszawa 2006 (str. 63);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Zespół ogona końskiego (*cauda equina syndrome*) – w stosunkowo krótkim czasie może dojść do uciśnięcia (w obrębie ogona końskiego) wielu korzeni nerwowych przez centralne wypadnięcie krążka międzykręgowego lub inne zmiany takie jak krwiak, ropień zewnątrzoponowy, czy złamanie kręgosłupa. Typowe objawy to bóle korzeniowe w obu kończynach dolnych, połączone z zaburzeniami ruchowymi i czuciowymi „spodenkowe” zaburzenia czucia oraz utrudnienie oddawania lub całkowita utrata kontroli na funkcją pęcherza moczowego i zwieracza odbytu. Z reguły ból i osłabienie mięśni są wyraźniejsze w jednej kończynie.¹⁵

Stenoza (ciasnota, zwężenie) kanału kręgowego – zwężenie lędźwiowego kanału rdzeniowego może być spowodowane wieloma przyczynami i ostatecznie doprowadzić do uciśnięcia korzeni nerwowych na jednym lub wielu poziomach.¹⁶ Najczęstszą przyczyną nabytą zwężenia (stenozy) kanału kręgowego są zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze. Wałowate pogrubienie tylnych krawędzi trzonów kręgowych z centralnym uwypukleniem krążków międzykręgowych zwężają od przodu środkową część kanału kręgowego, zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze stawów międzywyrostkowych ścieśniają zachyłki boczne kanału, a pogrubiałe więzadło żółte zajmuje tylną część kanału kręgowego. W ten sposób pogarszają się warunki krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego i przepływu krwi – początkowo żyłnej, a następnie tętniczej, co powoduje w dolnym odcinku kręgosłupa dysfunkcje korzeni nerwowych, a w wyższych odcinkach uszkodzenie rdzenia kręgowego (mielopatia szyjna lub piersiowa). Wtórny mechanizm naczyniowy dysfunkcji tkanki nerwowej sugerują także badania flebografii rezonansowej kanału kręgowego, która wykazuje zaburzenia krążenia żylnego w przypadkach stenozy, co nie występuje u osób zdrowych.¹⁷

Kręgoszczelina (*spondylolysis*) – jest przerwaniem części międzywyrostkowej łuku kręgowego (cieśni, Wężiny), bez przemieszczenia sąsiadujących między sobą kręgów.¹⁸

Kręgozmyk (*spondylolisthesis*) – jest przesunięciem do przodu kręgu leżącego powyżej (wraz z całym kręgosłupem) w stosunku do kręgu leżącego poniżej.¹⁹

Gruźlica kręgosłupa – zwana również chorobą Potta jest formą gruźlicy kości powodującą silny ból i sztywność kręgosłupa. Zajmuje ona trzony kręgów, stawy kręgosłupa oraz stawy sąsiadujące tworząc tzw. garb gruźliczy.

Dyskopatia - to **choroba krążka międzykręgowego** (od łac. *discus*), która jest często uważana za główną lub mylnie za jedyną przyczynę bólów kręgosłupa, szczególnie w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, określanych jako „bóle krzyża”. Temu komponentowi przypisuje się w 80% przypadków związek z patogenezą bólu, a w rzeczywistości spośród wszystkich cierpiących na ból krzyża tylko około 3% chorych ma dyskopatię z zespołem neurologicznym.²⁰ Następstwem dyskopatii może być

¹⁵ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 450);

¹⁶ *Ibidem* (str. 450);

¹⁷ M. Manaka, M. Komagata, K. Endo, A. Imakiire, „*Assessment of lumbar spinal canal stenosis by magnetic resonance phlebography*”, *J Orthop Sci* 2003; 8: 1-5;

Tadeusz Styczyński „*Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa*”, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie; *Reumatologia* 2013; 51, 6: 429–436;

¹⁸ Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017, (str. 426);

¹⁹ *Ibidem* (str. 426);

²⁰ M.W. Van Tulder, B. Koes „*Low back pain*”, S.B. McMahon, M. Koltzenburg „*Wall & Mezack Textbook of pain. Elsevier*”, London 2006;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

wypuklenie lub wypadnięcie jądra miażdżystego z objawami ucisku korzenia powodującymi ból krzyża lub rwę korzeniową.²¹

Guzki Schmorla - są to uwypuklenia na kręgosłupie powstałe na skutek jego szybkiego wzrostu, kiedy to chrząstka krążka międzykręgowego wbija się w trzon kręgu. Swoją lokalizacją obejmują blaszki graniczne trzonów kręgów najczęściej piersiowego lub rzadziej lędźwiowego. To proces chorobowy występujący zwykle w młodym wieku i prowadzący do znaczących zaburzeń wzrostu kręgosłupa. Zmianom tym towarzyszy charakterystyczne nadmierne wygięcie kifozy piersiowej kręgosłupa, które przypomina plecy okrągłe. Stopień nasilenia kifozy może być bardzo różny od lekko zaokrąglonych pleców do nadmiernie uwypuklonych i utrwalonych zmian kostnych. Głównymi przyczynami chorego kręgosłupa z guzkami Schmorla są czynniki dziedziczne, genetyczne (występowanie rodzinne). Do schorzenia prowadzi również nadmierne obciążanie kręgosłupa (postawa kifotyczna z zaokrąglonymi plecami). Przyczyną guzków Schmorla jest również wysoki wzrost oraz ekstremalne obciążenia (np. sportem wyczynowym). Zmiany tego typu są spowodowane również niedoborami witamin (anemia). Powodują je także zaburzenia tkanki łącznej, która integruje i scala wszystkie tkanki naszego organizmu, zwłaszcza narządu ruchu.

Bóle grzbietu - zaburzenie charakteryzujące się wyraźnym uczuciem dyskomfortu w okolicy pleców. Ostry lub przewlekły ból zlokalizowany w tylnych obszarach klatki. Ból pleców jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych, dotyczącym 8 na 10 osób w pewnym momencie ich życia. Ból pleców może wahać się od tępego, ciągłego bólu do nagłego, ostrego bólu. Ostry ból pleców pojawia się nagle i zwykle trwa od kilku dni do kilku tygodni. Ból pleców nazywany jest przewlekłym, jeśli trwa dłużej niż trzy miesiące. Większość bólu pleców ustępuje samoistnie, chociaż może to chwilę potrwać.

Ból karku - najczęściej występuje jako konsekwencja długotrwałego napięcia mięśni i przeciążenia kręgów kręgosłupa. Przyczynami bólu karku są m.in. wielogodzinne siedzenie przed komputerem, bierny odpoczynek, nieprawidłowe podpieranie głowy i kręgów szyjnych. Ból karku może pojawiać się też, gdy jesteśmy narażeni na przeciągi. Do przyczyn bólu karku zaliczamy również zmiany zwyrodnieniowe i osłabienie mięśni karku.

Ból kręgosłupa piersiowego - najczęściej wynika z przeciążeń mięśniowych, zwyrodnień lub urazów. Do tego przyczyniają się: wady postawy, siedzący tryb pracy w nieodpowiedniej pozycji, nienaturalna pozycja ciała w trakcie pracy np. ciągłe pochylanie, zbyt mała aktywność fizyczna, źle wykonywane lub zbyt intensywne ćwiczenia fizyczne, nadwaga i otyłość, choroby degeneracyjne stawów i kości np. osteoporoza, obfity biust, noszenie zbyt dużych ciężarów na plecach. Liczne przeciążenia i mikrourazy prowadzą do zwyrodnień, które potrafią być bardzo dokuczliwe wymagają odpowiedniego leczenia. Ból kręgosłupa piersiowego może przyjmować różny charakter – pieczenie, klucie czy ucisk. Ponadto objawami towarzyszącymi mogą być: drętwienie kończyn, ból nóg, duszności i hiperwentylacja, objawy sercowe, klucie w mostku, dolegliwości bólowe w lędźwiach, dolegliwości bólowe w odcinku szyjnym kręgosłupa. W przypadku dolegliwości sercowych, jeśli występują dodatkowo nudności, wymioty, omdlenia i utrata przytomności niezbędne jest natychmiastowe

²¹ Teofan M. Domżał, „Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża — stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna?”, Klinika Neurologiczna Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Przedrukowano z: Polski Przegląd Neurologiczny 2007; 3 (4): 216–22;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

wzwanie pomocy lekarskiej, gdyż może dojść do zawału serca, który jest bezpośrednim zagrożeniem życia i zdrowia.

Inne zespoły bólowe. W praktyce rehabilitacyjnej można spotkać się jeszcze z całym szeregiem osób cierpiących z powodu rozmaitych dolegliwości bólowych o mniej lub bardziej przewlekłym charakterze. Mogą to być zespoły o wielce zróżnicowanej etiopatogenezie, nastrożające niekiedy poważne kłopoty terapeutyczne (trudno podatne na leczenie), co w wielu przypadkach stanowi nawet motywację do poszukiwania i stosowania niekonwencjonalnych metod terapii bólu. W zespołach tych możemy mieć do czynienia nie tylko z uciążliwym dla pacjenta objawem (ból), ale i z szeregiem zaburzeń funkcjonalnych, wymagających odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego. Precyzyjne ustalenie łańcucha przyczynowo-skutkowego jest w tych przypadkach zwykle trudne. Wiele niezdefiniowanych etiologicznie i patomechanicznie oraz mało podatnych na leczenie zespołów bólowych stało się zresztą kanwą dla prób wyjaśnienia ich istoty i poszukiwań możliwości terapeutycznych. Zaowocowało to m.in. rozwojem wielu różnorodnych (niekiedy rozbieżnych) koncepcji i metod tzw. terapii manualnej.

Przykładem omawianych zespołów mogą być opisane wcześniej zespoły ciasnoty przedziałów powięziowych lub zespoły bolesnego barku czy łokcia tenisisty. Znaczne dolegliwości bólowe występują na przykład w zespole kanału nadgarstka, chorobie Mortona, tzw. zespole górnego otworu klatki piersiowej, napadowym kręczu karku itp. W części przypadków mamy do czynienia z bezpośrednim uciskiem na nerwy obwodowe w innych zaś dominuje obrzęk (ucisk pośredni) i niedotlenienie. Ból stanowi jedną z podstawowych cech wszelkich zapaleń. Stąd właśnie w wielu chorobach narządu ruchu o takiej etiologii (zapalenie stawów, ścięgien, pochewek czy kaletek), ból jest jednym z wiodących objawów, co powoduje, że konieczne jest jego łagodzenie.

Zapalenie nadkłykcia bocznego kości ramiennej - powszechnie określane jako „łokiec tenisisty” (entezopatia), jest jednym z najczęściej występujących schorzeń w obrębie ramienia, powodującym znaczny ból i utratę sprawności²². Choroba ta związana jest ze zmianami degeneracyjnymi ścięgien umiejscowionych w przedramieniu, dotyczy przyczepu ścięgien prostowników nadgarstka do nadkucia bocznego kości ramiennej. Uznawane jest za chorobę zawodową. Narażone są na nią przede wszystkim osoby pomiędzy 30, a 50 rokiem życia wykonujące regularne ruchy nadgarstka (prostowanie, zginanie, ruchy rotacyjne). Nieleczona entezopatia może doprowadzić do powikłań, które wpływają na naszą sprawność ruchową.

I.2 Epidemiologia

I.2.1 Dane dotyczące województwa łódzkiego

Według stanu na dzień **31 grudnia 2021 r.** województwo łódzkie zamieszkiwało **2 394 946**²³ osoby.

²² Anna Świtoń, Justyna Kruszyna „Zapalenie nadkłykcia bocznego kości ramiennej – diagnostyka i rehabilitacja. Praca recenzowana”, WIEDZA W PRAKTYCE;

²³ <https://lodz.stat.gov.pl/>;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Na przestrzeni ostatnich lat **w województwie łódzkim obserwujemy systematyczny spadek liczby ludności** (2015 r.- 2 493 603 osób; 2019 r. – 2 454 779 osób; 2020 r. – 2 437 970 osób)²⁴.

Według danych na koniec 2021 r., w porównaniu z analogicznym okresem roku poprzedniego, **liczba mieszkańców województwa zmniejszyła się o 2,0%** (tj. o 43 024 osoby), co jest wyjątkowo dużym ubytkiem ludności rok do roku (od 2015 r. liczba ludności województwa zmniejszyła się o 98 657 osób).

Liczba ludności w wieku produkcyjnym w 2020 r. wynosząca 1 420 323 osób również **uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem 2019**, w którym wynosiła 1 442 226. **W ujęciu rok do roku liczba osób w wieku produkcyjnym zmalała o 21 903 osób.**²⁵

Jednocześnie w województwie następuje **dalszy wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym**– 2015 r. – 544 490 osób; 2019 r. - 595 436 osób; 2020 r. - 601 495 osób).

Województwo łódzkie od kilku lat charakteryzuje się najwyższym w Polsce odsetkiem osób w wieku poprodukcyjnym i tendencją wzrostową udziału takich osób w populacji mieszkańców. Systematyczne zmniejszanie się liczby osób w wieku produkcyjnym, przy jednoczesnym wzroście udziału osób w wieku poprodukcyjnym, świadczy o postępującym procesie starzenia się mieszkańców zarówno w województwie łódzkim, jak również w skali całego kraju.²⁶

Obserwowane w województwie zjawisko starzenia się społeczeństwa ma istotny wpływ na kształtowanie się zachorowalności i chorobowości, w szczególności na choroby przewlekłe, tj. choroby układu krążenia, układu oddechowego, pokarmowego, nowotwory i schorzenia narządu ruchu. Tym samym determinuje ono ilość i rodzaj świadczeń zdrowotnych (m.in. świadczeń rehabilitacji leczniczej), z których korzystają mieszkańcy województwa łódzkiego.

Zgodnie z zapisami Programu „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027”, **działania dotyczące rehabilitacji medycznej będą skierowane do pracowników najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych oraz do osób bezrobotnych, które z powodu złego stanu zdrowia mają problem z podjęciem pracy.**

W województwie maleje liczba osób aktywnych zawodowo. Przy czym mimo, że tendencja spadkowa była widoczna również w przypadku osób aktywnych zawodowo pracujących to w roku 2020 liczba osób z tej grupy wróciła do poziomu z 2016 r. Liczba osób aktywnych zawodowo – bezrobotnych spada. Osoby aktywne zawodowo pracujące i osoby aktywne zawodowo bezrobotne częściej zamieszkują obszary miejskie niż wiejskie – w roku 2020 odpowiednio 60,74% i 39,26% osoby pracujące, 71,43% i 28,57% osoby bezrobotne (Tabela 2).

²⁴ Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2021, (<https://lodz.stat.gov.pl/dane-o-województwie/województwo-887/>);

²⁵ Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2021, Dział IV. Ludność (<https://lodz.stat.gov.pl/dane-o-województwie/województwo-887/>);

²⁶ "Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2018 r.", Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2019;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Tabela 2. Ludność aktywna zawodowo w woj. łódzkim wg typu aktywności (na podstawie danych z GUS BDL).²⁷

ROK	ludność ogółem w wieku 15 lat i więcej [osoby]			aktywni zawodowo ogółem [tys. osób]			aktywni zawodowo pracujący [tys. osób]			aktywni zawodowo bezrobotni [tys. osób]			bierni zawodowo [tys. osób]		
	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś	ogółem	miasta	wieś
2016	2 135 680	1 356 417	779 263	1 168	723	445	1 103	680	423	65	43	22	895	579	316
2017	2 124 781	1 345 253	779 528	1 176	717	459	1 122	680	442	54	37	16	875	572	305
2018	2 113 251	1 333 730	779 521	1 172	716	457	1 121	684	438	51	32	19	862	558	316
2019	2 102 290	1 322 947	779 343	1 131	685	446	1 090	659	431	41	26	15	889	575	315
2020	2 087 081	1 311 413	775 668	1 138	696	443	1 103	670	433	35	25	10	872	575	316

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Ludność wg typu aktywności i miejsca zamieszkania

Wśród osób aktywnych zawodowo w województwie w 2020 roku 55% stanowili mężczyźni, a 45% kobiety. W przypadku osób aktywnych zawodowo pracujących 54,76% stanowili mężczyźni, a 45,24% kobiety, a w przypadku osób aktywnych zawodowo bezrobotnych 57,14% stanowili mężczyźni, a 42,86% kobiety (Tabela 3).

Tabela 3. Ludność w woj. łódzkim wg typu aktywności zawodowej i płci (na podstawie danych z GUS BDL)²⁸

ROK	ludność ogółem w wieku 15 lat i więcej [osoby]			aktywni zawodowo ogółem [tys. osób]			aktywni zawodowo pracujący [tys. osób]			aktywni zawodowo bezrobotni [tys. osób]			bierni zawodowo [tys. osób]		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
2016	2 135 680	1 004 531	1 131 149	1 168	632	536	1 103	597	507	65	35	29	895	338	557
2017	2 124 781	999 212	1 125 569	1 168	642	534	1 122	611	511	54	31	23	875	321	553
2018	2 113 251	993 737	1 119 514	1 172	639	534	1 121	611	510	51	27	24	862	317	545
2019	2 102 290	988 592	1 113 698	1 131	621	510	1 090	598	492	41	23	18	889	328	561
2020	2 087 081	970 605	1 093 596	1 138	625	514	1 103	604	499	35	20	15	872	319	553

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Rynek pracy ludność wg typu aktywności i płci

W przypadku osób bezrobotnych wsparciem mogą być obejmowane wyłącznie zarejestrowane osoby z tej kategorii. W województwie w 2020 roku odnotowano 67 812 osoby bezrobotne zarejestrowane, w tym 67,14% osób zamieszkiwało na obszarach miejskich, a 32,86% na obszarach wiejskich. W grupie osób bezrobotnych zarejestrowanych w 2020 roku 48,93% stanowili mężczyźni, a 51,07% kobiety (Tabela 4).

²⁷ Strona BDL GUS <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Ludność wg typu aktywności i miejsca zamieszkania

²⁸ Strona BDL GUS <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Rynek pracy ludność wg typu aktywności i płci

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Tabela 4. Bezrobotni zarejestrowani w woj. łódzkim wg miejsca zamieszkania i płci (na podstawie danych z GUS BDL).²⁹

ROK	ogółem	zamieszkali w mieście [osoba]	zamieszkali na wsi [osoba]	ogółem	Mężczyźni [osoba]	Kobiety [osoba]
2016	91 041	60 688	30 353	91 041	44 925	46 116
2017	72 662	48 603	24 059	72 662	35 028	37 634
2018	66 036	43 962	22 074	66 036	30 816	35 220
2019	58 722	38 666	20 056	58 722	27 568	31 154
2020	67 812	45 530	22 282	67 812	33 180	34 632
2021	60 902	41 271	19 631	60 902	30 288	30 614

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Bezrobotni zarejestrowani w ciągu roku wg płci i typu.

I.2.2 Dane dotyczące chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej mieszkańców województwa łódzkiego na tle Polski

Analizując stan zdrowia ludności w Polsce w 2019 r.³⁰ zauważa się, iż średnia liczba osób powyżej 15 roku życia cierpiących z powodu bólów dolnej partii pleców, środkowej partii pleców, czy bólów szyi (karku) wynosi 57,6%, w tym w województwie łódzkim 65,5%. Wraz z wiekiem respondentów odsetek ten się powiększa (w przypadku osób z woj. łódzkiego: począwszy od 16,8% wśród osób w wieku 15-29 lat; 46,9% wśród osób w wieku 30-49 lat oraz 91% wśród osób w wieku 50-69 lat).

Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są jednym z najczęstszych dolegliwości związanych z pracą, dotyczących miliony pracowników i kosztujących pracodawców miliardy euro. Kilka przyczyn przedmiotowych schorzeń zostało zidentyfikowanych: fizyczne czynniki ryzyka, takie jak powtarzające się ruchy, podnoszenie ciężarów, częste schyłanie się i skręcanie, narażenie na zimno i niewystarczający czas regeneracji, a także psychospołeczne czynniki ryzyka.³¹

Wg danych Eurostatu³² liczba wypadków w pracy w Polsce w wyniku których uszkodzono daną część ciała utrzymuje się na stałym poziomie i stanowi średnio ok. 9% wszystkich wypadków zarejestrowanych w Polsce. Jedynie z roku 2019 na rok 2020 zauważalny jest spadek, co prawdopodobnie związane jest z wprowadzeniem obostrzeń w pracy i kierowanie na pracę zdalną w związku z COVID-19.

²⁹ Strona BDL GUS <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> Bezrobotni zarejestrowani w ciągu roku wg płci i typu.

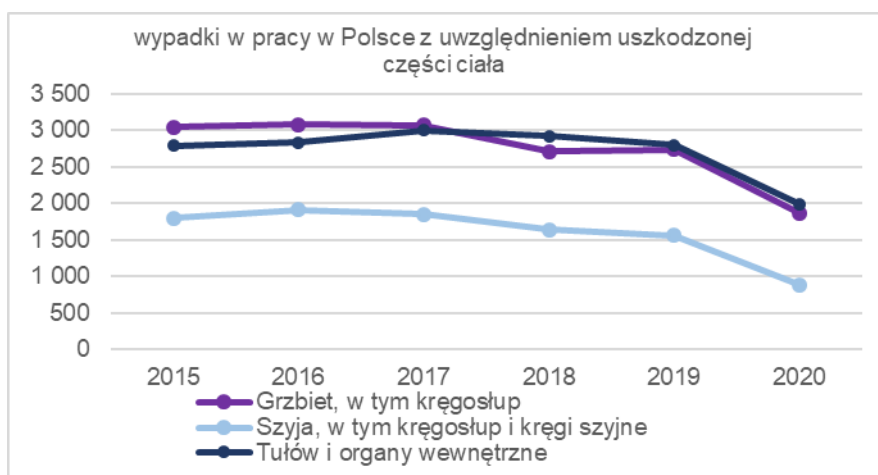
³⁰ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*; Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2021; „

³¹ B. R. Da Costa, E. R. Vieira, „Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies”, *American Journal of Industrial Medicine*, Vol. 53, No. 3, 2010, pp. 285–323;

³² „Accidents at work by NACE Rev. 2 activity and part of body injured”, Eurostat, ostatnia aktualizacja: 06-10-2022;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Wykres 1. Wypadki w pracy w Polsce z uwzględnieniem uszkodzonej części ciała.



Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat, Accidents at work by NACE Rev. 2 activity and part of body injured, aktualizacja: 06-10-2022

Przyczyną chorób układu kostnego jest brak lub niska aktywność fizyczna. W okresie od 1.10.2020 r. do 30.09.2021 r. w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej uczestniczyło zaledwie 38,8% Polaków (36,7% kobiet oraz 41,0% mężczyzn)³³.

Powyższe ma potwierdzenie w absencji chorobowej. Jak wynika z danych ZUS³⁴ w 2021 r. **absencje w Polsce z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej występowały na drugim miejscu** (poza absencją z powodu ciąży, porodu i połogu) i **wynosiły – 16,5%. Jednocześnie w woj. łódzkim na 18 805 tys. dni chorobowych - 16,8% dotyczyło ww. choroby.**

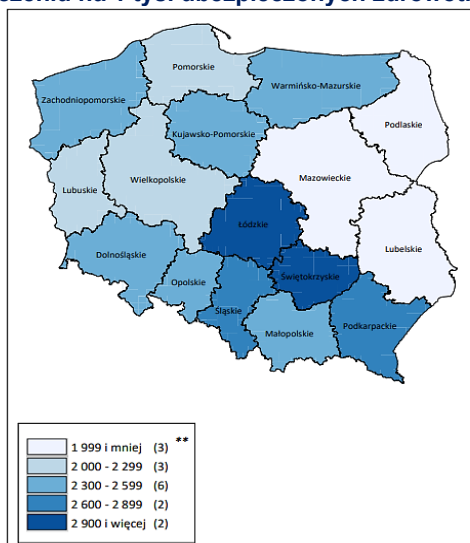
Tym samym woj. łódzkie charakteryzowało się **największą przeciętną długością absencji chorobowej w 2021 roku, która wynosiła 13,19 dni** (wartość średnia dla Polski to 11,73 dnia). Ponadto analizując liczbę dni absencji chorobowej w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego zdrowotnie obserwujemy, że najwyższą absencją chorobową zarejestrowano w woj. łódzkim (17,31 dnia).

³³ „Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2021 r.”, GUS, dane sygnałowe, 16.05.2022 r.;

³⁴ „Absencja chorobowa w 2021 roku”, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, ZUS, Warszawa 2022, tab. 15;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Rysunek 1: Liczba dni absencji chorobowej z tytułu chorób układu kostno-stawowego osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie* według województw.



* przyporządkowanie do województw według miejsca zameldowania ubezpieczonego (bez emerytów i rencistów, osób pobierających zasiłki i świadczenia przedemerytalne oraz osób pobierających renty socjalne)

** liczba województw

Źródło: „Absencja chorobowa w 2021 roku” Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, ZUS, Warszawa 2022, rys. 12.

Biorąc pod uwagę ranking chorób powodujących najdłuższą absencją chorobową z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS na 4 miejscu występują choroby grzbietu (M54), a na 6 inne choroby krążka międzykręgowego (M51)³⁵. Ponadto występują inne choroby dotyczące grzbietu oraz powiązanych jednostek, co prezentuje poniższa tabela.

Tabela 5: Wybrane jednostki chorobowe powodujące najdłuższą absencją chorobową z tytułu choroby własnej osób.

Jednostki chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej (w tys.)	%
OGÓŁEM	239 880,20	100,00%
Bóle grzbietu (M54)	8 894,30	3,71%
Inne choroby krążka międzykręgowego (M51)	5 709,60	2,38%
Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)	3 686,90	1,54%
Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowego (Gonartroza) (M17)	2 151,10	0,90%
Choroba zwyrodnieniowa stawów biodowych [Koksartroza] (M16)	1 682,00	0,70%
Choroby kręgów szyjnych (M50)	1 450,00	0,60%

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Absencja chorobowa w 2021 roku” Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, ZUS, Warszawa 2022

Z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono w województwie łódzkim w 2021 roku osobom w wieku 19-64 lata 213 738 zaświadczeń lekarskich (choroba własna), co stanowi 15% wszystkich zaświadczeń.³⁶

³⁵ „Absencja chorobowa w 2021 roku” Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, ZUS, Warszawa 2022, tab.22;

³⁶ „Absencja chorobowa w 2021 roku” ZUS str. 81

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w 2021 roku lekarze orzecznicy ZUS wystawili w całej Polsce 29 255 pierwszorazowych orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD-10 M00-M99). Przyczyna ta stanowiła 28,3% wszystkich orzeczeń wydanych w kraju³⁷.

W latach 2020-2021 lekarze orzecznicy ZUS wydali w Polsce 40 188 pierwszorazowych orzeczeń ustalających stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych/ w których ustalono stopień niezdolności do pracy, z czego 7 658 (19,05%) spowodowanych było chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.³⁸

Ta grupa chorób powodowała częściową niezdolność do pracy - choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego w 29,6% orzeczeń³⁹. Zdecydowana większość wydanych z tego powodu orzeczeń (66,7%) dotyczyła osób w wieku 50-64 lata.

W ujęciu procentowym orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego stanowiły w 2021 r. 8,3% wszystkich tego rodzaju orzeczeń.

Tabela. 6 Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według wybranych grup chorobowych i płci.

Grupy chorobowe	Ogółem		w tym:			
	liczba	w odsetkach	Mężczyźni		Kobiety	
			liczba	w odsetkach	liczba	w odsetkach
OGÓŁEM	103 343	100,0	55 119	100,0	48 090	100,0
w tym:						
nowotwory	11 745	11,4	4 617	8,4	7 042	14,6
zaburzenia psychiczne	16 127	15,6	5 475	9,9	10 648	22,1
choroby układu nerwowego	7 385	7,1	3 661	6,6	3 723	7,7
choroby układu krążenia	8 991	8,7	7 068	12,8	1 912	4,0
choroby układu oddechowego	1 538	1,5	1 040	1,9	498	1,0
choroby układu trawiennego	1 981	1,9	1 357	2,5	617	1,3
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego	29 255	28,3	15 820	28,7	13 429	27,9
urazy kości, stawów i tkanek miękkich	17 662	17,1	12 075	21,9	5 579	11,6
zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	979	0,9	614	1,1	364	0,8
choroby oka i przydatków oka	595	0,6	419	0,8	176	0,4
choroby układu moczowo-płciowego	841	0,8	375	0,7	463	1,0
kody dla celów specjalnych	1 513	1,5	1 003	1,8	507	1,1

Warto dodać, że koszty niezdolności do pracy generują też bardzo duże wydatki ze środków publicznych. Poniżej przedstawiono dane dotyczące środków wypłacanych przez ZUS.

³⁷ „Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2021 roku”
<https://www.zus.pl/documents/10182/39599/Orzeczenia+lekarzy+orzecznik%C3%B3w+ZUS+o+niezdolno%C5%9Bci+do+pracy+wydane+w+2021+roku.pdf/4e0f17a7-af79-8cbf-b634-229942b49d87?t=1655896418690>
str. 38

³⁸ *Ibidem*, str. 24

³⁹ *Ibidem*, str. 23

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Tabela 7 Wydatki ZUS na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy.

Rok	Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy			Przeciętna kwota wydatków ogółem na 1 osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym	Przeciętna kwota wydatków ogółem na 1 osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym
	cały kraj	województwo łódzkie	choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99) cały kraj	cały kraj	województwo łódzkie
	w tys. zł			zł	zł
2019	38 654 913,6	2 681 366,2	5 500 961,7	1 545,10	1 611,10
2020	42 509 707,0	3 027 101,8	6 200 962,8	1 692,53	1 817,52
2021	44 424 667,9	3 134 845,8	6 460 638,8	1 764,82	1 884,03

Źródło: Na podstawie opracowań: „Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2021 r.” ZUS, 2022 r., „Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r.” ZUS, 2021 r., „Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2019 r.” ZUS, 2020 r., dostępnych na stronach internetowych ZUS: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

I.2.3 Dane dotyczące świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w obszarze chorób grzbietu i kręgosłupa udzielonych w latach 2019-2021 r. na terenie województwa łódzkiego

Tabela 8. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w obszarze chorób grzbietu i kręgosłupa na terenie województwa łódzkiego w latach 2019-2021

(uszeregowane według najczęściej występujących jednostek chorobowych).

Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów			Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów			Rozpoznanie główne	Liczba pacjentów		
	w 2019 r.				w 2020 r.				w 2021 r.		
	15-64 lata	50-64 lata	% udział osób w wieku 50-64 lata		15-64 lata	50-64 lata	% udział osób w wieku 50-64 lata		15-64 lata	50-64 lata	% udział osób w wieku 50-64 lata
M47	28 458	19 833	70%	M47	20 415	14 367	70%	M47	19 317	13 605	70%
M51	13 131	7 913	60%	M51	10 741	6 376	59%	M54	11 775	5 751	49%
M54	11 109	5 606	50%	M54	9 714	4 860	50%	M51	11 293	6 598	58%
M15	10 650	8 962	84%	M15	7 960	6 741	85%	M15	7 714	6 438	83%
M17	6 927	5 717	83%	M50	5 400	3 475	64%	M17	5 375	4 421	82%
M50	6 755	4 322	64%	M17	5 190	4 305	83%	M50	5 098	3 176	62%
M70	6 186	3 289	53%	M70	4 586	2 373	52%	M70	4 634	2 302	50%
M75	3 912	2 932	75%	M75	3 346	2 451	73%	M75	3 887	2 838	73%

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

M16	3 071	2 359	77%	M16	2 409	1 832	76%	M16	2 490	1 859	75%
M41	2 745	347	13%	M41	2 242	276	12%	M77	2 480	1 473	59%
M77	2 272	1 439	63%	M77	2 031	1 256	62%	M23	2 274	872	38%
M19	2 038	1 560	77%	M23	1 753	710	41%	M41	2 081	238	11%
M23	1 928	724	38%	M19	1 474	1 113	76%	M19	1 515	1 131	75%
M05	1 149	888	77%	M42	1 027	662	64%	M42	863	518	60%
M42	1 079	696	65%	M05	838	640	76%	M05	840	653	78%
M20	960	667	69%	M20	683	481	70%	M20	687	460	67%
M48	480	290	60%	M25	442	213	48%	M25	615	310	50%
M95	457	99	22%	M48	400	238	60%	M48	436	249	57%
M25	417	199	48%	M95	348	72	21%	M65	354	224	63%
M65	394	261	66%	M65	282	171	61%	M53	348	225	65%
M13	315	171	54%	M53	255	168	66%	M95	334	70	21%
M06	290	226	78%	M13	227	137	60%	M06	250	186	74%
M53	285	190	67%	M06	224	173	77%	M13	247	137	55%
M40	264	38	14%	M40	208	18	9%	M21	227	94	41%
M21	261	127	49%	M21	202	82	41%	M40	202	10	5%
M45	231	147	64%	M45	174	101	58%	M67	177	89	50%
M67	209	113	54%	M22	172	40	23%	M22	175	30	17%
M22	165	35	21%	M67	166	87	52%	M45	151	82	54%
M24	158	79	50%	M43	119	67	56%	M43	136	72	53%
M43	156	84	54%	M24	107	59	55%	M24	127	62	49%
M07	132	98	74%	M72	97	74	76%	M76	127	65	51%
M72	127	94	74%	M07	88	60	68%	M79	116	65	56%
M76	107	68	64%	M76	84	51	61%	M07	103	73	71%
M12	101	63	62%	M79	82	41	50%	M72	102	83	81%
M35	87	57	66%	M35	81	55	68%	M35	99	65	66%
M94	85	23	27%	M94	67	18	27%	M94	87	38	44%
M96	79	28	35%	M12	65	42	65%	M12	82	54	66%
M18	72	66	92%	M80	61	49	80%	M46	74	36	49%
M99	72	19	26%	M89	49	33	67%	M80	59	51	86%
M80	69	57	83%	M99	47	18	38%	M99	55	24	44%
M85	68	42	62%	M10	45	34	76%	M89	49	23	47%
M79	67	37	55%	M18	44	43	98%	M10	48	31	65%
M10	57	44	77%	M87	40	3	8%	M18	46	42	91%
M46	54	26	48%	M46	37	17	46%	M85	46	28	61%
M89	54	35	65%	M96	36	9	25%	M87	45	3	7%
M71	52	29	56%	M85	34	19	56%	M71	41	26	63%
M87	49	2	4%	M81	33	29	88%	M62	38	18	47%

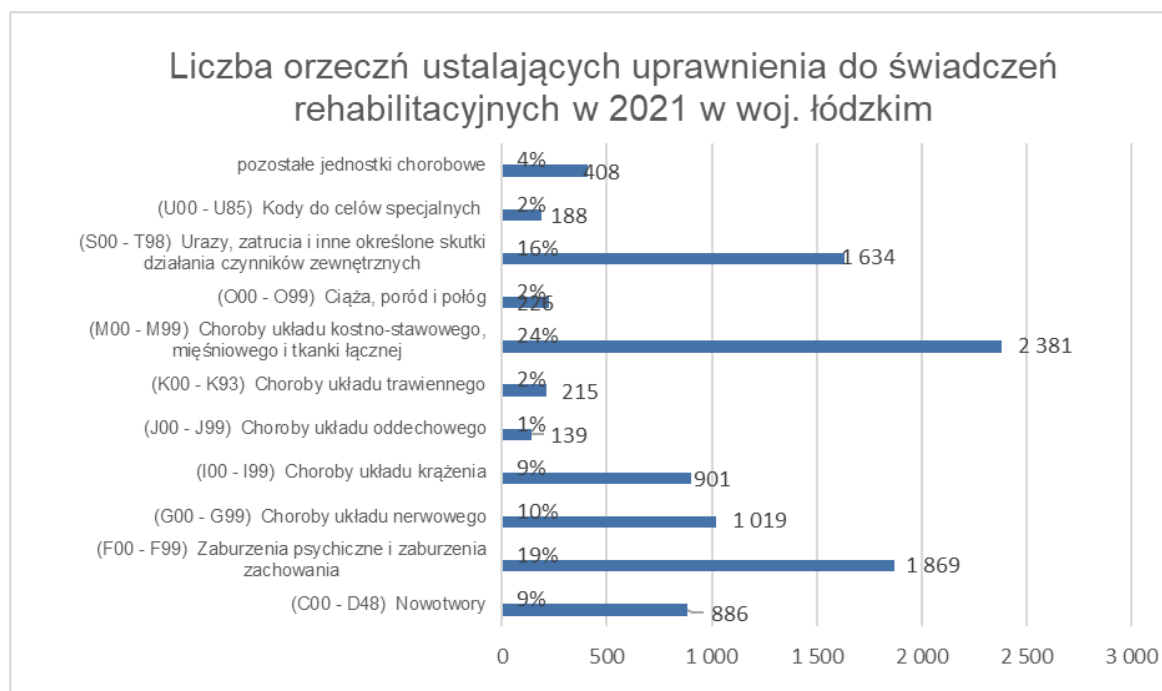
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

M62	48	23	48%	M62	31	20	65%	M81	36	34	94%
M81	37	28	76%	M08	29	5	17%	M08	35	1	3%
M32	29	19	66%	M32	26	18	69%	M32	30	13	43%
M08	26	2	8%	M71	24	15	63%	M96	24	11	46%
M14	26	14	54%	M14	18	9	50%	M02	19	12	63%
M84	24	18	75%	M84	16	7	44%	M92	17	1	6%
M73	19	10	53%	M02	15	8	53%	M34	16	13	81%
M34	17	14	82%	M93	15	4	27%	M84	16	8	50%
M92	15	0	0%	M34	11	8	73%	M14	14	9	64%
M02	14	8	57%	M92	10	1	10%	M93	14	3	21%
M68	14	10	71%	M60	9	8	89%	M73	13	7	54%
M93	14	4	29%	M61	9	6	67%	M60	11	5	45%
M61	12	7	58%	M63	8	4	50%	M61	11	4	36%
M90	12	5	42%	M68	8	6	75%	M63	10	6	60%
M86	10	4	40%	M73	8	3	38%	M33	9	5	56%
M49	9	5	56%	M86	7	3	43%	M91	8	2	25%
M60	9	4	44%	M33	5	2	40%	M86	7	2	29%
M63	8	5	63%	M91	5	0	0%	M68	6	4	67%
M91	8	1	13%	M00	4	0	0%	M00	4	0	0%
M00	7	4	57%	M03	4	3	75%	M09	3	1	33%
M66	5	4	80%	M31	4	3	75%	M31	3	2	67%
M33	4	2	50%	M66	4	3	75%	M66	3	1	33%
M01	3	2	67%	M90	4	0	0%	M11	2	2	100%
M03	3	2	67%	M49	3	2	67%	M82	2	1	50%
M11	3	2	67%	M01	2	1	50%	M90	2	1	50%
M09	2	1	50%	M11	2	2	100%	M01	1	0	0%
M30	2	1	50%	M82	2	1	50%	M03	1	1	100%
M31	2	2	100%	M09	1	1	100%	M30	1	1	100%
M82	2	0	0%	M30	1	1	100%	M36	0	0	0%
M83	2	2	100%	M36	1	1	100%	M49	0	0	0%
M36	1	0	0%	M83	0	0	0%	M83	0	0	0%
M88	1	0	0%	M88	0	0	0%	M88	0	0	0%

W 2021 r. w województwie łódzkim najwięcej wydanych orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego dotyczyło chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej 23,7%.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Wykres 2. Struktura orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według wybranych grup chorobowych w woj. łódzkim w 2021 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁴⁰, w 2021 roku lekarze orzecznicy ZUS wystawili w woj. łódzkim 2 381 pierwszorazowych orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (ICD-10 M00-M99).

W latach 2020-2021 lekarze orzecznicy ZUS⁴¹ wydali w Polsce 8 362 orzeczeń ustalających stopień niezdolności do pracy dla celów rentowych/ w których ustalono stopień niezdolności do pracy, z czego 1 210 (14,02%) spowodowanych było chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Zdecydowana większość wydanych z tego powodu orzeczeń dotyczyła osób w wieku 55-59 lat.

I.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu

⁴⁰ „Orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2019-2021 ustalające stopień niezdolności do pracy lub stwierdzające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według stopnia niezdolności do pracy, wieku, województw oraz grup chorobowych”, ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych.

⁴¹ *Ibidem*;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej są finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z tego zakresu.

I.3.1 Rehabilitacja finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej**⁴², w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach:

- 1) **ambulatoryjnych**, które obejmują:
 - a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) **domowych**, które obejmują:
 - a) poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię domową realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) **ośrodka lub oddziału dziennego**, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów,
 - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
 - d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
 - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - f) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii,
 - g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;
- 4) **stacjonarnych**, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową,
 - b) neurologiczną,
 - c) pulmonologiczną,

⁴² Dz.U. z 2021 r. poz. 265;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
- e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Od 02.04.2021 r. obowiązuje w ramach NFZ procedura: „Edukacja związana z bezpieczną aktywnością fizyczną” (kod 93.824).

Niniejszy Program przewiduje tylko i wyłącznie realizację świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.

W 2022 roku w województwie łódzkim **Narodowy Fundusz Zdrowia** posiadał umowy z 76 świadczeniodawcami w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz 166 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz 29 w zakresie fizjoterapii domowej⁴³.

Pomimo stosunkowo wysokich nakładów finansowych, **czas oczekiwania na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lekarska** jest nadal długi. W województwie łódzkim przeciętny czas oczekiwania (jak wynika ze strony⁴⁴ administrowanej przez Ministerstwo Zdrowia za okres sprawozdawczy listopad 2020) **wynosił:**

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych - 655 dni
- zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej – 260 dni
- fizjoterapia ambulatoryjna - 214 dni
- fizjoterapia domowa – 59 dni
- poradnia rehabilitacyjna – 58 dni.

I.3.2 Rehabilitacja finansowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Rehabilitację leczniczą w zakresie schorzeń narządu ruchu prowadzi także **Zakład Ubezpieczeń Społecznych** w ramach prewencji rentowej (na podstawie art. 69 *ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*) rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. 2019 poz. 277).

Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób:

- ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,

⁴³ Informator o zawartych umowach, wg stanu na 27.10.2022 r.;

⁴⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Zgodnie z **Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne**, rehabilitacja prowadzona jest w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym trwa 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony.

I.3.3 Rehabilitacja finansowana w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) zgodnie ze swym ustawowym obowiązkiem (Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników) zapewnia rolnikom uprawnionym do świadczeń Kasy możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja jest organizowana w formie 21-dniowych turnusów prowadzonych w Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS. W latach 2019-2021 rocznie z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem KRUS korzystało w Polsce od ok. 7 do 14 tys. osób.⁴⁵ Przy czym rehabilitacja po chorobach układu kostno-stawowego i mięśniowego jest ograniczona do narządu ruchu.

Z rehabilitacji leczniczej realizowanej za pośrednictwem KRUS mogą korzystać osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, albo uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujące odzyskanie tej zdolności w wyniku leczenia i rehabilitacji. Muszą one jednak spełniać określone kryteria dotyczące zasad podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników. W związku z tym na turnusy rehabilitacyjne kierowane są osoby, które spełniają jeden z następujących warunków (artykuł 64 ust. 1):

- podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie, albo
- podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą, z tym że okres ten nie jest wymagany w przypadku ubezpieczonego zagrożonego całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej, albo
- mają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowali zdolność do samodzielnej egzystencji.

⁴⁵ „KRUS w liczbach 2019–2021”, KRUS, Warszawa 2022 r.

https://www.krus.gov.pl/fileadmin/moje_dokumenty/dokumenty/statystykiBE/Biuro_Statystyki/KRUS_w_liczbach_Broszura_statystyczna_2021_PL_1.pdf, str. 17;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Każdorazowo świadczenie rehabilitacyjne przyznawane jest na wniosek lekarza ustalającego wskazania do odbycia rehabilitacji. Do wniosku muszą być dołączone niezbędne badania, zlecone przez lekarza. Pierwszeństwo w skierowaniu mają osoby, dla których potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej.

Głównym celem prowadzonej rehabilitacji jest zapobieganie inwalidztwu lub ograniczenie go do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym, a w przypadku osób, które zdolność do pracy utraciły jej przywrócenie, o ile jest to możliwe w wyniku leczenia i rehabilitacji.

I.3.4 Rehabilitacja finansowana z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON)

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) dofinansowuje rehabilitację na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

Z trwających co najmniej 14 dni turnusów rehabilitacyjnych⁴⁶ mogą korzystać osoby, które posiadają ważne orzeczenie o niepełnosprawności, posiadające wniosek lekarza prowadzącego o skierowanie na turnus. Należy też spełnić przyjęte kryterium dochodowe. Turnus może być zorganizowany w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej. Możliwe jest też przy spełnieniu określonych warunków dofinansowanie pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej. Każda grupa turnusowa ma opracowany program rehabilitacji odpowiedni do schorzeń uczestników, realizowany przy udziale kadry specjalistów. Celem prowadzonej rehabilitacji jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.⁴⁷

I.3.5 Rehabilitacja finansowana ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

W województwie łódzkim w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**, Poddziałania X.3.1 *Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy* ogłoszono cztery konkursy dotyczące wdrażania ww. programów polityki zdrowotnej opracowanych w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego:

- Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego;

Program jest kierowany do mieszkańców woj. łódzkiego, w wieku aktywności zawodowej, powyżej 50 roku życia, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej,

⁴⁶ <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/rehabilitacja/turnusy-rehabilitacyjne/>;

⁴⁷ art. 10c Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

w szczególności: z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi i/lub ograniczeniem ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii, z chorobami kręgosłupa, z chorobami tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien).

W ramach konkursu nr RPLD.10.03.01-IZ.00-10-001/17 wybrano 16 wniosków, których wartość ogółem wynosi 11 731 419,43 zł (łącznie kwota dofinansowania 10 672 162,22 zł). W ramach projektów planowana liczba osób do objęcia wsparciem wynosiła 8 600 osób.

W ramach konkursu nr RPLD.10.03.01-IZ.00-10-001/22 wybrano 17 wniosków, których wartość ogółem wynosi 6 870 424,94 zł (łącznie kwota dofinansowania 5 801 130,34 zł). W ramach projektów planowana liczba osób do objęcia wsparciem wynosiła 3 466 osób.

Łącznie do końca 2023 r. ze świadczeń dostępnych w ramach przedmiotowego Programu może skorzystać 12 066 osób.

- Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy.

Program jest kierowany do mieszkańców woj. łódzkiego w wieku aktywności zawodowej ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w kategorii: M47 Spondyloza, M48 Inne choroby kręgosłupa, M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, M50 Choroby krążków międzykręgowych szyjnych, M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej, M54 Bóle grzbietu, których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

W ramach konkursu nr RPLD.10.03.01-IZ.00-10-001/21 wybrano 14 wniosków, których wartość ogółem wynosi 13 900 118,75 zł (łącznie kwota dofinansowania 12 588 826,78 zł). W ramach projektów planowana liczba osób do objęcia wsparciem wynosi 8 414 osób.

W ramach konkursu nr RPLD.10.03.01-IZ.00-10-002/22 wybrano 15 wniosków, których wartość ogółem wynosi 11 016 144,98 zł (łącznie kwota dofinansowania 10 201 882,11 zł) i obejmuje wsparciem 6 452 osoby.

Łącznie do końca 2023 r. ze świadczeń dostępnych w ramach przedmiotowego Programu może skorzystać 14 866 osób.

I.3.6 Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Świadczenia w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Program zawiera dodatkowe interwencje, niemieszczące się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Wśród dodatkowych interwencji są:

- warsztaty psychoedukacyjne (cykl 2 spotkań);

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

- zapewnienie możliwości odbycia od 10 do 15 dni zabiegowych⁴⁸ (w ramach NFZ to 10 dni). Maksymalna liczba zabiegów przypadająca w programie na pacjenta nie powinna jednak przekroczyć łącznie 75 zabiegów. Ponadto możliwość udziału w zabiegach takich, jak PNF, McKenzie czy Kinesiology Taping;
- możliwość udziału w zajęciach aktywności fizycznej;
- udział w edukacji zdrowotnej.

Każdorazowo przed przystąpieniem do Programu pacjent będzie proszony o:

- **wypełnienie oświadczenia dotyczącego niekorzystania w ciągu ostatnich 6 miesięcy z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych.**

Wzór takiego oświadczenia zawiera Załącznik D. Mechanizm ten zabezpiecza przed ryzykiem podwójnego finansowania świadczeń.

Dodatkowo wartością **dobłą** jest umożliwienie finansowania w programie kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem, a także zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia, jeśli kwestie te stanowią barierę w dostępie do świadczeń.

Ponadto, dopuszczalne są wydatki dotyczące finansowania wyposażenia niezbędnego do realizacji świadczeń.

I.3.7 Zgodność Programu z dokumentem „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”

Tematyka Programu jest zgodna z dokumentem pn. „**Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030**” (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**”.

Cele działań zakładanych dla realizacji tego Narzędzia obejmują 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. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnieniem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji.

⁴⁸ Zgodnie z rekomendacją, aby "pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania", opinia AOTMiT nr 30.2015 z dn. 18.02.2015 r.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Dokument „Zdrowa Przyszłość...” jest zobowiązaniem Rzeczypospolitej Polskiej jako członka UE. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w ramach funduszy polityki spójności, wszystkie kraje członkowskie są zobowiązane do spełniania warunków podstawowych dla perspektywy 2021–2027 w poszczególnych obszarach. W obszarze zdrowia jako warunek podstawowy wskazano posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej.

I.4 Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu polityki regionalnej

Zgodnie z zapisami **Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa** „*Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności: w zakresie promocji i ochrony zdrowia*” (art. 14 ust. 1 pkt 2).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi w art. 6, iż zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 9. ww. Ustawy stanowi, iż **do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa** – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami, a także **opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia.**

Artykuł 9a brzmi: „**W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych (...)** może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”.

W „**Mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.**”⁴⁹ Rozdział 8. Rehabilitacja medyczna, wskazano, że **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.** Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.

Najważniejszym celem działań określonym w „**Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027**”⁵⁰, jest osiągnięcie korzyści zdrowotnych przez mieszkańców

⁴⁹ Opublikowana w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia 30 sierpnia 2021 r. (poz. 69), <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026>;

⁵⁰ „*Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027*”, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

regionu. Celem nadrzędnym Strategii jest „**Poprawa stanu zdrowia mieszkańców**”. Realizacja celu nadrzędnego będzie mierzona za pomocą standardowych mierników stanu zdrowia, przy czym jednym z nich jest wskaźnik dotyczący stanu zdrowia osób w wieku produkcyjnym w kontekście rynku pracy. Jest to współczynnik natężenia powstawania niezdolności do pracy. Pod względem wysokości tego wskaźnika Łódzkie jest na 7 miejscu w Polsce. Wśród celów wytycznych w ww. strategii założono **Cel operacyjny 2.4 Zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej**, wskazując, że wobec ograniczonej dostępności świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, istotne jest także dalsze realizowanie programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji, w tym nakierowanych na wydłużenie okresu aktywności zawodowej w grupie osób w wieku produkcyjnym.

Główną przyczyną opracowania niniejszego Programu jest umożliwienie jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów, tj. zastosowania zabiegów rehabilitacyjnych jak najszybciej od wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka tygodni lub miesięcy później. Tak długi czas oczekiwania niejednokrotnie uniemożliwia powrót do aktywności ruchowej, a tym samym nie pozwala szybko wrócić do pracy. Rehabilitacja udzielona w krótszym czasie od wystąpienia choroby pozwoli zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztem powrotu do pełnego zdrowia.

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej, zmniejszając produktywność i udział w rynku pracy tysięcy osób.

- Badania dotyczące związku pomiędzy chorobami układu mięśniowo-szkieletowego a absenteizmem ujawniły, że obok somatycznego przebiegu choroby na przewlekłość oraz stopień niesprawności pacjenta wpływają także czynniki psychologiczne i społeczne. Trwająca ponad 8 tygodni nieobecność w pracy spowodowana bólem w przebiegu choroby układu mięśniowo-szkieletowego pogarsza prognozy i sprawia, że szanse powrotu do pracy maleją;⁵¹
- Badania epidemiologiczne pracowników, których absencja spowodowana jest bólami okolicy lędźwiowo-krzyżowej wskazują, że im dłużej osoby takie przebywają na zwolnieniu lekarskim, tym trudniej zmobilizować je do powrotu do pracy oraz tym wyższe koszty gospodarcze ponosi państwo;⁵²
- Niedocenianie roli wczesnej rehabilitacji w procesie leczenia powoduje wzrost liczby osób pobierających świadczenia rentowe i w następstwie wzrost nakładów finansowych na te świadczenia. *„Z medycznego punktu widzenia warunkiem skuteczności procesu rehabilitacji jest podejmowanie działań rehabilitacyjnych możliwie jak najwcześniej. Wcześniej rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstaniu lub utrwaleniu kalectwa. Rehabilitacja jest niezbędnym warunkiem późniejszego przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, a im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej. Specyfika*

⁵¹ Eriksen, Grasdahl, Harris, Hagen, Tangen, 2016; źródło wskazane w raporcie AOTMiT nr: OT.441.120.2017;

⁵² Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier i in., 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj i Frings-Dresen, 2006 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011; źródło wskazane w raporcie AOTMiT nr: OT.441.120.2017;

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

schorzeń i urazów powoduje, że znaczna liczba ubezpieczonych po zakończeniu leczenia podstawowego jest nadal niezdolna do powrotu do pracy zarobkowej. (...) Ubezpieczonym, u których utrzymuje się lub pogłębia niesprawność psychofizyczna w przewlekłym okresie schorzenia, rehabilitacja lecznicza umożliwi uzyskanie istotnej poprawy funkcjonalnej.⁵³

Sesje psychoedukacyjne uwzględniają aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczność nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby. Zmiana jest wieloetapowym procesem, a podczas poszczególnych kroków możemy napotkać inne wyzwania. Towarzyszą nam też wtedy różne pytania oraz często spada motywacja dążenia do celu. Profesjonalna opieka podczas sesji pozwoli uczestnikom być zmotywowanym do działania, trzeba wierzyć w to, że się uda, a to co robimy, będzie miało przełożenie na wyniki. Poczucie własnej skuteczności to przekonanie, że jesteśmy w stanie wykonać określone działania i osiągnąć założone cele.

Niniejszy Program uwzględnia elementy zwiększenia aktywności fizycznej. Jednocześnie Program zachęca do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowanej przez niego. Oprócz korzystnego wpływu na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, regularna aktywność fizyczna jest czynnikiem chroniącym lub zmniejszającym nasilenie dla chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, otyłości.⁵⁴

Niewystarczająca aktywność fizyczna uznawana za jedną z przyczyn utraty zdrowia oraz jeden z kluczowych behawioralnych czynników ryzyka występowania współczesnych chorób cywilizacyjnych⁵⁵. Jest ona istotnym regulatorem funkcjonowania organizmu, a systematycznie uprawiana – niesie szereg korzyści dla zdrowia (m.in. zwiększenie wydajności pracy serca, układu oddechowego oraz normalizację ciśnienia tętniczego krwi i rytmu serca)⁵⁶.

Według rekomendacji WHO osobom dorosłym (w wieku 18-64 lata) zaleca się przynajmniej 150 minut umiarkowanej aerobowej aktywności fizycznej w tygodniu lub jako równoważnik – 75 minut intensywnej aerobowej aktywności fizycznej w tygodniu (przy czym ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane w sposób ciągły, przez co najmniej 10 minut). WHO zaleca, by poświęcać 30 minut dziennie (przez min. 5 dni w tygodniu) na umiarkowaną aktywność fizyczną, taką jak spacer, jazda na rowerze, lub 20 minut dziennie na aktywność intensywną – bieganie czy aerobik (3 dni w tygodniu). Tymczasem, jak wynika z raportu Polskiego Instytutu Ekonomicznego pt. „Polski rynek sportu” z 2019 r., zaledwie co czwarty Polak uprawia sport regularnie lub z pewną regularnością (28%)⁵⁷.

Starzenie się społeczeństwa, zbyt niski poziom aktywności fizycznej oraz niezdrowy styl życia sprzyjają występowaniu chorób przewlekłych i stanowią poważne wyzwanie dla globalnych systemów opieki

⁵³ Andrzej Kwolek, „Rehabilitacja medyczna. Tom 1.”, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2012;

⁵⁴ OECD, 2009;

⁵⁵ V. Cleland, „Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis”. Obesity Reviews 2013, 14,3:197-212.;

„Global recommendations on physical activity for health”, WHO 2010;

⁵⁶ W. Traczyk, A. Trzebski, „Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015;

⁵⁷ K. Kutwa, M. Rafa, „Polski rynek sportu”.

Źródło: https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2019/08/Raport_PIE-Sport-gospodarka.pdf [dostęp: 8.08.2020].

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

zdrowotnej. Edukacja i promocja zdrowia w fizjoterapii oraz fizjoprofilaktyka mogą przyczynić się do zapobiegania chorobom cywilizacyjnym i w znacznym stopniu obniżyć koszty ich leczenia.⁵⁸

Biorąc powyższe pod uwagę w Programie przewidziano oprócz katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowych i jednocześnie niezbędnych do realizacji niniejszego programu, usługi zdrowotne stanowiące wartość dodaną do funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w postaci dodatkowych metod kinezyterapii (jak metoda PNF, Kinesiology Taping, czy McKenzie) sesji psychoedukacyjnych oraz możliwość udziału w zajęciach sportowych (max 3 m-ce) dla uczestników Programu, tak aby oferowane wsparcie było kompleksowe i jak najbardziej efektywne przede wszystkim w jak najszybszym powrocie na rynek pracy. Ponadto uczestnicy będą uzyskiwać informacje na temat realizacji ćwiczeń w domu, także po zakończeniu udziału w Programie.

⁵⁸ Z. Kubińska, K. Zaworski, „Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne”, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii; za K.S. Sahu, B. Bharati, „Role of Physiotherapy in Public Health Domain: India Perspective”, Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy 2014; 8(4): 134-137; S. Hartley, G.M. Yeowell, Future proofing the Physiotherapy Profession. In: World Confederation for Physical Therapists (WCPT) Congress 2017. Cape Town, Africa;

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Głównym celem Programu jest:

uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników Programu, u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie rehabilitacji leczniczej w latach 2023-2029.

Termin „poprawa” należy rozumieć jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym świadczeniobiorcy, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID, ang. minimal clinically important difference) dla danego testu⁵⁹.

Formułując cel kierowano się brzmieniem *Narzędzia 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących* zdefiniowanego w dokumencie pn. „*Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030*” oraz założeniami Programu Regionalnego „*Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027*”.

W ramach Celu szczegółowego ESO4.4. Wspieranie dostosowania pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia (EFS+) utrzymanie, wznowienie, wydłużenie aktywności zawodowej jest główną intencją realizacji programów rehabilitacji medycznej, współfinansowanych ze środków unijnych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego plus i budżetu państwa. Wartość liczbowa odzwierciedla liczbę osób obejmowanych działaniami Programu.

II.2 Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi Programu są:

- 1) Uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego u co najmniej 75% uczestników.
- 2) Zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych u co najmniej 60% uczestników, u których stwierdzono dolegliwości bólowe.
- 3) Wzrost aktywności fizycznej u co najmniej 70% uczestników.
- 4) Wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy u 80% uczestników.

⁵⁹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r.;

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

W Tabeli przedstawiono wybrane mierniki, na podstawie których można dokonać oceny stopnia realizacji celów Programu.

Tabela 9. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu.

NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ ODNIESIENIA	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego <u>w każdym z obszarów</u> , dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności	określona podczas kwalifikowania uczestników do Programu (Załącznik A) liczba uczestników programu	co najmniej 70% uczestników	Porównanie wyników testów wykonywanych podczas I i II porady rehabilitacyjnej Odpowiednie testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera
Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego	określona podczas kwalifikowania uczestników do Programu (Załącznik A) liczba uczestników programu	co najmniej 75% uczestników	Porównanie wyników testów wykonywanych podczas I i II porady rehabilitacyjnej Odpowiednie testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera *Wystarczająca może być poprawa stanu funkcjonalnego w jednym obszarze
Liczba osób, u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	określona podczas kwalifikowania uczestników do Programu (Załącznik A) liczba osób u których stwierdzono zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	co najmniej 60% uczestników	Porównanie wyników skali VAS wypełnionej podczas I i II porady rehabilitacyjnej * Końcowy pomiar natężenia bólu nie powinien odbywać się w dniu, w którym wykonywane były zabiegi lub podawane leki przeciwzapalne czy przeciwbólowe
Liczba osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej	określona podczas kwalifikowaniu uczestników do Programu (Załącznik A) liczba uczestników programu	co najmniej 70% uczestników	Porównanie wyników kwestionariusza IPAQ wypełnionego podczas I i II porady rehabilitacyjnej/końcowej porady * Wypełniając formularz podczas końcowej konsultacji nie będzie uwzględniana kinezyterapia realizowana w ramach programu
Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy	liczba uczestników programu	co najmniej 80% uczestników Programu	Porównanie wyników testu wstępnego i końcowego

Uzasadnienie dla przyjętych wartości mierników

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Przyjęte wartości wynikają z analizy doświadczeń wdrażania wcześniej realizowanych programów polityki zdrowotnej dotyczących rehabilitacji medycznej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.1 *Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej*, konsultacji ze środowiskiem medycznym i wewnętrznym. Zakłada się, że stan zdrowia populacji obejmowanej interwencją programu poprawi się zgodnie z zakładanymi wartościami.

Skala wpływu na stan zdrowia populacji w wyniku interwencji odpowiada możliwościom dostępnego budżetu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.1 Populacja docelowa

Zgodnie z wydanymi na podstawie art. 5 ust. 1 pkt. 12 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz. U. poz. 1079) „Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, Podrozdziału 7.2.:

Regionalne programy zdrowotne realizujące działania z obszaru rehabilitacji medycznej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia **są kierowane do:**

- **osób zatrudnionych narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych, lub do**
- **osób bezrobotnych zarejestrowanych, potrzebujących świadczeń rehabilitacyjnych w celu podjęcia lub powrotu do zatrudnienia.**

W woj. łódzkim liczba osób aktywnych zawodowo (w 2020 r.) wynosiła 1 138 000 **osób** (patrz część: *I.2.1 Dane dotyczące województwa łódzkiego*), z czego średnia liczba osób powyżej 15 roku życia cierpiących z powodu bólów dolnej partii pleców, środkowej partii pleców, czy bólów szyi (karku) oscylowała w województwie łódzkim w wysokości ok. **65,5%** (patrz część: *I.2.2 Dane dotyczące chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej mieszkańców województwa łódzkiego na tle Polski*), co stanowi **ok. 745 390 osób**.

Ponadto mając na uwadze, iż „z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wystawiono w województwie łódzkim w 2021 roku osobom w wieku 19-64 lata 213 738 zaświadczeń lekarskich (choroba własna), co stanowi 15% wszystkich zaświadczeń” (patrz część *I.2.1 Dane dotyczące województwa łódzkiego*) 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 to 106 869 osób, czyli **blisko 15% osób cierpiących z powodu bólów kręgosłupa** (106,8 tys./745 tys.).

Biorąc pod uwagę wielkość kwoty przewidzianej na niniejszą interwencję oraz ograniczenia budżetowe dostępnych środków **przyjęto wielkość populacji kwalifikującej się do Programu na poziomie ok. 5 590 osób**, tj. (5,23% osób z 106 869 osób, czyli szacowanej grupy otrzymujących zaświadczenie lekarskie z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej).

Zatem niniejszy Program adresowany jest do:

- **mieszkańców województwa łódzkiego,**
- **ograniczony do osób pracujących oraz osób bezrobotnych zarejestrowanych**

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

- **ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** w kategorii:
 - M15 Zwyródnienie wielostawowe
 - M16 Koksartroza
 - M17 Gonartroza
 - M19 Inne zwyrodnienia stawów
 - M40 Kifoza i lordoza
 - M41 Skolioza
 - M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
 - M48 Inne choroby kręgosłupa
 - M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - M50 Choroby kręgów szyjnych
 - M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - M54 Bóle grzbietu
 - M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem
 - M75 Uszkodzenia barku
 - M76 Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy
 - M77 Inne entezopatie
 - M95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

Wybór ww. jednostek chorobowych wynika z najczęściej stwierdzanych chorób pacjentów korzystających ze świadczeń w województwie łódzkim w ramach krajowych środków publicznych (patrz: *Tabela 8. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w obszarze chorób grzbietu i kręgosłupa na terenie województwa łódzkiego w latach 2019-2021*).

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

Program skierowany jest do pacjentów posiadających wskazania i których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Działania dotyczące rehabilitacji medycznej będą skierowane do pracowników najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych oraz do osób bezrobotnych, które z powodu złego stanu zdrowia mają problem z podjęciem pracy (co wynika z zapisów Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027”).

Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie:

- **mieszkaniec województwa łódzkiego**, będący
- **osobą pracującą albo osobą bezrobotną zarejestrowaną**
- **ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** w kategorii:
 - M15 Zwyródnienie wielostawowe
 - M16 Koksartroza
 - M17 Gonartroza
 - M19 Inne zwyrodnienia stawów
 - M40 Kifoza i lordoza
 - M41 Skolioza
 - M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

- M48 Inne choroby kręgosłupa
- M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
- M50 Choroby kręgow szyjnych
- M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
- M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
- M54 Bóle grzbietu
- M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem
- M75 Uszkodzenia barku
- M76 Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy
- M77 Inne entezopatie
- M95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

przy czym dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 12 miesięcy;

- **którego stan zdrowia umożliwi podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym;**
- oraz **wyraził pisemną zgodę na udział w Programie**, a także
- **złożył oświadczenie potwierdzające niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ (załącznik D).**

III.3 Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria związane z podwójnym finansowaniem, niezastępowaniem i demarkacją ze świadczeniami rehabilitacyjnymi finansowanymi z innych krajowych środków publicznych (korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących **tych samych zabiegów** i zleconych **z powodu tego samego rozpoznania**, finansowanych z innych środków publicznych w ciągu ostatnich 6 m-cy):

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
 - „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

III.4 Informowanie o programie polityki zdrowotnej

W Programie planuje się organizowanie działań informacyjno-promocyjnych przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego (UMWŁ) oraz Beneficjentów (realizatorów).

Ze strony UMWŁ:

- na etapie prowadzonego naboru wniosków o dofinansowanie realizacji projektów, jak również
- na etapie realizacji projektów co najmniej poprzez udostępnienie informacji o Programie i realizowanych projektach (m.in. na stronach internetowych UMWŁ, konferencjach, spotkaniach i innych wydarzeniach).

Ze strony beneficjentów:

Dobór środków przekazu będzie należał do realizatorów projektów i wykorzystywał dostępne narzędzia, jak np. Internet, w tym media społecznościowe, prasa, radio.

Przy czym każdy z realizatorów zobowiązany jest utworzyć w ramach istniejącej / utworzonej strony realizatora zakładkę zawierającą informacje o realizacji projektu z odniesieniem do Programu uwzględniającą w szczególności informacje o realizacji Programu, jego celu, ramach czasowych, kryteriach i sposobie kwalifikacji, zasadach udzielania świadczeń. Jeżeli w projekcie określony został regulamin rekrutacji lub regulamin udziału w projekcie powinien on również zostać zamieszczony.

Wśród planowanych do podjęcia działań w ramach akcji informacyjnej możliwe są działania o charakterze promocyjnym adresowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, w tym m.in. emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, promocja w serwisach internetowych. Konieczne jest, aby na poziomie projektu dostosować działania informacyjne do specyfiki populacji na danym obszarze, aby uzyskać jak największą zgłaszalność.

Zakłada się ścisłą współpracę beneficjentów realizujących Program z podstawową opieką zdrowotną i organizacjami pozarządowymi w celu dotarcia do jak największej liczby osób zainteresowanych.

Działania powinny być również kierowane do pracodawców, działających w branżach szczególnie zagrożonych ryzykiem choroby zawodowej, w tym związanych z wykonywaniem pracy siedzącej lub pracy związanej z wykonywaniem powtarzalnych, jednostajnych ruchów. We wniosku o dofinansowanie należy wskazać w jaki sposób planowane jest dotarcie do takich podmiotów.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, w szczególności do personelu POZ, który będzie mógł poinformować pacjentów o realizacji programu, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich beneficjentów realizujących Program.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.5 Planowane interwencje (działania) oraz sposób udzielania świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach programu polityki zdrowotnej

III.5.1 Kwalifikacja formalna do programu polityki zdrowotnej

Kandydaci na uczestników programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty (beneficjentów).

W podmiotach zostaną przeprowadzone czynności związane z **kryteriami formalnymi rekrutacji**, w świetle których udział w Programie może wziąć:

- **mieszkaniec województwa łódzkiego, będący**
- **osobą pracującą albo osobą bezrobotną zarejestrowaną**
- **ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** w kategorii:
 - M15 Zwyródnienie wielostawowe
 - M16 Koksartroza
 - M17 Gonartroza
 - M19 Inne zwyrodnienia stawów
 - M40 Kifoza i lordoza
 - M41 Skolioza
 - M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
 - M48 Inne choroby kręgosłupa
 - M49 Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
 - M50 Choroby kręgów szyjnych
 - M51 Inne choroby krążka międzykręgowego
 - M53 Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej
 - M54 Bóle grzbietu
 - M70 Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem
 - M75 Uszkodzenia barku
 - M76 Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy
 - M77 Inne entezopatie
 - M95 Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej

przy czym dokumentacja medyczna potwierdzająca diagnozę nie może mieć więcej niż 12 miesięcy;

- **którego stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym;**
- **oraz wyraził pisemną zgodę na udział w Programie, a także**
- **złożył oświadczenie potwierdzające niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków publicznych, w tym NFZ (załącznik D)**

Ze względu na preferencje przewidziane w pierwszeństwie dostępu do projektów przy rekrutacji należy też uwzględnić:

- **Wiek 50+ (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wieku 50+).**

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

Czynności te powinny być wykonywane przez personel administracyjny podmiotów przed przystąpieniem do dalszych czynności.

III.5.2 Kwalifikacja medyczna do programu polityki zdrowotnej

III.5.2.1 Krok 1. I porada rehabilitacyjna.

Kwalifikacja pacjenta do Programu przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w części IV.2

Wymagane jest, aby do kwalifikacji pacjentów do programu zostało wykorzystane narzędzie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znane jako ICF⁶⁰.

Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. ICF określa składniki zdrowia i niektóre powiązane ze zdrowiem warunki dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia.

W przypadkach ciężkich lub niekwalifikujących się do leczenia zachowawczego, pacjent informowany jest o konieczności dalszego leczenia specjalistycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Niezależnie od wyniku ostatecznej kwalifikacji (pozytywnej lub negatywnej), **osoba dokonująca kwalifikacji sporządza pisemną dokumentację precyzującą powód:**

- przyjęcia (Załącznik A. Karta pacjenta nr 1) lub
- odmowy przyjęcia danej osoby do projektu oferującego wsparcie w ramach Programu.

Kierowana osoba powinna dysponować dokumentacją medyczną (nie starszą niż 1 rok) zawierającą:

- wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, lub
- odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, lub
- karty informacyjne leczenia szpitalnego.

Przedstawiona dokumentacja, bądź dodatkowo zaświadczenie lekarskie, pozwala na potwierdzenie jednostki chorobowej dotyczącej układu ruchu zgodnej z kodami ICD-10 wymienionymi w Programie.

Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych leży po stronie uczestnika programu.

Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne.

I porada rehabilitacyjna obejmuje:

⁶⁰ Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)
https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf ;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

- a) **wywiad**, który uwzględni m.in. takie aspekty jak: zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej (określające warunki pracy: praca siedząca, wymagająca schylania się, wymuszonej pozycji, podnoszenia/noszenia ciężarów), nawykach ruchowych, aktywności fizycznej;
- b) **badanie i analizę ruchu, ocenę chodu i ocenę postawy ciała** (osoba dokonująca kwalifikacji wykonuje odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu).

W zależności od potrzeby wykonane będą następujące pomiary, m.in.:

- badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne);
 - pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (wizualna skala analogowa / Visual Analog Scale);
 - pomiary antropometryczne – wysokość i masa ciała, obwód talii; w tym pomiar WHtR (ang. waist–height ratio);
 - określenie wskaźnika masy ciała BMI;
- c) **wykluczenie czerwonych i żółtych flag** obowiązujących w fizjoterapii (*Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej*) – ankieta do wypełnienia przez pacjenta,

Pacjent wypełnia:

- **Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ)** oraz
- **test wiedzy** na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy (test wstępny).

Szczegółowy wywiad kwalifikujący pacjenta do Programu ma na celu zwiększenie skuteczności podejmowanych działań poprzez identyfikację zagrożeń, uprzedzeń i barier, jakie mogą wystąpić ze strony pacjenta.

Wszystkie wyniki należy odnotować w karcie pacjenta (Załącznik A. Karta pacjenta nr 1), niezależnie od decyzji o zakwalifikowaniu go do dalszych etapów.

Pacjentów u których w trakcie badania wystąpią somatyczne symptomy ostrzegawcze tzw. "czerwone flagi", powinno się pokierować do dalszej diagnostyki, aby wykonali dalsze badania obrazowe lub laboratoryjne lub pokierować do specjalisty (w zależności od przewidywanej diagnozy i stopnia pilności danego przypadku)⁶¹.

⁶¹ Tworząc założenia dotyczące somatycznych symptomów ostrzegawczych w niniejszym programie kierowano się *Wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej*. Uchwała nr 142/1 KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.5.2.1.1 Czerwone flagi

Zidentyfikowanie, na którymś etapie badania lub leczenia poniższych objawów lub symptomów powinno skłonić do szczególnej ostrożności i podjęcia decyzji o odesłaniu pacjenta na dalsze badania i konsultacje z lekarzami specjalistami. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i ich dynamiki narastania.

Do przedmiotowych objawów/symptomów należy:

- Choroba nowotworowa w przeszłości lub obecnie;
- Nagła utrata masy ciała, bez uchwytnej (definiowanej) przyczyny;
- Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytnej przyczyny;
- Gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura);
- Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytnej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności;
- Ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący;
- Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny;
- Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie;
- Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy;
- Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa;
- Zaburzenia napięcia mięśniowego - obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/cztero kończynowe bez wyjaśnionej przyczyny;
- Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny;
- Zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości;
- Nagle lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem;
- Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej;
- Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. i mniej niż 50;
- Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95;
- Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50;

Powinno się poinformować pacjenta o konieczności dalszego leczenia u specjalisty w przypadku tych pacjentów, u których w trakcie badania wystąpią czynniki biopsychospołeczne tzw. "żółte flagi".

III.5.2.1.2 Żółte flagi

Zidentyfikowanie na którymkolwiek etapie badania lub leczenia poniższych symptomów, nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do fizjoterapii, ale może mieć znaczący negatywny wpływ na uzyskiwane efekty. Z tego względu wymaga często wsparcia lekarzy specjalistów, ale też specjalistów z innych dziedzin np. psychologa, dietetyka, doradcy zawodowego,

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

etc. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i wpływu na efekty terapii.

Do przedmiotowych objawów/symptomów należy:

- Brak wiary w poprawę;
- Niestabilność emocjonalna, labilność nastroju;
- Opóźniony powrót do pracy i brak motywacji do jej podjęcia;
- Brak kontroli nad problemem stawianym jako cel terapii;
- Strach, obawa, poczucie lęku;
- Depresja, inne zaburzenia psychiczne;
- Silny czynnik stresu i/lub izolacja społeczna

Następnie pacjent zostaje poinformowany o przebiegu Programu i udziela pisemnej zgody na udział w nim.

Po uzyskaniu zgody pacjenta na udział w Programie, zostaje ustalony **Indywidualny Plan Rehabilitacji (IPR)**, w tym ustalone z pacjentem cele m.in. wystawiając zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne, uwzględniając przy tym obok założeń Programu także preferencje pacjenta.

Program przewiduje 10 dniowy cykl zabiegów (min. 3 dni zabiegowe w tygodniu), w uzasadnionych - względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego – przypadkach, decyzją osoby układającej IPR, cykl zabiegów może zostać wydłużony do maksymalnie 15 dni.

W Programie przyjęto, że **70% uczestników będzie korzystać z 10 dniowego cyklu**, a **30% uczestników z 15-dniowego cyklu**. Maksymalnie 5 zabiegów dziennie.

Podczas I porady rehabilitacyjnej osoba kwalifikująca do Programu uzupełni **Załącznik A. Karta pacjenta nr 1**. **Na tym etapie dokonywana jest ostateczna kwalifikacja pacjenta do Programu.**

III.5.2.2 Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji.

W ramach Programu **pacjent odbędzie cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej.**

Zgodnie z rekomendacjami, edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU OSHA 2016), a kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem (NIGRiR 2013), co zostanie spełnione poprzez sesje psychoedukacyjne.

O rodzaju zlecanych zabiegów u poszczególnych pacjentów każdorazowo decyduje fizjoterapeuta kierując się wskazaniami i wytycznymi o jak największej sile dowodowej. IPR powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010). Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta. Każda zmiana powinna zostać odnotowana w karcie pacjenta i tym samym powinien zostać zaktualizowany IPR po konsultacji z osobą układającą IPR dla danego pacjenta.

Zabiegi obejmują m.in:

- kinezyterapię indywidualną (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. indywidualna praca z pacjentem - nie mniej niż 30 min, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, nauka czynności lokomocji, wyciągi.
- ciepłolecznictwo - wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa (*Kwolek (red), 2012*).
- krioterapię - wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (*Kwolek (red), 2012*).
- hydroterapię (m.in. kąpiel wirowa kończyn) - wskazania do hydroterapii to m.in. schorzenia narządu ruchu, choroby układu nerwowego z zaburzeniami czynności ruchowych, wady postawy, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów i zapalenia okołostawowe, nerwobóle (*Kwolek (red), 2012*).
- leczenie polem magnetycznym (m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości) - wskazania do leczenia polem magnetycznym to m.in. wybrane schorzenia reumatologiczne: choroba zwyrodnieniowa stawów, podostre i przewlekłe zapalenie stawów, schorzenia tkanek miękkich, entezopatie, schorzenia urazowo-ortopedyczne: niektóre powikłania po zabiegach operacyjnych, wykręceniach, stanach pourazowych, osteoporoza (*Kwolek (red), 2012*).
- leczenie ultradźwiękami (m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza) - wskazania do leczenia ultradźwiękami to m.in. zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, entezopatie, zespoły korzeniowe, neuralgie, bóle poamputacyjne (*Kwolek (red), 2012*).
- laseroterapię - wskazania do laseroterapii to m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, entezopatie, stany po urazach, skręceniach, reumatoidalne zapalenie stawów (*Kwolek (red), 2012*).
- elektroterapię (m.in. galwanizacja, jonoforeza, kąpiele elektryczno-wodne) wskazania do elektroterapii to m.in.: zespoły bólowe, utrudniony zrost po złamaniach kości, wybrane schorzenia reumatologiczne (*Kwolek (red), 2012*),
- masaże (m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny ręczny, masaż limfatyczny mechaniczny, masaż podwodny, masaż mechaniczny) wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, zaburzenia czynności mięśni

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu (*Kwolek (red), 2012*).

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych⁶² „**istotne jest ograniczenie liczby zabiegów fizykoterapii i popularyzację kinezyterapii**”. Jednocześnie Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (Goertz i in.2012) w nieswoistym bólu krzyża, w pierwszej kolejności rekomenduje model rehabilitacji oparty na zastosowaniu kinezyterapii. Biorąc pod uwagę fakt, iż „do zabiegów fizykoterapeutycznych nie są zaliczane kinezyterapia i masaż”⁶³ zakłada się, iż **spośród wszystkich zabiegów dostępnych w ramach Programu co do zasady 60% będą stanowiły zabiegi dotyczące kinezyterapii, a około 10% będą stanowiły zabiegi dotyczące masaży**.

Wybór zabiegów w zakresie masaży wynika z analizy struktury zabiegów proponowanych przez Beneficjentów realizujących „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”. Beneficjenci zaplanowali do realizacji od ok. 8% (w pierwszym konkursie) do ok. 9% (w drugim konkursie) masaży w stosunku do wszystkich dostępnych zabiegów.

W ramach programu przewidziano realizację metod (szeroko rozumianej kinezyterapii) w leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa: metoda McKenzie, PNF, czy Kinesiology Taping.

Kompleksowa fizjoterapia, to nie tylko ćwiczenia ruchowe i oddziaływanie na chorego bodźcami fizykalnymi, ale również specjalistyczne metody kinezyterapeutyczne, takie jak terapia manualna, PNF czy metoda McKenzie. Metoda Robina McKenzie, jest bardzo popularna nie tylko w Polsce, ale także w całej Europie⁶⁴. Skuteczność tej metody potwierdzają badania Rapały i wsp. przeprowadzone na grupie pacjentów z ostrym i przewlekłym bólem kręgosłupa⁶⁵.

Podstawowym celem metody PNF jest osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu sprawności funkcjonalnej. Głównym celem metody PNF (proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie) jest odbudowa czynności ruchowych (reedukacja) podporządkowana fizjologicznej sekwencji rozwoju ruchowego i prowadzona w oparciu o ruchy zbliżone do tych, jakie się wykonuje w życiu codziennym. (...) Całość ruchu jest wynikiem świadomych starań pacjenta, wspieranych elementami torującymi, do których można zaliczyć: rozciągnięcie mięśni i innych elementów okołostawowych, ciąg i nacisk, wzmocnienie aktywności mięśni poprzez odpowiednio stawiany opór, właściwy chwyt oraz zapewnienie odpowiednich warunków i kolejności pracy mięśni⁶⁶.

Kofotolis i Kelis⁶⁷ zbadali skuteczność leczenia metodą PNF kobiet w wieku 40-50 lat cierpiących na chroniczny ból kręgosłupa lędźwiowego. Wielowymiarowa analiza wyników badań wykazała, iż grupy

⁶² „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.” przyjęta Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Warszawa 30 sierpnia 2021 r, str. 346;

⁶³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”;

⁶⁴ A. Berwecki, A. Spannbaauer, T. Ridan, M. Berwecka, Ł. Talaga, „Ocena skuteczności leczenia zachowawczego u chorych z zespołem bólowym bólem odcinka szyjnego kręgosłupa”;

⁶⁵ A. Rapała, K. Rapała, W. Lachowicz, S. Łukawski, „Ocena kliniczna metody McKenzie w chorobie dyskowej w materiale Kliniki Ortopedii CMKP w Otwocku”, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2004; 6(2): 183-189;

⁶⁶ M. Grudzień, „Potential applications of the PNF method and kinesiotaping in the treatment of juvenile thoracic kyphosis”;

⁶⁷ N. Kofotolis, E. Kellis, „Effects of two 4-week proprioceptive neuromuscular facilitation programs on muscle endurance, flexibility, and functional performance in women with chronic low back pain”. Phys Ther 2007, 86(7): 1001-1011;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

poddane leczeniu techniką rytmicznej stabilizacji i kombinacji skurczów izotonicznych wykazały istotną poprawę ruchomości, statycznej i dynamicznej siły mięśni tułowia oraz wskaźników bólu i sprawności⁶⁸.

Kinesiotaping - naklejanie plastrów w charakterystyczny sposób, w celu utrwalenia nawyku prawidłowej postawy. Podstawą działania kinesiotapingu jest przede wszystkim oddziaływanie sensoryczne. Aplikacje kinesiotapingu pozwalają na zachowanie pełnego zakresu ruchu, korygowanie pozycji stawu, zmniejszają ból i nadwrażliwość czuciową w skórze i mięśniach, świadomą normalizację napięcia mięśniowego, aktywowanie mięśni uszkodzonych, likwidują zastoje i obrzęki limfatyczne, korygują niewłaściwe pozycje partnerów stawowych oraz ułożenie powięzi i skóry, mają na mikrokążenie⁶⁹.

Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa⁷⁰.

Zgodnie z rekomendacjami pacjenci otrzymają tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i będą w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010, VHA –DoD 2010).

Należy mieć na uwadze, że istnieją także przeciwwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów.

W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną oraz masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017). Ból przewlekły – trwa ponad 3 miesiące.

Ćwiczenia w ramach Programu będą nadzorowane (ćwiczenia nadzorowane wykazały się większą skutecznością niż te prowadzone bez nadzoru lub w warunkach domowych (dowód o średniej mocy)). Dobór ćwiczeń fizycznych powinien uwzględniać w jak największym stopniu preferencje pacjenta, gdyż tylko wtedy jego motywacja pozwoli utrzymać później podjętą aktywność fizyczną. Indywidualizowana, dopasowana do oczekiwań, potrzeb i ograniczeń pacjenta rehabilitacja ruchowa jest skuteczniejsza (*Aitken, Buchbinder, Jones, Winzenberg, 2015*).

Element edukacyjny

Fizjoprofilaktyka to pojęcie, które oficjalnie funkcjonuje w obszarze kultury zdrowotnej od dnia uprawomocnienia się Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (31.05.2016). Zapisano w niej, że wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wśród których na 8 pozycji wskazano działalność fizjoprofilaktyczną. Jej zadaniem jest popularyzowanie zachowań prozdrowotnych oraz kształtowanie i podtrzymywanie sprawności i wydolności osób w różnym wieku w celu zapobiegania niepełnosprawności. Holistyczny model fizjoterapii funkcjonuje w nielicznych

⁶⁸ E. Mikołajczyk, A. Jankowicz-Szymańska, G. Guzy, T. Maicki „Wpływ kompleksowej fizjoterapii na stan funkcjonalny pacjentek z dolegliwościami bólowymi odcinka szyjnego kręgosłupa,” *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 73-79;

⁶⁹ M. Grudzień, „Potential applications of the PNF method and kinesiotaping in the treatment of juvenile thoracic kyphosis”;

⁷⁰ P. Gajewski, A. Szczeklik, „*Interna Szczeklika 2016 - Podręcznik chorób wewnętrznych*”, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2016;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

pracach naukowych. Zgodnie z nim celem współczesnej fizjoterapii jest nie tylko leczenie procesów chorobowych i ich następstw, ale także zapobieganie im. Od kilkunastu lat coraz częściej mówi się ponownie o medycynie traktującej problemy zdrowotne pacjentów w szerokim zakresie, obejmującym epidemiologię, statystykę, higienę, oświatę zdrowotną oraz profilaktykę.⁷¹

Celem fizjoprofilaktyki jest niedopuszczenie do wystąpienia stanów patologicznych i oddalanie w czasie bólu, cierpienia, choroby, konieczności stosowania procedur medycznych (terapeutycznych, farmakologicznych i operacyjnych). Fizjoprofilaktyka to całonocowa potrzeba zdrowotna (normatywna, odczuwana, wyrażana i porównawcza) polegająca na poprawnym, wg zasad ergonomii ruchu, wykonywaniu czynności dnia codziennego tj. leżenie, stanie, siedzenie, chodzenie, dźwiganie, podnoszenie, mocowanie, wspinanie, skakanie i inne. Jej treść stanowią również zdrowotne ćwiczenia fizyczne: oddechowe, rozciągające rozluźniające, relaksacyjne i in. Kolejną grupę stanowią ćwiczenia usprawniające (kondycyjne): wytrzymałościowe, siłowe (dynamiczne, izometryczne), gibkościowe, koordynacyjne, równoważne i hybrydowe. Należy pamiętać, że fizjoprofilaktyka może być realizowana nie tylko w każdym wieku, ale i w każdym stanie zdrowia i choroby, dostosowanie jej jakościowego profesjonalnego wymiaru do problemu zdrowotnego osób chcących uniknąć choroby czy pacjentów wymaga profesjonalnych kompetencji i czyni ją ustawowym świadczeniem zdrowotnym w rękach wykwalifikowanego fizjoterapeuty⁷²

W ramach niniejszego Programu edukacja prozdrowotna obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Aspekt edukacyjny będzie stanowił średnio **2 godziny na 1 pacjenta** w trakcie lub po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych. O wyznaczonym czasie edukacji postanowi osoba układająca IPR.

Fizjoterapeuta przedstawi pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych, które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie w domu w trakcie lub po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych. Fizjoterapeuta zadba o edukację pacjenta w tematyce znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia i korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Podczas wykonywanych zabiegów fizjoterapeuta omówi z pacjentem główne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia bólów kręgosłupa oraz poinformuje o zasadach ergonomii w życiu codziennym oraz podczas pracy. Przekazane zostaną także zasady ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko pojawienia się/nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych. Ponadto w celu ułatwienia i zachęty w podejmowaniu aktywności fizycznej zakupiony zostanie dla połowy pacjentów drobny sprzęt jak np. rotory czy piłki.

Edukacja pacjenta dotyczyć również będzie przestrzegania zasad ergonomii, m.in:

⁷¹ Z. Kubińska, K. Zaworski, *Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne*, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii;

⁷² Z. Kubińska, K. Zaworski, *Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne*, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii; za: Z. Kubińska, „Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całonocowej edukacji zdrowotnej”. *Polish Journal of Continuing Education* 2017; 3:128-132;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

- ergonomii życia codziennego,
- ergonomii pracy w pozycji siedzącej,
- ergonomii wpływu długotrwałej pracy przy biurku na organizm,
- ergonomii pracy fizycznej,
- ergonomii wpływu długotrwałej pracy fizycznej na organizm.

III.5.2.3 Krok 3. Warsztaty psychoedukacyjne.

W warsztatach będzie mógł wziąć udział każdy uczestnik Programu, który został zakwalifikowany do etapu [Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji](#).

Uczestnik Programu może wziąć udział w dwóch indywidualnych warsztatach psychoedukacyjnych (każde spotkanie trwające min. 60 minut). Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone będą przez:

- ✓ dietetyka (1 spotkanie),
- ✓ psychologa (1 spotkanie prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne).

Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji znajdują się m.in.:

- dieta w schorzeniach narządu ruchu (jak utrzymać prawidłową masę ciała - podstawowe zasady zdrowego żywienia),
- psychospołeczne i organizacyjne czynniki związane z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego (duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą; dostrzegana monotonia pracy; niska satysfakcja z pracy; niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami; niedostateczne wsparcie społeczne, walka ze stresem),
- rozwój umiejętności psychospołecznych. Psychospołeczny aspekt rehabilitacji ma na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Ma także ułatwić akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom dana choroba,
- związek pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną - stres i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne (wpływ stresu, w tym zawodowego na nasilanie się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych),

Pierwsze trzy obszary stanowią treści podstawowe, które muszą zostać opanowane przez każdego z uczestników.

Przed warsztatami wymagane jest przeprowadzenie testu wstępnego, a po warsztatach końcowego. Umożliwi to ocenę dotyczącą zmiany stanu wiedzy uczestnika.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.5.2.4 Krok 4. II porada rehabilitacyjna.

Po zakończonym cyklu zabiegowym rehabilitacji pacjent zgłasza się na **II poradę rehabilitacyjną**. Powinna ona być prowadzona przez osobę, która odpowiada za planowanie i ocenę postępowania fizjoterapeutycznego. Zalecane jest, aby była to osoba przeprowadzająca **I poradę rehabilitacyjną** danego pacjenta.

W czasie porady powinny zostać przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie I porady rehabilitacyjnej. Pozwoli to na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń. W razie potrzeby pacjent zostanie pokierowany do kontynuowania leczenia finansowanego ze środków publicznych.

Jeśli uczestnik nie jest kierowany na zajęcia aktywności fizycznej wypełnia:

- **ankietę satysfakcji (Załącznik B)** oraz
- **kwestionariusz IPAQ i test wiedzy (test końcowy).**

Po wypełnieniu powyższych ankiet kończy udział w Programie i dla tych pacjentów II porada stanowi jednocześnie wizytę końcową.

Przewiduje się, iż dla pacjentów (zakłada się ok. 50%) u których nie będzie przeciwwskazań medycznych do kontynuowania zajęć z aktywności fizycznej **rekomendowane będą przez fizjoterapeutę sporty i aktywności rekreacyjne.**

III.5.2.5 Krok 5. Aktywność fizyczna.

W celu uzyskania efektywności terapii **dla wskazanych pacjentów będzie możliwość udziału w zajęciach aktywności fizycznej do 3 miesięcy .**

W ramach Programu dofinansowane zostaną zajęcia aktywności fizycznej zgodne ze wskazówkami otrzymanymi przez pacjenta podczas **II porady rehabilitacyjnej**. Pacjent otrzyma zalecenia odnośnie rodzaju, częstotliwości i czasu trwania aktywności.

Większą progresją ruchomości kręgosłupa odznaczają się osoby wysoko aktywne niż dostatecznie aktywne. Istotna jest też współzależność pomiędzy aktywnością fizyczną a progresją ruchomości kręgosłupa na kolejnych etapach terapii. Wszystkie korelacje pomiędzy zmiennymi obrazującymi aktywność fizyczną oraz tymi określającymi poprawę ruchomości kręgosłupa są znamienne i potwierdzają, że aktywność fizyczna wyraźnie kojarzy się z lepszymi efektami terapii (większa poprawa ruchomości kręgosłupa osób bardziej aktywnych fizycznie w porównaniu z przeciętnie aktywnymi)⁷³

⁷³ G. Olkowski, J. Ślężyński, „Aktywność fizyczna a efekty terapii metodą McKenziego osób z bólami krzyża”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021, Tom 27, Nr 3, 324–331;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III. 5.2.6 Krok 6. Wizyta końcowa.

Po zakończonym cyklu aktywności fizycznej pacjent wypełni:

- ankietę satysfakcji (Załącznik B) oraz
- kwestionariusz IPAQ oraz test wiedzy (test końcowy).

Powyższe pozwoli na weryfikację przez fizjoterapeutę stopnia osiągniętych efektów. Podczas końcowej wizyty pacjent wypełniając kwestionariusz IPAQ nie powinien uwzględniać kinezyterapii realizowanej w ramach programu, lecz ograniczyć się do wpisania informacji o aktywności fizycznej wykonywanej poza ćwiczeniami wykonywanymi w ramach kinezyterapii.

Zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji. Nasilenie czynników ryzyka będzie również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu (sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu).

III.6 Zasady udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Wszystkie świadczenia w ramach Programu będą realizowane zgodnie z zapisami w punkcie *Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Beneficjent realizujący Program zobowiązuje się zapewnić, aby miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia spełniało wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.

Podczas wykonywania działań w ramach Programu Beneficjent będzie stawiał dobro uczestnika jako wartość najwyższą.

Beneficjent zobowiązany jest do zapewnienia przeprowadzenia interwencji przewidzianych w Programie przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego ich wykonania.

Działania stosowane podczas programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w Programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

III.7 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Przeciwwskazaniami ogólnymi do kierowania na rehabilitację leczniczą są⁷⁴:

- stany bezpośredniego zagrożenia życia,
- niestabilny przebieg chorób układu krążenia,
- incydent zakrzepowo-zatorowy – świeży lub w czasie ostatnich 2 miesięcy,

⁷⁴ Przyjęto wymogi analogiczne jak w przypadku rehabilitacji rentowej ZUS, określone w dokumencie „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS” (2020): <https://www.zus.pl/documents/10182/24199/Standardy+orzecznictwa+lekarskiego+ZUS+II+wydanie+2013+rok.pdf/35c8181e-c3f6-4e27-9855-3648217d2ce1>; str. 345 – 346

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

- niewyrównane choroby współistniejące, np. niedokrwistość, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, cukrzyca,
- choroby przebiegające z drgawkami lub z krótkotrwałymi utratami przytomności niepoddające się leczeniu,
- skazy krwotoczne, ostre stany zapalne, choroby gorączkowe,
- alkoholizm i narkomania,
- czynna choroba nowotworowa,
- zaburzenia psychiatryczne,
- przebyte udar mózgu prowadzący do istotnego upośledzenia funkcji psychofizycznych,
- nasilone zaburzenia funkcji poznawczych,
- ciąża i okres karmienia,
- powikłania pooperacyjne.

Program uwzględnia też przeciwwskazania określane jako tzw. czerwone i żółte flagi na podstawie *Wytycznych Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej*.

III.8 Dowody skuteczności planowanych interwencji

III.8.1 Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Założenia Programu są zgodne z priorytetami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – jako jeden z priorytetów w par. 2 wskazano tam rehabilitację.

III.8.2 Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

- W opinii dr. n. med. Marka Krasuskiego, 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)⁷⁵.
- Przez pojęcie rehabilitacji medycznej rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji oraz zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby. Stały rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych i leczniczych, jak również stała kontrola procesu leczniczego i regeneracyjnego pozwalają na ograniczenie skutków trwania choroby. Rehabilitacja medyczna musi stymulować cały proces leczniczy głównie poprzez aktywność ruchową

⁷⁵ 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> ;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

i psychiczną. Rehabilitacja realizuje zasadę leczenia człowieka, a nie jego chorego narządu czy choroby⁷⁶.

- 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.⁷⁷
- Zaobserwowano dwie charakterystyczne składowe/cechy programów, które niezmiennie ułatwiają powrót do pracy. Działania podejmowane wcześniej, inicjowane w pierwszych 6 tygodniach nieobecności spowodowanej chorobą wspierają powroty do pracy. Dodatkowo wczesna interwencja skutkowała także mniejszą częstością występowania kolejnych nieobecności w pracy spowodowanych chorobą. Różnorodne interwencje są skuteczne we wspieraniu powrotów do pracy w przypadkach zarówno dolegliwości fizycznych jak i psychologicznych. Nie odnaleziono jednoznacznych dowodów na skuteczność interwencji skierowanych do osób ze specyficzną diagnozą (pomimo tego, że w połowie badań tego typu interwencje okazują się skuteczne) (*Hoefsmi, Houkes, Nijhui, 2012*).
- Stwierdzono silny związek pomiędzy odczuwanym bólem a wskaźnikami absenteizmu, zmniejszoną produktywnością i zwiększonym ryzykiem opuszczenia rynku pracy, Koszty pośrednie dolegliwości bólowych kręgosłupa w Wielkiej Brytanii w 1998 roku oszacowano na €6.7 do €14.4 miliardów. Przeciętny koszt nieobecności w pracy dla przemysłu wyniósł £666 na pracownika, na rok. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego stanowią 49% całkowitych kosztów związanych z nieobecnością w pracy trwającą powyżej 3 dni (*Phillips, Phillips, Main, Watson, Davies, Farr, Harper, Noble, Aylward, Packman, Downton, Hale, 2012*).
- Zgodnie z zaleceniami, należy promować powrót do pracy lub normalnej, codziennej aktywności osobom z bólami krzyża (*NASS 2020, IHE 2017, NICE 2016, GWG 2012*). Klinicyści powinni doradzać pacjentom, aby kontynuowali zwykłą aktywność zgodnie z tolerancją bólu (*ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017*).
- Rekomendacja American College of Chest Physicians (ACCP) wskazuje, na skuteczność interwencji polegających na badaniu pacjenta, treningu fizycznym, edukacji, poradzie dietetyka i wsparciu psychologicznym (ACCP 2007).
- W przeglądzie (*Pollock 2014C*) stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w polepszaniu: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Niezależnie od jednostki chorobowej wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także jej ciągłość.
- Pacjenci powinni otrzymywać świadczenia terapeutyczne adekwatnie do potrzeb i możliwości, w taki sposób aby móc przystosować się do zmienionego stanu zdrowia, w pełni wyzdrowieć i/lub powrócić do stanu przedchorobowego albo do optymalnego poziomu

⁷⁶ ibid.

⁷⁷ WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/>, WHO, Community-based rehabilitation: CBR Guidelines. Introductory Booklet 2010;

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

sprawności funkcjonalnej (*NSF 2017 – National Stroke Foundation, VHA-DoD 2010 – Veterans Health Administration, Department of Defense*);

- American College of Sports Medicine (ACSM) zaleca, aby w programach ćwiczeń uwzględnić składowe aerobowe, siłowe (wytrzymałościowe, wzmacniające, rozciągające i funkcjonalne). W przypadku przewlekłych dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego takich jak przewlekłe bóle grzbietu, szyi czy choroba zwyrodnieniowa stawów wytyczne ACSM zalecają zajęcia 2-3 razy w tygodniu, najlepiej w sposób multidyscyplinarny obejmujący obok ćwiczeń fizycznych (rehabilitacji ruchowej) także wsparcie psychologiczne, społeczne i edukację. Wyniki badań ukazują, że aktywność fizyczna (także w wodzie) może poprawić jakość życia dorosłych cierpiących na przewlekłe choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Ćwiczenia w wodzie, dzięki oddziałującej sile wyporu zmniejszają ciężar i nacisk na stawy, kości i mięśnie, redukując ból. Istnieją dowody potwierdzające, że terapeutyczne ćwiczenia w wodzie są korzystne dla pacjentów z chronicznymi dolegliwościami bólowymi grzbietu (kręgosłupa) i chorobami zwyrodnieniowymi stawów (*Cuesta-Vargas, González-Sánchez, Casuso-Holgado, 2013*).
- W przeglądzie Cochrane'a (2004), Guzmán i in. podsumowali, że intensywna, multidyscyplinarna rehabilitacja zmniejsza ból i poprawia funkcjonowanie osób z przewlekłym bólem kręgosłupa. W 2006 roku Swedish Council on Technology Assessment in Health Care opublikowała systematyczny przegląd literatury na temat leczenia przewlekłego bólu, zgodnie z którym istnieją dowody naukowe potwierdzające skuteczność multidyscyplinarnych programów rehabilitacyjnych w leczeniu przewlekłego bólu pochodzenia mięśniowo-szkieletowego (*Westman, Linton, Öhrvik, Wahlén, Theorell, Leppert, 2010*).
- W przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, rehabilitacji obejmującej ćwiczenia nadzorowane – zarówno lądowe jak i wodne, indywidualne i grupowe są bardziej korzystne (skuteczne) niż ćwiczenia wykonywane w domu.
- Zgodnie z wnioskami z przeglądu systematycznego Cochrane'a (*Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults - Karjalainen, Malmivaara, Tulder, Roine, Jauhiainen, Hurri, Koes, 2009*) interwencje behawioralne i skupiające się na radzeniu sobie ze stresem w połączeniu z treningami aktywności fizycznej są ważnymi składowymi działaniami rehabilitacyjnych w przypadku niektórych chorób układu mięśniowo-szkieletowego – wykazano pozytywny odległy efekt.
- Bóle barku, często spowodowane pracą połączoną z unoszeniem ponad głowę kończyn górnych, stanowią jedno z zaburzeń kończyn górnych w Polsce najczęściej zgłaszanych przez pacjentów lekarzom pierwszego kontaktu (*Piechura, Skrzek, Rożek i Wróbel, 2010*). Badanie wykazało, że dziesięciodniowa rehabilitacja z zastosowaniem krioterapii i kinezyterapii powodowała statystycznie istotne zmniejszenie dolegliwości bólowych i zwiększenie siły mięśniowej (*Piechura i in., 2010*). Nie ma jednak dowodów na współzależność pomiędzy skutkami terapii a wiekiem, płcią czy poziomem aktywności fizycznej.
- W kilku badaniach (*Zejda, Bugajska, Kowalska, Krzych, Mieszkowska i in., 2009; Malińska i Bugajska, 2010*) podkreślany jest fakt, że długotrwałe korzystanie z komputera przyczynia się do powstawania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego wśród polskich pracowników. Siedzący tryb

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

życia może powodować zaostrzenie przebiegu chorób układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza bólu pleców, a także przyczynić się do otyłości; z drugiej zaś strony dodatkowe kilogramy sprzyjają postępowi niepełnosprawności, co oznacza, że chorzy wpadają w błędne koło i stają się coraz bardziej otyli i coraz mniej sprawni fizycznie (*Piechota, Małkiewicz i Karwat, 2005 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011*).

- Przeważająca część rekomendacji wskazuje, że w bólu ostrym zaleca się uspokojenie pacjenta, edukację, w tym zachęcanie do nieograniczania aktywności ruchowej oraz farmakoterapię. Odradza się pozostawania w łóżku (w wybranych przypadkach 1-2 dni) (*NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017*). W bólu przewlekłym odradza się stosowania intensywniejszych zabiegów fizykalnych (np. laser wysokoenergetyczny, fala uderzeniowa czy elektrostymulacja). Zaleca się natomiast nadzorowaną terapię ruchową, terapię behawioralną, masaż ukierunkowany na normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i poprawę ich trofiki (*ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017*).
- Wyniki badań potwierdzają, że interwencje uwzględniające podejście poznawczo-behawioralne powinny stanowić część program leczenia przewlekłego bólu kręgosłupa. Dane sugerują, że terapia poznawczo-behawioralna pomaga redukować nasilenie bólu i wspomaga codzienne funkcjonowanie oraz powinna być elementem programów rehabilitacyjnych (*Lindena, Scherbeb, Cicholas, 2014*).
- Edukacja powinna polegać na przekazywaniu informacji dotyczących natury schorzenia oraz aktywności fizycznej tak aby pacjent pozostał aktywny (*NICE 2009, AHRQ 2009*). Edukacja pacjenta powinna opierać się na informacjach dotyczących wytrzymałości anatomicznej i strukturalnej kręgosłupa, neurologicznym wyjaśnieniu odczuwania bólu, stosowania aktywnego radzenia sobie z bólem.
- W większości zaleceń zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (*ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016*).
- Na podstawie wyników uzyskanych przez innych autorów wydaje się, że skuteczną formą profilaktyki bólów krzyża są ćwiczenia fizyczne, w tym ćwiczenia uzupełnione edukacją. W przeglądzie systematycznym wspartym metaanalizą sieciową Huang 2020 wykazano, że ćwiczenia połączone z edukacją wiązały się ze znamieną szansą na redukcję częstości występowania bólu krzyża, podobnie jak ćwiczenia stosowane jako jedyna forma profilaktyki.
- Wytyczne zaznaczają, że w przypadku, gdy u pacjenta występują somatyczne symptomy ostrzegawcze („czerwone flagi”), powinno się wykonać dalsze badania obrazowe lub laboratoryjne lub skierować pacjenta do specjalisty (w zależności od przewidywanej diagnozy i stopnia pilności danego przypadku) (*ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017*).
- We wszystkich fazach rehabilitacji powinno się zachęcać do zaangażowania partnerów/rodziny/opiekunów w proces terapeutyczny (*NZGG 2002*).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka planowanych interwencji

III.8.3 Informacje na temat podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w instytucji zgłaszającej program lub innych jst (jeśli są dostępne).

Informacje zawarto w punkcie *1.3 Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a szczególnie w części: *1.3.5 Rehabilitacja finansowana ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020*.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Program realizowany będzie zgodnie z poniższymi etapami:

IV.1.1 Procedura konkursowa i wybór beneficjentów Programu

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

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*
- „Wytucznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”, wydanymi na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 5 ww. Ustawy.

W przypadku programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków EFS+, wybór realizatora programu polityki zdrowotnej następuje z zastosowaniem przepisów rozdziału 14 ww. Ustawy wdrożeniowej⁷⁸.

W konkursie składane będą wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie. Do konkursu mogą przystąpić wszystkie podmioty, z wyłączeniem osób fizycznych (nie dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą lub oświatową na podstawie przepisów odrębnych), w szczególności: podmioty wykonujące działalność leczniczą wskazane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w tym fizjoterapeuci wykonujący jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna.

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 konkursu.

Wnioskodawca musi spełnić określone warunki m.in.:

- mieć uprawnienia do realizacji działań określonych w Programie;
- mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie;
- dysponować odpowiednim potencjałem technicznym oraz zasobami;

⁷⁸ Zgodnie z „Wytuczynymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027”;

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- zapewnić, iż usługi zdrowotne będą świadczone wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą uprawnione do tego na mocy przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

IV.1.2 Organizacja Programu

W ramach projektów Beneficjenci zobowiązani zostaną (umową o dofinansowanie podpisaną z Województwem Łódzkim - Urzędem Marszałkowskim Województwa Łódzkiego) do realizacji projektów zgodnie z niniejszym Programem.

W ramach projektów Beneficjent zostanie zobowiązany do:

- a) przeprowadzenia kampanii informacyjno – promocyjnej na temat projektu,
- b) rekrutacji pacjentów – uczestników projektów (zgodnie z kryteriami określonymi niniejszym Programem),
- c) realizacji interwencji opisanej w punkcie III.5 *Planowane interwencje ...* oraz w zgodzie z warunkami i kwalifikacjami opisanymi w punkcie III.2 *Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej*. Realizacja interwencji będzie polegała na realizacji przez Beneficjenta następujących działań (kroków wdrażania Programu):

- ✓ Krok 1. Przeprowadzenie I porady rehabilitacyjnej
- ✓ Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji, w tym realizacja zabiegów). W Programie przyjęto, że 70% uczestników będzie korzystać z 10 dniowego cyklu, a 30% uczestników z 15-dniowego cyklu. Każdy pacjent może otrzymać maksymalnie 5 zabiegów dziennie. Zabiegi będą dobrane w zależności od potrzeb pacjentów w zakresie:
 - kinezyterapii,
 - masaży,
 - fizjoterapii.

Zakłada się, iż spośród wszystkich dostępnych zabiegów około 60% będą stanowiły zabiegi dotyczące kinezyterapii, a około 10% będą stanowiły zabiegi dotyczące masaży.

Ponadto pacjent otrzyma możliwość uczestniczenia w edukacji prozdrowotnej. Przewiduje się średnio 2 godziny na 1 pacjenta.

- ✓ Krok 3. Organizacja warsztatów psychoedukacyjnych obejmujących konsultację z dietetykiem i psychologiem
- ✓ Krok 4. Przeprowadzenie II porady rehabilitacyjnej
- ✓ Krok 5. Działania aktywności fizycznej dla pacjentów
- ✓ Krok 6. Przeprowadzenie końcowej wizyty.

Procedury medyczne zaplanowane w projekcie zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich określonych dla nich wymogów fachowych i sanitarnych, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

IV.2 Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach niniejszego Programu będą realizowane przez **podmioty wykonujące działalność leczniczą** (art. 4 ust. 1 oraz art. 5 *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*), **posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne**, w których mogą być udzielane świadczenia z rodzaju rehabilitacja lecznicza – **lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna**.

W przypadku realizacji projektu w partnerstwie podmioty będące partnerami muszą spełniać wymogi do realizacji świadczeń, które przewidziano dla nich we wniosku o dofinansowanie.

W przypadku zlecenia w projekcie części świadczeń podmiotowi zewnętrznemu musi on spełniać wymogi do realizacji świadczeń, które przewidziano dla nich we wniosku o dofinansowanie.

IV.2.1 Warunki dotyczące personelu

IV.2.1.1 „I porada rehabilitacyjna” oraz „II porada rehabilitacyjna”

przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w:

- ***Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty*** oraz ***Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty***

Świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 2 ww. ustawy udziela samodzielnie fizjoterapeuta posiadający tytuł:

- magistra uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 1a;
- magistra uzyskany w sposób, o którym mowa w art. 13 ust. 3 pkt 2–7, oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty

Fizjoterapeuta ma możliwość potwierdzenia rozpoznania i identyfikację ewentualnych przeciwwskazań do fizjoterapii z lekarzem, o którym mowa w:

- ***Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Załączniku nr 1. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Wymogi dla świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych***, tj.

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub

- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;

Podmiot realizujący projekt zobowiązany jest zapewnić dostępność lekarza, o którym mowa powyżej.

Jednocześnie **wizyta końcowa** będzie przeprowadzona przez personel spełniający wymogi określone w Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty.

IV.2.1.2 Rehabilitacja z elementami edukacji.

Realizacja poszczególnych świadczeń podczas tego kroku powinna być wykonywana przez personel spełniający wymogi wskazane w:

- ***Ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty;***
oraz
- ***Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, – Załączniku nr 1. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Wymogi dla świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.***

Ponadto personel wykonujący zabiegi metodą PNF, McKenzie, czy Kinesiology Taping powinien:

- posiadać zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do wykonywania danych zabiegów.

IV.2.1.3 Warsztaty psychoedukacyjne.

Realizacja poszczególnych świadczeń podczas tego kroku powinna być wykonywana przez:

- psychologa lub psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej;
- dietetyka, przez którego należy rozumieć:
 - osobę posiadającą tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

- osobę posiadającą tytuł magistra/magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub
- osobę posiadającą tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka.

IV.2.2. Warunki lokalowe oraz wyposażenie komórek organizacyjnych, w których będzie realizowany Program

Warunki lokalowe oraz wyposażenie w komórkach organizacyjnych, w których realizowany będzie Program powinny być zgodne z warunkami określonymi w:

- *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej; świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych,*
- *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷⁹.*

Dodatkowo beneficjent powinien dysponować pomieszczeniami, w których zostaną przeprowadzone indywidualne warsztaty psychoedukacyjne (spotkanie z dietetykiem i psychologiem).

- Beneficjent realizujący Program będzie wykonywał działania w ramach Programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
- Zapewni uczestnikowi najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie Programu.
- Działania Programu będą przeprowadzone, w taki sposób, aby jak najefektywniej wykorzystać czas przebywania uczestnika w placówce realizującej Program.
- Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym Programie nie wymaga skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- Udział w programie jest dobrowolny.
- Do Programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
- Sprzęt stosowany w Programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, beneficjenci realizujący Program muszą spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym są obowiązani do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu

⁷⁹ Odpowiadającym świadczeniom, których wykonywanie zostanie zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie;

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

- Udzielanie świadczeń przez Beneficjenta w ramach Programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego realizatora.
- Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją Programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie Beneficjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych, a ich administratorem będzie Beneficjent realizujący Program.
- Dane osobowe osób biorących udział w Programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie Beneficjent realizujący Program.
- Wiedza przekazywana uczestnikom Programu, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych

Wykonawca odpowiada za utrzymanie w miejscu udzielania świadczeń odpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych. W okresie wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego (zgodnie z regulacjami *Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji Programu uwzględniają wymogi **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.**

System monitorowania i ewaluacji Programu

uwzględnia:

- Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego – podmiot odpowiedzialny za wdrożenie Programu,
- realizatorów – beneficjentów realizujących poszczególne projekty (a więc działania Programu);

i obejmuje:

- ocenę zgłaszalności (V.1.1),
- ocenę jakości świadczeń w programie (V.1.2) oraz ocenę jego efektywności (V.1.3)
- ocenę trwałości efektów programu – opcjonalnie (V.1.4).

V.1 Monitorowanie programu polityki zdrowotnej

System monitorowania oparty będzie:

- na sprawozdawczości w ramach Programu Regionalnego FEŁ 2027,
- danych raportowanych przez beneficjentów (realizatorów projektów) w ramach nałożonych na nich obowiązków sprawozdawczych zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie oraz sprawozdaniach merytorycznych.

Na poziomie komórki organizacyjnej (departamentu) w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Łódzkiego odpowiadającej za wdrażanie programu i monitorującej jego realizację będą one analizowane i agregowane w całość.

Monitoring będzie prowadzony na bieżąco. Ewentualne kwestie problemowe stwierdzane w trakcie realizacji projektów, wynikające ze sprawozdawanych danych i analizowane przez zespół odpowiedzialny za wdrażanie programu, będą powodować działania zaradcze. Możliwe jest kierowanie zaleceń do realizatorów poszczególnych lub wszystkich projektów.

V.1.1 Ocena zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej

Ocena zgłaszalności do Programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów. Monitorowana będzie m.in.:

- ✓ liczba osób, które skorzystały z I porady rehabilitacyjnej

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

- ✓ liczba osób, u których w czasie porady rehabilitacyjnej lub w trakcie realizacji dalszych kroków zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga),
- ✓ liczba osób, u których w czasie I porady rehabilitacyjnej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji,
- ✓ liczba osób zakwalifikowanych do Programu, które przeszły do kroku nr 2,
- ✓ liczba osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych,
- ✓ liczba osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych,
- ✓ liczba osób objętych działaniami w ramach Programu,
- ✓ płeć osób uczestniczących w Programie,
- ✓ rodzaj schorzenia osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania do udziału w programie.

a także

- ✓ liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie na każdym jego etapie,
- ✓ liczba osób, które nie zostały objęte działaniami Programu wraz ze wskazaniem powodów.

Przez beneficjentów realizujących Program monitorowaniu będą podlegać także m.in.:

- ✓ wskaźnik masy ciała,
- ✓ deklarowana aktywność fizyczna,
- ✓ nasilenie dolegliwości bólowych,
- ✓ przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z poszczególnych etapów/części Programu,

w celu identyfikacji pojawiających się barier/trudności i w celu wypracowania skutecznych sposobów zapobiegania im w późniejszym czasie.

Każdy beneficjent będzie zobowiązany do kontaktu z osobą, która omija poszczególne części Programu w celu ustalenia przyczyny i przywrócenia (w miarę możliwości) zaangażowania pacjenta.

Powyższe mierniki będą sprawozdawane w tzw. **sprawozdaniach merytorycznych**, poza wnioskami o płatność.

Częstotliwość raz w roku – do dnia 31 stycznia za rok ubiegły, a przypadku zakończenia w danym roku realizacji projektu **30 dni od daty zakończenia realizacji projektu**.

System uwzględnia też wskaźniki produktu wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń FEŁ2027 oraz krajowych wytycznych horyzontalnych⁸⁰

- ✓ Liczba osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia (osoby)
 - w tym osób powyżej 50 roku życia.

⁸⁰ We wnioskach o dofinansowanie obowiązkowego będzie ujęcie wskaźników produktu i rezultatu zawartych w dokumencie „Lista Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+” (LWK) oraz „Szczegółowy opisie priorytetów programu regionalnego FEŁ 2027”, które odpowiadają interwencji dotyczącej rehabilitacji medycznej;

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

- ✓ Liczba osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (osoby)
 - w tym osób powyżej 50 roku życia.

Wskaźnik rezultatu jest odzwierciedleniem wymaganego nacisku interwencji programów rehabilitacji współfinansowanych ze środków EFS plus z wpływem na aktywność zawodową uczestników.

Powyższe wskaźniki będą sprawozdawane we wnioskach o płatność, składanych za pośrednictwem centralnego systemu teleinformatycznego, obejmujące wartości zadeklarowane do realizacji przez beneficjentów w umowach o dofinansowanie projektów oraz wartości osiągnięte sprawozdawane w kolejnych wnioskach o płatność. Częstotliwość co najmniej raz na kwartał.

V.1.2 Ocena jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej

Ocena jakości świadczeń będzie oparta m.in. na **ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń**.

Zostanie dokonana dwukrotnie przez beneficjenta realizującego Program.

Przykładowa ankieta dla pacjenta - do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program stanowi [Załącznik B](#) do Programu.

V.1.3 Ocena efektywności programu polityki zdrowotnej

Uwzględnione zostaną mierniki efektywności określone w części II.3.

Dodatkowo oprócz oceny wskaźników w części II.3 ocenie będą podlegały wskaźniki dotyczące reedukacji masy ciała:

- ✓ liczba osób, u których podczas końcowej konsultacji stwierdzono
 - zmniejszenie indeksu masy ciała BMI lub obniżenie masy ciała.
 - zmniejszenie wartości WHtR (ang. waist–height ratio).

V.1.4 Ocena trwałości efektów programu polityki zdrowotnej

Udział pacjenta w rehabilitacji obejmującej edukację i zabiegi fizjoterapeutyczne oraz w warsztatach psychoedukacyjnych odegra znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu jego wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych (m.in. kontynuowaniu aktywności fizycznej), a to zapewni trwałość efektów Programu.

V.2 Ewaluacja programu polityki zdrowotnej

Ewaluacja niniejszego Programu będzie odbywać się z uwzględnieniem wymogów: *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu*

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz zaleceń AOTMiT.

Celem ewaluacji będzie ocena interwencji Programu pod kątem skuteczności oraz efektywności świadczonych usług zdrowotnych. Ewaluacja będzie uwzględniać porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej oraz stanu po jego zakończeniu. Może uwzględniać analizę zachorowalności i umieralności na choroby narządu ruchu na zakończenie programu w porównaniu z wskaźnikami sprzed jego wdrożenia. Ewaluacja może odnosić się do zachowania sprawności pacjentów w kontekście ich aktywności zawodowej, elementów trwałości Programu. Ewaluacja może dostarczać informacji na temat wpływu programu na stan zdrowia osób objętych wsparciem i zmiany ich zachowań oraz świadomości zdrowotnej.

Mając na względzie, że niniejszy Program jest wdrażany w ramach programu regionalnego „Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027” możliwe jest zlecenie kompleksowego badania ewaluacyjnego obejmującego przedmiotowy program polityki zdrowotnej zgodnie z „Wytocznymi dotyczącymi ewaluacji polityki spójności na lata 2021-2027”.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Szacowane koszty jednostkowe

KROK 1. I PORADA REHABILITACYJNA	1 341 600,00 ZŁ
---	------------------------

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	liczba porad	wartość
wynagrodzenie osoby dokonującej kwalifikacji w ramach I porady	200,00 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta	W celu organizacji porady dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu wynagrodzenia osoby dokonującej kwalifikacji (osoby spełniającej wymogi określone w Programie) oscylującego w wys. 200 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta. Przyjmując, iż 20% pacjentów nie zostanie zakwalifikowanych do dalszego etapu (czyli do kroku nr 2) – liczba pacjentów korzystających z pierwszej wizyty wyniesie ok. 6 709 osób (5 590 osób + 20%).	6 708	1 341 600,00 zł

KROK 2. REHABILITACJA Z ELEMENTAMI EDUKACJI	17 400 176,44 ZŁ
--	-------------------------

W ramach kroku dotyczącego rehabilitacji oszacowano średnie koszty poszczególnych zabiegów rehabilitacyjnych:

Tabela 10. Koszty jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych.

GRUPA ZABIEGÓW	ZABIEG	ŚREDNIA CENA 1 ZABIEGU	UŚREDNIONA CENA ZA GRUPĘ ZABIEGÓW	
				(zaokrąglona do pełnych PLN)
kinezyterapia	indywidualna praca z pacjentem - nie mniej niż 30 min.	57,50 zł	33,33 zł	Zabiegi kinezyterapii: 67,00 zł
	ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	31,67 zł		
	ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem - minimum 15 minut	21,67 zł		
	ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut	52,50 zł		
	nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	30,00 zł		
	wyciągi	10,00 zł		
	inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	30,00 zł		
dodatkowe kinezyterapię	McKenzie, PNF, kinesiotaping, terapia manualna	100,00 zł	100,00 zł	
masaż	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta	37,50 zł	42,17 zł	Masaże: 43,00 zł
	masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	56,67 zł		
	masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	56,67 zł		
	masaż podwodny miejscowy	30,00 zł		
	masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu tele masujące, maty masujące, itp.)	30,00 zł		
elektrollecznictwo i światłolecznictwo	galwanizacja	11,00 zł	11,70 zł	
	jonoforeza	11,00 zł		

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

	kąpiel czterokomorowa	20,00 zł		Zabiegi fizykoterapeutyczne: 17,00 zł
	elektrostymulacja	14,00 zł		
	tonoliza	12,00 zł		
	prądy diadynamiczne	10,67 zł		
	prądy interferencyjne	11,00 zł		
	prądy TENS	11,00 zł		
	prądy TRAEBERTA	10,00 zł		
	prądy KOTZA	10,00 zł		
	naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym –miejscowe	8,00 zł		
leczenie polem elektromagnetycznym	impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	12,00 zł		
	diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	12,00 zł		
	impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	12,00 zł		
hydroterapia	kąpiel wirowa kończyn	25,00 zł	25,00 zł	
pozostałe zabiegi	ultradźwięki miejscowe	13,00 zł	16,17 zł	
	laseroterapia - skaner	27,50 zł		
	laseroterapia punktowa	12,33 zł		
	krioterapia - miejscowa (pary azotu)	15,00 zł		
	ultrafonoforeza	13,00 zł		

Źródło: dane na temat cen pozyskano ze stron www w okresie 11.2022 r.

Zgodnie z założeniami programu planuje się, iż w cyklu rehabilitacji weźmie udział 5 590 osób, z czego:

- 70% osób (3 913 osób) będzie korzystało z 10 dni zabiegowych (max 5 zabiegów dziennie), a zatem liczba zabiegów dla 3 913 osób (70% z 5 590 osób) wyniesie 195 650 szt.
- 30% osób (1 677 osób) będzie korzystało z 15 dni zabiegowych (max 5 zabiegów dziennie), a zatem liczba zabiegów dla 1 677 osób (30% z 5 590 osób) wyniesie 125 775 szt.

Ponadto przewiduje się, iż ok. 60% wszystkich zabiegów będą stanowiły zabiegi dotyczące kinezyterapii, a 10% masaże. Stąd oszacowano wartość zabiegów na podstawie przedstawionej powyżej *Tabeli 10. Koszty jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych* (uśrednione ceny za grupę zabiegów).

NAZWA	UŚREDNIONA CENA ZA GRUPĘ ZABIEGÓW (zaokrąglona do pełnych zł)	LICZBA ZABIEGÓW:		WARTOŚĆ
		DLA CYKLU 10-DNIOWEGO 195 650 szt.	DLA CYKLU 15 –DNIOWEGO 125 775 szt.	
kinezyterapia	67,00 zł	7 865 130,00 zł (60% kinezyterapii (tj. 117 390 zabiegów) x 67,00 zł)	5 056 155,00 zł (60% kinezyterapii (tj. 75 475 zabiegów) x 67,00 zł)	12 921 285,00 zł
masaże	43,00 zł	841 295,00 zł (10% masaży (tj. 19 565 zabiegów) x 43,00 zł)	540 854,00 zł (10% masaży (tj. 12 578 zabiegów) x 43,00 zł)	1 382 149,00 zł
fizykoterapia	17,00 zł	997 815,00 zł 30% fizykoterapii (tj. 58 695 zabiegów) x 17,00 zł)	641 461,00 zł (30% fizykoterapii (tj. 37 733 zabiegów) x 17,00 zł)	1 639 276,00 zł
Razem wartość zabiegów:				15 942 710,00 zł

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

Ponadto pacjent otrzyma możliwość uczestniczenia w edukacji prozdrowotnej. Przewiduje się średnio 2 godziny na 1 pacjenta.

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	liczba osób otrzymujących porady	wartość
wynagrodzenie osoby prowadzącej edukację	50,00 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta	W celu organizacji edukacji, instruktażu dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu wynagrodzenia osoby dokonującej prowadzącej edukację (zgodnie z warunkami określonymi w Programie). Przyjmuje się 2 godziny na 1 pacjenta.	5 590	559 000,00 zł
Razem wartość:				559 000,00 zł

W ramach cyklu rehabilitacji przyjęto, że pacjenci otrzymają drobny sprzęt na którym będą mogli ćwiczyć i wykonywać dalsze usprawnienia. Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 50% uczestników otrzyma drobny sprzęt, np. rotory, piłki.

Ponadto każdy z uczestników otrzyma duży ręcznik (o wymiarach ok. 100x150).

nazwa sprzętu	koszty jednostkowe	wyliczenia	wartość
rotor	150,40 zł	25% uczestników, tj. 1 398 osób	210 259,20 zł
piłki	72,63 zł	25% uczestników, tj. 1 398 osób	101 536,74 zł
ręczniki	104,95 zł	100% uczestników, tj. 5590 osób	586 670,50 zł
Razem wartość:			898 466,44 zł

KROK 3. WARSZTATY PSYCHOEDUKACYJNE	1 677 000,00 ZŁ
---	------------------------

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	liczba porad	wartość
Wynagrodzenie dietetyka	150,00 zł	W celu organizacji warsztatów dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu wynagrodzeń dietetyka oraz psychologa oscylującego w wys. 150 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta.	5 590	838 500,00 zł
Wynagrodzenie psychologa	150,00 zł	Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 100% uczestników skorzysta z warsztatów.	5 590	838 500,00 zł

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

KROK 4. II PORADA REHABILITACYJNA	1 118 000,00 ZŁ
--	------------------------

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	liczba porad	wartość
wynagrodzenie osoby dokonującej II porady	200,00 zł	W celu organizacji porady dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu wynagrodzenia osoby dokonującej porady (osoby spełniającej wymogi określone w Programie) oscylującego w wys. 200 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta. Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 100% uczestników skorzysta z wizyty.	5 590	1 118 000,00 zł

KROK 5. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	1 008 657,00 ZŁ
-----------------------------------	------------------------

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	wartość
karnety sportowe	136,50 zł/ 1 m-c	W celu organizacji aktywności fizycznej i dofinansowania możliwości uprawiania sportów dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu karnetu sportowego za 3 miesiące na 1 uczestnika. Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 25% uczestników (tj. 1 398 osób) skorzysta z karnetów przez max 3 miesiące.	572 481,00 zł
basen	26,00 zł /wejście	W celu organizacji aktywności fizycznej i dofinansowania możliwości uprawiania sportów dla pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu 12 wejść (przez ok 3 m-ce) na basen na 1 uczestnika. Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 25% uczestników (tj. 1 398 osób) skorzysta z max 12 wejść.	436 176,00 zł

KROK 6. KOŃCOWA WIZYTA	279 500,00 ZŁ
-------------------------------	----------------------

nazwa	koszty jednostkowe	wyliczenia	liczba porad	wartość
wynagrodzenie fizjoterapeuty	100,00 zł/ 1 godz.	W celu organizacji ostatniej (w ramach Programu) wizyty pacjentów przewiduje się poniesienie kosztu wynagrodzenia fizjoterapeuty oscylującego w wys. 100 zł za 1 godzinę na 1 pacjenta. Dla potrzeb szacowania budżetu przyjęto, iż 50% uczestników (czyli tych, którzy korzystali z 3 miesięcznej aktywności fizycznej) skorzysta z ostatniej porady (50% z 5 590 osób).	2 795	279 500,00 zł

DODATKOWE DZIAŁANIA	1 891 300,00 zł
dojazd (tam i z powrotem)	111 800,00 zł
opieka nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	279 500,00 zł
amortyzacja, zakup sprzętu	1 500 000,00 zł

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

W ramach Programu przewiduje się **możliwość sfinansowania kosztów związanych z zapewnieniem dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem** (koszty bezpośrednio). Dotyczy to osób, dla których dojazd stanowi barierę udziału w Programie, w tym szczególnie mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych.

Warunki sfinansowania dojazdów:

- zapewnienie dojazdu będzie finansowane zainteresowanym osobom, które zakwalifikują się do udziału w Programie;
- zgodnie z doświadczeniami realizacji projektów, w tym dotyczącymi niewielkiego zainteresowania tą formą wsparcia, przewiduje się finansowanie dojazdu dla maks. 1% uczestników;
- finansowany przejazd dotyczy możliwości dojazdu na konsultacje, zabiegi rehabilitacyjne, warsztaty psychodukacyjne;
- średni koszt dojazdu w jedną stronę skalkulowano na 10 zł.

Ponadto planuje się **ponoszenie kosztów związanych z zapewnieniem opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia**. Dotyczy to osób, dla których zapewnienie opieki stanowi barierę udziału w Programie.

Na potrzeby założeń Programu przyjęto następujące założenia:

- zapewnienie opieki u będzie finansowane zainteresowanym osobom, które zakwalifikują się do udziału w Programie.
- zgodnie z doświadczeniami realizacji projektów, w tym dotyczącymi niewielkiego zainteresowania tą formą wsparcia, przewiduje się finansowanie opieki dla maks. 1% uczestników.
- średni koszt opieki skalkulowano na 50 zł / godzina.

Jednocześnie zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027* w ramach projektów **jest możliwość ponoszenia kosztów zakupu, amortyzacji sprzętu wykorzystywanego podczas projektu**. W ramach Programu założono ok. 6% powyższych kosztów.

Ponadto zgodnie z ww. Wytycznymi EFS+ jest **możliwość ponoszenia kosztów pośrednich**, tj. administracyjnych związanych z techniczną obsługą realizacji projektu. Koszty pośrednie projektu EFS+ są rozliczane wyłącznie z wykorzystaniem stawek ryczałtowych. Dla potrzeb szacowania budżetu niniejszego Programu przyjęto stawkę na poziomie **10% wartości kosztów bezpośrednich**.

VI.2 Całkowite koszty programu polityki zdrowotnej

Alokacja przewidziana na realizację Programu wynosi 27 187 856,78.

Etap Programu	Koszt
Krok 1. I porada rehabilitacyjna	1 341 600,00 zł
Krok 2. Rehabilitacja z elementami edukacji	17 400 176,44 zł
Krok 3. Warsztaty psychoedukacyjne	1 677 000,00 zł
Krok 4. II porada rehabilitacyjna	1 118 000,00 zł
Krok 5. Aktywność fizyczna	1 008 657,00 zł
Krok 6. Końcowa wizyta	279 500,00 zł
Dodatkowe działania	1 891 300,00 zł
Razem koszty bezpośrednie	24 716 233,44 zł
Koszty pośrednie - 10%	2 471 623,34 zł
CAŁKOWITY KOSZT PROGRAMU	27 187 856,78 zł

Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich, będą szacowane przez wnioskodawców zamierzających realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosków o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, obowiązujących cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej i terenu, na którym realizowany będzie projekt oraz planowanych form wsparcia. Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego przy ocenie wniosków będzie badał efektywność i racjonalność ponoszonych kosztów.

VI.3 Źródła finansowania programu polityki zdrowotnej

Program finansowany będzie w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego +. Pozostałe 10% stanowią środki pochodzące z budżetu państwa, a 5% stanowi wkład własny Beneficjenta.

VII. Bibliografia

- A. Nowakowski, T. Mazurek, „*Ortopedia i traumatologia. Podręcznik dla studentów medycyny*”, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Poznań 2017;
- A. Świtoń, J. Kruszyna „*Zapalenie nadkłykcia bocznej kości ramiennej – diagnostyka i rehabilitacja. Praca recenzowana*”, WIEDZA W PRAKTYCE;
- A. Kwolek, „*Rehabilitacja medyczna. Tom 1.*”, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2012;
- A. Berwecki, A. Spannbaauer, T. Ridan, M. Berwecka, Ł. Talaga, „*Ocena skuteczności leczenia zachowawczego u chorych z zespołem bólowym bólem odcinka szyjnego kręgosłupa*”;
- A. Rapała, K. Rapała, W. Lachowicz, S. Łukawski, „*Ocena kliniczna metody McKenzie w chorobie dyskowej w materiale Kliniki Ortopedii CMKP w Otwocku*”, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2004; 6(2): 183-189;
- „*Accidents at work by NACE Rev. 2 activity and part of body injured*”, Eurostat, ostatnia aktualizacja: 06-10-2022;
- „*Absencja chorobowa w 2021 roku*”, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, ZUS, Warszawa 2022;
- B. R. Da Costa, E. R. Vieira, „*Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies*”, American Journal of Industrial Medicine, Vol. 53, No. 3, 2010, pp. 285–323;
- E. Mikołajczyk, A. Jankowicz-Szymańska, G. Guzy, T. Maicki „*Wpływ kompleksowej fizjoterapii na stan funkcjonalny pacjentek z dolegliwościami bólowymi odcinka szyjnego kręgosłupa*”, Hygeia Public Health 2013, 48(1): 73-79;
- Eriksen, Grasdal, Harris, Hagen, Tangen, 2016; źródło wskazane w raporcie AOTMiT nr: OT.441.120.2017;
- Frank, Sinclair, Hogg-Johnson, Shannon, Bombardier i in., 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj i Frings-Dresen, 2006 za Zheltoukhova, Bevan, Reich, 2011; źródło wskazane w raporcie AOTMiT nr: OT.441.120.2017;
- „*Global recommendations on physical activity for health*”, WHO 2010;
- G. Olkowski, J. Ślężyński, „*Aktywność fizyczna a efekty terapii metodą McKenziego osób z bólami krzyża*”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021, Tom 27, Nr 3, 324–331;
- J. Nowotny, „*Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów*”, Warszawa 2006;
- K. Kutwa, M. Rafa, „*Polski rynek sportu*”. Źródło: https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2019/08/Raport_PIE-Sport-gospodarka.pdf [dostęp: 8.08.2020];
- K.S. Sahu, B. Bharati, „*Role of Physiotherapy in Public Health Domain: India Perspective*”, Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy 2014; 8(4): 134 137;
- „*KRUS w liczbach 2019–2021*”, KRUS, Warszawa 2022 r.;
- „*Lista Wskaźników Kluczowych 2021-2027 – EFS+*”
- „*Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie łódzkim w 2018 r.*”, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2019;
- „*Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*” przyjęta Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Warszawa 30 sierpnia 2021 r.;

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF);

M. Grudzień, „*Potential applications of the PNF method and kinesiotope in the treatment of juvenile thoracic kyphosis*”;

M.W. Van Tulder, B. Koes „*Low back pain*”, S.B. McMahon, M. Koltzenburg „*Wall & Mezack Textbook of pain. Elsevier*”, London 2006;

M. Manaka, M. Komagata, K. Endo, A. Imakiire, „*Assessment of lumbar spinal canal stenosis by magnetic resonance phlebography*”, J Orthop Sci 2003;

N. Kofotolis, E. Kellis, „*Effects of two 4-week proprioceptive neuromuscular facilitation programs on muscle endurance, flexibility, and functional performance in women with chronic low back pain*”. Phys Ther 2007, 86(7): 1001-101;

Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2021 roku”, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, ZUS, Warszawa 2022;

Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2015 z dnia 18 lutego 2015 r.;

Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 73/2021 z dnia 26 listopada 2021 r.;

Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2021 z dnia 1 marca 2021 r.;

„*Orzeczenia pierwszorazowe lekarzy orzeczników ZUS wydane w latach 2019-2021 ustalające stopień niezdolności do pracy lub stwierdzające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według stopnia niezdolności do pracy, wieku, województw oraz grup chorobowych*”, ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych

P. Gajewski, A. Szczeklik, „*Interna Szczeklika 2016 - Podręcznik chorób wewnętrznych*”, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2016;

Rocznik Statystyczny Województwa Łódzkiego 2021 (<https://lodz.stat.gov.pl/dane-o-województwie/województwo-887/>);

„*Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*”, Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2021;

„*Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021-2027*”, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego Departament Polityki Zdrowotnej, Łódź, 2021;

„*Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*” (2020);

„*Szczegółowy opisie priorytetów programu regionalnego FEŁ 2027*”;

S. Hartley, G.M. Yeowell, Future proofing the Physiotherapy Profession. In: World Confederation for Physical Therapists (WCPT) Congress 2017. Cape Town, Africa;

Tadeusz Styczyński „*Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa*”, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie; Reumatologia 2013; 51, 6: 429–436;

T. M. Domżał, „*Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża — stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna?*”, Klinika Neurologiczna Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Przedrukowano z: Polski Przegląd Neurologiczny 2007; 3 (4): 216–22;

„*Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2021 r.*”, GUS, dane sygnałne, 16.05.2022 r.;

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

V. Cleland, „*Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis*”. *Obesity Reviews* 2013, 14,3:197-212.;

W. Traczyk, A. Trzebski, „*Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015;

„*Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2021 r.*” ZUS, 2022 r.;

„*Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r.*” ZUS, 2021 r.;

„*Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2019 r.*” ZUS, 2020 r.;

Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.;

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>;

„*Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*”;

WHO, <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/en/>, WHO, Community-based rehabilitation: CBR Guidelines. Introductory Booklet 2010;

Z. Kubińska, K. Zaworski, „*Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne*”, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii;

Z. Kubińska, „*Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całościowej edukacji zdrowotnej*”. *Polish Journal of Continuing Education* 2017; 3:128-132;

VIII. Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabela 1. Jednostki chorobowe, których dotyczy „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”.

Tabela 2. Ludność aktywna zawodowo w woj. łódzkim wg typu aktywności (na podstawie danych z GUS BDL).

Tabela 3. Ludność w woj. łódzkim wg typu aktywności zawodowej i płci (na podstawie danych z GUS BDL).

Tabela 4. Bezrobotni zarejestrowani w woj. łódzkim wg miejsca zamieszkania i płci (na podstawie danych z GUS BDL).

Tabela 5. Wybrane jednostki chorobowe powodujące najdłuższą absencję chorobową z tytułu choroby własnej osób.

Tabela 6. Orzeczenia pierwszorazowe ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według wybranych grup chorobowych i płci.

Tabela 7. Wydatki ZUS na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy.

Tabela 8. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji w obszarze chorób grzbietu i kręgosłupa na terenie województwa łódzkiego w latach 2019-2021.

Tabela 9. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu.

Tabela 10. Koszty jednostkowe zabiegów rehabilitacyjnych.

Wykres 1. Wypadki w pracy w Polsce z uwzględnieniem uszkodzonej części ciała.

Wykres 2. Struktura orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego według wybranych grup chorobowych w woj. łódzkim w 2021 r.

Rysunek 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu chorób układu kostno-stawowego osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie* według województw.

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej:

Załącznik A.

Karta pacjenta nr 1. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”.

Załącznik B.

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

Załącznik C.

Karta pacjenta nr 2. „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”.

Załącznik D.

Minimalny wzór oświadczenia uczestnika Programu dotyczącego niekorzystania ze świadczeń finansowanych z innych środków publicznych. Oświadczenie uczestnika Programu.

Załącznik E.

Przykładowy test wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy do wykorzystania w projektach dotyczących realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”.

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

5. BMI kg/m²

6. Aktywność fizyczna (na podstawie arkusza IPAQ)

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

Pacjent kwalifikuje się do udziału w Programie:

TAK	
NIE	

Rozpoznanie stanowiące podstawę zlecenia rehabilitacji (zabiegów fizjoterapeutycznych)

– wg ICD-11
.....
.....

Zabiegi zlecone w ramach Programu

1.
.....
.....
.....
.....

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

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

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

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

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

Czerwone lub żółte flagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data

.....

podpis osoby kwalifikującej do programu

Przykładowa ankieta dla pacjenta- do modyfikacji i rozbudowania przez beneficjenta realizującego Program**Szanowni Państwo,**

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat „**Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu**”, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.

Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

mężczyzna

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

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak

raczej tak

trudno powiedzieć

raczej nie

zdecydowanie nie

5. Czy uważa Pani/Pan, że regularnie uprawiana aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiec rozwojowi chorób narządu ruchu?

zdecydowanie tak

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

raczej tak	<input type="text"/>
trudno powiedzieć	<input type="text"/>
raczej nie	<input type="text"/>
zdecydowanie nie	<input type="text"/>

6. **Czy uważa Pani/Pan, że zdrowe odżywianie może zapobiegać niektórym czynnikom ryzyka chorób narządu ruchu ?**

zdecydowanie tak	<input type="text"/>
raczej tak	<input type="text"/>
trudno powiedzieć	<input type="text"/>
raczej nie	<input type="text"/>
zdecydowanie nie	<input type="text"/>

7. **Czy po zakończonym udziale w projekcie Pani/Pana motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia uwzględniającego m.in. zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną jest:**

zdecydowanie wyższa	<input type="text"/>
raczej wyższa	<input type="text"/>
taka sama	<input type="text"/>
raczej niższa	<input type="text"/>
zdecydowanie niższa	<input type="text"/>

8. **Czy po zakończonym udziale w projekcie Pani/Pana dolegliwości bólowe związane z chorobą narządu ruchu są:**

zdecydowanie większe	<input type="text"/>
raczej większe	<input type="text"/>
takie same	<input type="text"/>
raczej mniejsze	<input type="text"/>
zdecydowanie mniejsze	<input type="text"/>

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

.....

.....

.....

.....

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

Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że w projekcie

pn.

realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego”
lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy”
lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
data i podpis

**Przykładowy test wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy
do wykorzystania w projektach dotyczących realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”**

Test ma **charakter przykładowy**. Podmioty realizujące poszczególne projekty (beneficjenci) mogą zmieniać pytania i wprowadzać inne np. w zależności od konkretnej tematyki prowadzonych działań edukacyjnych, wagi przywiązywanej do poszczególnych zagadnień.

Informacja dotycząca testu. Niniejszy test jest wymagany do wypełnienia dla uczestników projektów służących realizacji „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”. Wypełnienie testów pozwala całościowo zmierzyć efekt jego działań dotyczący wzrostu wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy – jednym z mierników realizacji celów ww. programu jest bowiem „Liczba osób, u których stwierdzono wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy”, dotyczący celu szczegółowego „Wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii w miejscu pracy u 80% uczestników”. Dzięki pomiarowi stopnia osiągnięcia celów możliwe jest dokonanie oceny skuteczności i efektywności programu.

Tylko jedna odpowiedź jest prawdziwa i jedną należy wybrać.

Proszę wstawić znak X lub zakreślić właściwą odpowiedź.

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

.....

1. Zdrowie to:

- a) jeden z wielu, lecz mało istotny czynnik wpływający na zdolność do pracy
- b) jedyny czynnik, mający wpływ na zdolność do pracy
- c) **jeden z najważniejszych czynników determinujących zdolność do pracy**
- d) czynnik, który nie ma wpływu na zdolność do pracy

2. Najważniejszymi czynnikami warunkującymi zdrowie populacji w wieku produkcyjnym są:

- a) **styl życia i charakter pracy**
- b) jakość działań instytucji ochrony zdrowia
- c) dostępność produktów medycznych i leków
- d) zamożność społeczeństwa i wysokość dochodów

3. Głównymi przyczynami nie tylko przedwczesnych zgonów, lecz także niepełnosprawności oraz przechodzenia na emeryturę ze względów zdrowotnych są:

- a) **choroby przewlekłe, w tym choroby układu, krążenia i nowotwory.**
- b) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym nerwice i depresje.
- c) choroby skóry, w tym łysienie i trądzik
- d) choroby ucha, w tym zapalenie ucha środkowego, zapalenie ucha zewnętrznego.

4. Do najważniejszych czynników ryzyka chorób przewlekłych należą:

- a) **palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nadwaga i otyłość wynikające z diety niezgodnej z zaleceniami i niskiej aktywności fizycznej,**
- b) palenie papierosów, nadwaga i otyłość wynikające z diety niezgodnej z zaleceniami, wysoka aktywność fizyczna.
- c) niski poziom stresu, nadwaga i otyłość wynikające z diety niezgodnej z zaleceniami,
- d) niepalenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna,

5. Ergonomia to:

- a) **nauka o dostosowaniu środowiska pracy do człowieka,**
- b) nauka o pracy,
- c) nauka o dostosowaniu człowieka do pracy,
- d) nauka zajmująca się oświetleniem i hałasem.

6. Przedmiotem badań ergonomii jest:

- a) maszyna,
- b) urządzenie techniczne,
- c) **relacja człowiek – maszyna – praca,**
- d) praca wykonywana przez maszyny.

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

7. Przedmiot ergonomiczny to taki, który jest:

- a) bezpieczny, estetyczny, tani,
- b) łatwy do wykonania, trwały, bezpieczny,
- c) **bezpieczny, funkcjonalny, zdrowy,**
- d) zdrowy, trwały, łatwy do wyprodukowania.

8. Praca pozorna to:

- a) praca zbędna,
- b) praca nie obciążająca fizycznie,
- c) **praca, która nie niesie żadnych skutków, bezcelowa**
- d) praca wykonywana przez zbyt wiele osób.

9. Praca złożona, to praca:

- a) polegająca na złożeniu skomplikowanego urządzenia,
- b) praca składająca się z wielu powtarzalnych czynności,
- c) praca o jasnych i prostych kryteriach, ale długo trwająca,
- d) **związana z pracą umysłową, wymagająca tak wysiłku bieżącego jak minionego oraz specjalnych uzdolnień.**

10. Okres restytucji to czas:

- a) potrzebny na przygotowanie do pracy,
- b) potrzebny na zakończenie pracy,
- c) **potrzebny na odpoczynek organizmu po pracy,**
- d) odtwarzania zasobów magazynowych.

11. Pracę statyczną:

- a) wykonują tylko te osoby, które cały dzień muszą stać,
- b) wykonują tylko te osoby, które się w ogóle nie ruszają,
- c) **wykonują ludzie, którzy w przez większość czasu pracy pozostają w niezmienniej pozycji,**
- d) wykonują osoby podnoszące pionowo jakieś przedmioty.

12. Monotypia ruchów zależy od:

- a) rodzaju maszyny, którą się dana osoba posługuje,
- b) znużenia psychicznego wykonywaną pracą,
- c) konieczności niewielkiej koncentracji uwagi,
- d) **stopnia ograniczenia ruchowego i liczby powtórzeń czynności,**

13. W Wykazie chorób zawodowych (rozporządzenie rady ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych), w grupie przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy, uwzględniono:

- a) **przewlekłe zapalenie okołostawowe barku, przewlekłe uszkodzenie łątki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej,**
- b) rak płuca, rak oskrzela, nowotwór skóry
- c) pylica krzemowa, pylica-gruźlica, pylica azbestowa oraz pozostałe pylice krzemianowe
- d) przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat

14. Do podstawowych celów stosowania ergonomii w zakładach pracy należą:

- a) **zwiększenie wydajności pracy i poprawa jakości warunków pracy,**
- b) zwiększenie zysku i zmniejszenie kosztów przedsiębiorstwa,
- c) polepszenie dostępu do informacji o stanie środowiska.
- d) zwiększenie akceptacji społecznej dla realizacji niezbędnych inwestycji.

15. Do podstawowych zasad ergonomii należą w związku z dolegliwościami ze strony układu mięśniowo- szkieletowego

- a) Maksymalizowanie obciążenia wysiłkiem fizycznym.
- b) **Unikanie obciążeń statycznych, czyli utrzymywania jednej pozycji ciała lub jego części przez dłuższy okres czasu.**
- c) Zwiększanie ilości ruchów powtarzalnych, monotypowych.
- d) Nieregularne uprawianie treningu fizycznego

IX. Załączniki programu polityki zdrowotnej

16. Jakich elementów dotyczy ergonomia stanowiska pracy biurowej:

- a) **Monitor, krzesło, oświetlenie, czystość stanowiska pracy.**
- b) Stół, łóżko, telewizor.
- c) Kanapa, krzesła, fotele.
- d) Wanna, zlew.

17. Zmniejszanie się z wiekiem możliwości wykonywania pracy wiąże się z:

- a) **obniżeniem wydolności i sprawności fizycznej,**
- b) zwiększeniem sprawności psychofizycznej (np. spostrzegawczości, szybkości reakcji, sprawności narządów zmysłów),
- c) odpornością na występowanie wielu chorób, w tym układu krążenia, oddechowego, mięśniowo-szkieletowego, a także zaburzeń hormonalnych i metabolicznych
- d) zwiększaniem progu maksymalnego wysiłku

18. Praca w porze nocnej uważana jest za najcięższą ze względu na:

- a) **najniższą gotowość organizmu do wysiłku**
- b) bardzo długi okres adaptacji organizmu do nowych warunków pracy
- c) niesprzyjające środowisko pracy np. niedostateczne oświetlenie
- d) potrzeby odpoczynku i snu.

19. Nadwaga i otyłość:

- a) są wyłącznie problemem natury estetycznej.
- b) **sprzyjają rozwojowi wielu chorób przewlekłych m.in. chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy typu 2.**
- c) sprzyjają większej odporności na wszystkie choroby.
- d) nie stanowią żadnego problemu w związku ze zdrowiem.

20. Do błędów żywieniowych najczęściej popełnianych przez Polaków należą:

- a) **zbyt duże spożycie cukru i słodczy oraz słodzonych napojów,**
- b) zbyt duże spożycie warzyw i owoców,
- c) zbyt duże spożycie ryb,
- d) zbyt małe spożycie soli.

21. Proszę wskazać błędną odpowiedź:

- a) Ocena ryzyka zawodowego pomaga ograniczyć negatywne skutki oddziaływania zagrożeń na ludzi i środowisko w związku z wykonywaną pracą.
- b) Ocena ryzyka zawodowego przyczynia się też do podniesienia konkurencyjności przedsiębiorstwa i jego prawidłowego funkcjonowania.
- c) **Ocena ryzyka zawodowego jest przeprowadzona tylko na wniosek pracowników.**
- d) Zgodnie z przepisami prawa każdy pracodawca jest zobowiązany przeprowadzać ocenę ryzyka zawodowego oraz informować o nim pracowników.

22. Proszę wskazać błędną odpowiedź. Wśród zawodowych czynników ryzyka, które mogą powodować dolegliwości i schorzenia narządu ruchu są:

- a) niedostosowanie ergonomiczne stanowiska pracy do wykonywania czynności zawodowych,
- b) wykonywanie pracy w pozycji wymuszonej i wymagającej wykonywania monotypowych, powtarzalnych w długich przedziałach czasowych ruchów nadmiernie obciążających różne elementy układu ruchu,
- c) nadmierny długotrwały ucisk na tkanki i struktury narządu ruchu, pracę w niekorzystnych zwłaszcza zmiennych warunkach mikroklimatycznych,
- d) **Niedostateczne oświetlenie stanowiska pracy.**

Dziękujemy za wypełnienie testu.