Województwo Śląskie

Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022

Podstawa prawna realizacji Programu:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938, 2110, 2217 i 2361)

Katowice 2018

Fundusze Europejskie Program Regionalny

Śląskie.

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Nazwa programu:

Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022

Okres realizacji Programu: 2019-2022

Autorzy programu:

Samorząd Województwa Śląskiego

przy współpracy z ekspertami:

dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki

dr hab. n. o zdrowiu Piotr Romaniuk

dr n. med. Krzysztof Kaczmarek

Dane kontaktowe:

Zarząd Województwa

ul. Ligonia 46

40-037 Katowice

telefony: +48 (32) 20 78 290, 287

faxy: +48 (32) 20 78 291

Data opracowania programu:

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów 4
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .. 5
1. Opis problemu zdrowotnego 5
2. Dane epidemiologiczne 13
3. Opis obecnego postępowania 24
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 27
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności 33
1. Cel główny 33
2. Cele szczegółowe 33
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 33
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej 35
1. Populacja docelowa 35
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej 37
3. Planowane interwencje 39
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej 47
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 48
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 49
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 49
2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 49
2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I) 49
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 52
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 54
1. Koszty jednostkowe 54
2. Koszty całkowite 56
3. Źródło finansowania, partnerstwo 57
VII. Bibliografia 58
Spis rycin 60
Spis tabel 60

Wykaz skrótów

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EULAR – Europejska Liga Przeciw Reumatyzmowi

HAQ - Health Assessment Questionnaire (kwestionariusz stanu zdrowia)

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

LMPCh – leki modyfikujące przebieg choroby

ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów

MIZS – młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

PNZJ – przewlekłe nieswoiste zapalenie jelit

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

RehL – Rehabilitacja Lecznicza

ReZS – reaktywne zapalenie stawów

RTG – rentgenogram

RZS – reumatoidalne zapalenie stawów

RPO WSL – Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego

SpA – spondyloartropatie seronegatywne

USG – ultrasonografia

VAS – Visual Analogue Scale (skala wzrokowo-analogowa)

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

WHOQOL-BREF - Quality of Life-BREF (kwestionariusz oceny jakości życia)

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

ZZSK – zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego stanowią rozbudowaną kategorię o złożonej etiologii i zróżnicowanym obrazie klinicznym. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 choroby zaliczane do tej grupy dzieli na 5 głównych kategorii (Tabela 1), obejmujących łącznie ok. 200 jednostek chorobowych. W kontekście zapobiegania niepełnosprawności i wykluczeniu z rynku pracy, choroby te należy rozpatrywać przede wszystkim w odniesieniu do ich wpływu na obniżenie sprawności fizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego. Mając powyższe na uwadze, zadecydowano o skoncentrowaniu działań w ramach Programu na trzech obszarach problemowych, które łączy ze sobą fakt występowania stanów zapalnych i dolegliwości bólowych, utrudniających lub uniemożliwiających wykonywanie czynności związanych z pracą zawodową. Pierwszy z nich stanowią reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) oraz młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS), drugi – spondyloartropatie seronegatywne (SpA), natomiast trzeci - choroby zapalne tkanek miękkich, a szczególnie choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem oraz uszkodzenia barku, co ma związek z faktem, iż choroby te stanowią znaczny odsetek ogółu chorób zawodowych układu ruchu wywołanych sposobem wykonywania pracy[1].

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

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en.

[1] E. Cwynar i wsp. Analiza zgłoszeń podejrzenia chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy w kontekście patologii uznanych za choroby zawodowe. Medycyna Pracy 2013;64(3)

1.1 Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) oraz młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS)

Reumatoidalne zapalenie stawów stanowi przewlekłą chorobę tkanki łącznej prowadzącą do postępującej niepełnosprawności i inwalidztwa[2]. Liczne badania sugerują istnienie bezpośredniego związku pomiędzy RZS a występowaniem niepełnosprawności i ograniczeniem lub brakiem zdolności do wykonywania pracy. Szacuje się, że średnio w okresie 10 lat od zdiagnozowania choroby ok. 50% chorych nie jest w stanie kontynuować pracy zarobkowej[3]. Wyniki zagranicznych badań sugerują, że odsetek ten może sięgać w porównywalnym okresie nawet 85% pacjentów cierpiących na RZS[4]. Polskie badania wskazują ponadto, iż choroba w ciągu 10 lat od zdiagnozowania prowadzi do pojawienia się niepełnosprawności u 12,5% mężczyzn i 22,7% kobiet[5].

Bazując na obecnym stanie wiedzy przyjmuje się, iż RZS stanowi chorobę autoimmunologiczną, której przyczyny nie zostały dostatecznie rozpoznane, jednak sugeruje się istnienie związku choroby z zaburzeniami układu odpornościowego, występowaniem infekcji wirusowych lub bakteryjnych (nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna na mononukleozy, a także zakażenia bakteryjne oraz wirusowe, takie jak zakażenia wirusem EBV)[6].

Istnieje szereg czynników zwiększających prawdopodobieństwo pojawienia się choroby, wśród których można wymienić:

- czynniki genetyczne – ryzyko zapadnięcia na RZS jest istotnie większe w przypadku osób, u których notuje się występowanie przypadków choroby w przeszłości rodziny[7];
- palenie tytoniu – badania wykazały zwiększone ryzyko zachorowania na RZS wśród osób palących papierosy[8];

[2] Rupiński R, Filipowicz-Sosnowska A. Disease activity and functional disability in rheumatoid arthritis patients. Reumatologia/Rheumatology. 2005;43(3), s.129-137.
[3] Krawczyk-Wasielewska A, Gajewska E, Samborski W. Płeć jako jeden z czynników mogących determinować jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Nowiny Lekarskie 2012, 81, 4, s. 347–353.
[4] Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal educationlevel and poor health status: behavioral, in addition to demographicand medical, explanations? J Clin Epidemiol 1994; 47, s. 355-361.
[5] Bryl W, Wąsiewicz E, Krzyżaniak A, Gałęcki J. Badanie potrzebrehabilitacyjnych. Zdrowie Publiczne 1991; 102, s. 5-6
[6] McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011) DOI: 10.1056/NEJMra1004965
[7] Plenge RM. The genetic basis of rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatoid Arthritis. Philadelphia, Penn: Mosby Elsevier; 2009:23-27
[8] Chang K, Yang SM, Kim SH, Han KH, Park SJ, Shin JI. Smoking and Rheumatoid Arthritis. Gilbert K, ed. International Journal of Molecular Sciences. 2014;15(12):22279-22295. doi:10.3390/ijms151222279.

- płeć – częstość występowania RZS wśród kobiet jest 3–4 razy większa niż w przypadku mężczyzn[9];
- wiek – RZS najczęściej diagnozowane jest u pacjentów w wieku 30-50 lat, jednakże szczyt zachorowalności przypada na okres pomiędzy 40 a 60 rokiem życia (w populacji powyżej 60 r.ż. notuje się wyraźnie mniejszą zachorowalność)[10].

Obraz kliniczny RZS wykazuje się dużą zmiennością w zależności od stadium zaawansowania choroby, częstości zaostrzeń oraz lokalizacji zajętych stawów. Jego syntetycznym przedstawieniem jest wyodrębnienie czterech etapów rozwoju choroby[11]:

- okres I wczesny - ból, obrzęk, pogrubienie zarysów stawów, sztywność poranna, brak typowych zmian w RTG, osteoporoza okołostawowa;
- okres II zmiany umiarkowane - objawy wskazane powyżej oraz zmiany okołostawowe, zaniki mięśniowe (głównie mięśni międzykostnych, glistowatych, czworogłowych uda), ruchomość ograniczona, w obrazie RTG wyraźna osteoporoza – z lub bez objawów rozpoczynającej się podchrzęstnej destrukcji kości;
- okres III zmiany zaawansowane - trwałe uszkodzenia struktur stawowych, wyżej wymienione objawy bardziej nasilone, zmiany w narządach wewnętrznych, tzw. podwichnięcia w stawach, w RTG wyraźna osteoporoza, uszkodzenia chrząstki i kości;
- okres IV schyłkowy - wyżej wymienione objawy oraz występowanie zrostów włóknistych i usztywnień stawów.

Należy jednocześnie podkreślić, iż RZS jest chorobą, która oprócz stawów atakuje także inne narządy, w tym w szczególności serce i naczynia krwionośne, nerki, oczy, płuca, a dodatkowo pogarsza rokowanie u chorego. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów opiera się obecnie głównie na terapii farmakologicznej, jednakże dla podtrzymania sprawności ruchowej stosuje się także rehabilitację, w tym przede wszystkim kinezyterapię, fizykoterapię (termoterapię, elektroterapię, magnetoterapię, balneoterapię), masaże, psychoedukację oraz edukację zdrowotną[12,13]. Dla kompensowania pojawiających się ograniczeń sprawności stosuje

[9] Kelly C, Hamilton J. What kills patients with rheumatoid arthritis? Rheumatology 2007; 46, s. 183–184.
[10] Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Reumatoidalne zapalenie stawów o początku w wieku późnym. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008; 118 (Suppl).
[11] Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
[12] Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/ (dostęp: 4.12.2017).
[13] Samborski W, Ponikowska I. Choroby reumatyczne – standardy lecznicze w medycynie uzdrowiskowej. Balneologia Polska 1-2/2005, s. 14-23.

się także zaopatrzenie ortopedyczne: kule, stabilizatory stawów, aparaty przeciwdeformacyjne, łuski. W leczeniu można również odwołać się do interwencji chirurgicznej nastawionej na likwidację deformacji, przykurczy, endoplastykę[14].

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) stanowi najczęstszą przewlekłą układową chorobę tkanki łącznej wieku rozwojowego o podłożu autoimmunologicznym. MIZS dotyczy heterogennej grupy zapaleń stawów rozpoczynających się przed 16 rokiem życia i trwających co najmniej 6 tygodni. W etiologii i patogenezie choroby istotną rolę odgrywa predyspozycja genetyczna oraz czynniki środowiskowe (infekcje bakteryjne lub wirusowe, urazy fizyczne i psychiczne). Obraz kliniczny MIZS jest niejednorodny, choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, a na jej skutek może dojść do zniszczenia struktur stawowych i zahamowania wzrostu dziecka lub zajęcia narządów wewnętrznych. Postępowanie farmakologiczne zmniejszenia aktywność zapalną i immunologiczną choroby celem zainicjowania i utrzymania jej remisji. Omawiana jednostka chorobowa została włączona do katalogu problemów zdrowotnych poruszanych w niniejszym Programie, ponieważ może być przyczyną niepełnosprawności dzieci i młodzieży, towarzyszącej tej grupie także w życiu dorosłym[1516].

1.2. Spondyloartropatie seronegatywne (SpA)

Spondyloartropatie seronegatywne są grupą wzajemnie powiązanych chorób reumatycznych, charakteryzującą się podobieństwem uwarunkowań genetycznych oraz wspólnymi objawami klinicznymi. Do SpA zalicza się m.in. zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), reaktywne zapalenie stawów (ReZS) oraz zapalenie stawów towarzyszące przewlekłym zapalnym chorobom jelit. W patogenezie SpA istotne znaczenie mają czynniki genetyczne (głównie występowanie antygenu HLA-B27) i środowiskowe (palenie tytoniu, przebyte i istniejące infekcje), a także zaburzenia immunologiczne[17].

Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa jest przewlekłą postępującą chorobą zapalną, obejmującą stawy i aparat więzadłowo-ścięgnisty kręgosłupa, a także stawy

[14] Da Silva, E., Doran, M. F., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. and Matteson, E. L. (2003), Declining use of orthopedic surgery in patients with rheumatoid arthritis? Results of a long-term, population-based assessment. Arthritis & Rheumatism, 49: 216–220. doi:10.1002/art.10998

[15] Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, Raport AOTMiT nr: AOTMiT-BOR-434-7/2015.

[16] Smolewska E., Niepełnosprawność dzieci i młodzieży chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2012(3).

[17] Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M. i in., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych − ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014.

krzyżowo-biodrowe, prowadzącą do skostnień i ograniczeń ruchomości. Choroba ta dotyczy osób w wieku produkcyjnym, rozpoczyna się zwykle przed 30 r.ż. (ok. 80% przypadków). Przebieg ZZSK zmusza chorych do zmiany charakteru pracy, a nierzadko także zakresu obowiązków pełnionych w ramach ról społecznych. W konsekwencji postępującego procesu chorobowego dochodzi również do zmian w zakresie estetyki ciała, mogących przyczynić się do rozwoju zaburzeń nerwicowych. Co więcej, okresy zaostrzenia i remisji, charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej, mogą powodować silne wahania nastroju, które w konsekwencji mogą doprowadzić do depresji[18]. Kompleksowe leczenie ZZSK powinno obejmować zarówno postępowanie farmakologiczne (niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwbólowe, sulfasalazyna lub metotreksat u chorych z zajęciem stawów obwodowych oraz miejscowe stosowanie glikokortykosteroidów), jak i niefarmakologiczne (edukacja zdrowotna pacjenta oraz rehabilitacja)[19].

Łuszczycowe zapalenie stawów to przewlekła autoimmunologiczna choroba zapalna, której przebieg wiąże się z występowaniem zapalenia stawów obwodowych, kręgosłupa lub przyczepów ścięgnistych u chorych z łuszczycą skóry lub paznokci. Postać obwodowa charakteryzuje się bólem i obrzękiem zajętych stawów z towarzyszącym uczuciem sztywności porannej, a postać osiowa – bólem kręgosłupa, zwłaszcza w części lędźwiowo-krzyżowej, z uczuciem sztywności stawów. U zdecydowanej większości pacjentów występuje postać asymetryczna kilkustawowa ŁZS (ok. 70%) lub przypominająca RZS postać wielostawowa (ok. 15-20%). Rzadziej pojawiają się: przypominająca ZZSK postać osiowa, ŁZS z dominującym zapaleniem stawów międzypaliczkowych dalszych lub postać okaleczająca. Omawiana jednostka jest heterogenną i potencjalnie ciężką chorobą, wymagającą leczenia wielodyscyplinarnego, obejmującego współpracę specjalistów w dziedzinie reumatologii i dermatologii. Chory powinien być regularnie monitorowany, a leczenie dostosowywane do potrzeb[20,21].

Reaktywne zapalenie stawów jest stanem zapalnym nieropnym, rozwijającym się po przebytym zakażeniu przewodu pokarmowego, układu oddechowego lub moczowo-płciowego. ReZS występuje najczęściej pod postacią zapalenia jednostawowego lub asymetrycznego zapalenia kilkustawowego, obejmującego głównie stawy kończyny dolnej (wysiękowe

[18] Dembowski Ł., Dudek P., Ciesielska N. i in., Wykorzystanie nowoczesnych metod fizjoterapeutycznych w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(8):145-158.
[19] J Braun, R van den Berg, X Baraliakos i in., 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis Ann Rheum Dis 2011;70:896-904.
[20] Gossec L., Smolen J., Gaujoux-Viala C. i wsp. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. Ann Rheum Dis 2012; 71: 4–12.
[21] Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M. i in., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych… op.cit.

zapalenie stawów kolanowych i skokowych). Chorobie towarzyszą wędrujące bóle stawów, bóle krzyża i entezopatie (m.in. bolesność całego ciała, obrzęk jednego lub wielu palców, objawy o typie „łokcia tenisisty" i „łokcia golfisty", entezopatia ścięgna podszwowego i/lub ścięgna Achillesa). Ponadto, w zależności od postaci, chorobie towarzyszą objawy ze strony układu moczowo-płciowego, pokarmowego lub sercowo-naczyniowego, a także objawy skórno-śluzówkowe oraz zmiany w narządzie wzroku. Kompleksowe leczenie ReZS powinno obejmować edukację, farmakoterapię, leczenie chirurgiczne (synowektomia, artroplastyka), a także szeroko rozumianą rehabilitację, w tym szczególnie podtrzymanie pełnej ruchomości kręgosłupa, zachowanie ruchomości klatki piersiowej, a także działania fizykoterapeutyczne łagodzące objawy zajęcia stawów[22,23].

Zapalenie stawów związane z nieswoistymi zapaleniami jelit może występować w przebiegu przewlekłych nieswoistych zapaleń jelit (PNZJ), choroby Whipple'a, a także u osób operowanych z wykonaniem jejunostomii. Do PNZJ należy choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i nieokreślone zapalenia jelita grubego. U ok. 25% chorych w przebiegu PNZJ stwierdza się zmiany w obrębie narządu ruchu, a zapalenie stawów towarzyszące chorobie przyjmuje postać osiową lub obwodową (z zajęciem poniżej lub powyżej 5 stawów). Na podkreślenie zasługuje fakt, że bóle i zapalenia stawów mogą wyprzedzać rozwój PNZJ, a także mogą utrzymywać się po uzyskaniu remisji zapalenia jelit. Skuteczne leczenie wymaga współpracy specjalistów w dziedzinach reumatologii, gastroenterologii oraz rehabilitacji[24].

1.3. Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem obejmują swoim zakresem szereg zmian zapalnych, będących podłożem dolegliwości bólowych, przy czym ból nie powstaje w stawach ani kościach, lecz w tkankach miękkich, najczęściej okołostawowych. Bazując na przytoczonej wcześniej klasyfikacji ICD- 10 należy uściślić, iż do grupy tej zaliczono następujące stany chorobowe[25]:

- M70.0 Przewlekłe trzeszczące zapalenie błony maziowej ręki i nadgarstka
- M70.1 Zapalenie kaletki maziowej ręki
- M70.2 Zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego

[22] Ibidem.
[23] Świerkot J., Spondyloartropatie Zapalne (edukacja.przegladreumatologiczny.pl; dostęp: 17.12.2017r.).
[24] Ibidem.
[25] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en.

- M70.3 Zapalenie innych kaletek maziowych stawu łokciowego
- M70.4 Zapalenie kaletki maziowej przedrzepkowej
- M70.5 Zapalenie innych kaletek maziowych stawu kolanowego
- M70.6 Zapalenie kaletki maziowej krętarza/Krętarzowe zapalenie ścięgna
- M70.7 Zapalenie innych kaletek maziowych miednicy/Zapalenie kaletki kulszowej
- M70.8 Inne choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem
- M70.9 Nieokreślone choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

Wobec chorób zaliczanych do wskazanej wyżej kategorii często stosuje się również określenie zespołów przeciążeniowych lub reumatyzmu tkanek miękkich, z zastrzeżeniem, że to ostatnie pojęcie nie stanowi jednostki chorobowej w rozpoznaniu klinicznym, stąd też powyższy termin uznać należy jedynie za umowny. Objawami, które łączą wszystkie wskazane powyżej stany chorobowe są objawy bólowe w obrębie mięśni, ścięgien i ich pochewek, kaletek maziowych, więzadeł, torebek stawowych. Za przyczynę dolegliwości uznaje się w tym przypadku nadwerężenia mechaniczne związane z nadmiernymi wysiłkami fizycznymi bądź przeciążeniami. Zwykle do wytworzenia stanów zapalnych dochodzi na drodze powstawania licznych mikrourazów, które pojedynczo są zazwyczaj nieodczuwalne dla pacjenta, jednakże ich nakładanie się w czasie prowadzi do pojawienia się dolegliwości bólowych. Zazwyczaj choroba powstaje w skutek długotrwałego wykonywania powtarzalnych czynności, stąd też czynniki związane z wykonywaniem pracy zawodowej (szczególnie pracy fizycznej) uznaje się za jedną z przyczyn powstawania zespołów przeciążeniowych.

Ze względu na powszechność występowania, na wyodrębnienie w grupie chorób tkanek miękkich zasługuje także kategoria ujęta w Klasyfikacji ICD-10 zbiorczo jako uszkodzenia barku (M75). Kategoria ta koresponduje ściśle ze wskazaną w wykazie chorób zawodowych jednostką chorobową, opisywaną jako przewlekłe zapalenie okołostawowe barku z przedwczesnym zużyciem tkanek miękkich okolicy barku, których przyczyną jest – jak ma to miejsce w większości przewlekłych chorób układu ruchu, wywołanych sposobem wykonywania pracy – nadmierne przeciążenie i powstanie stanu zapalnego w ramach obręczy barkowej. W rezultacie pojawia się tzw. „zespół bolesnego barku”[26].

[26] Przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy – analiza przyczyn oraz działania prewencyjne http://www.zus.pl (dostęp: 30.11.2017).

Prawdopodobieństwo wystąpienia chorób tkanek miękkich wzrasta, jeżeli w środowisku pracy występują takie czynniki jak: powtarzalność czynności roboczych, wymuszona pozycja ciała (odbiegająca od pozycji neutralnej), siła rozwijana podczas pracy (kiedy praca związana jest z przenoszeniem przedmiotów, używaniem narzędzi roboczych, obsługą klawiatury i urządzeń kierowniczych)[27]. Pewną rolę w powstawaniu stanów zapalnych przypisuje się także czynnikom psychospołecznym środowiska pracy, obejmującym m.in.: duże wymagania stawiane przez pracodawcę, niski poziom kontroli (brak wpływu na ilość, tempo oraz sposób wykonywania pracy), niski poziom zadowolenia z pracy, powtarzalną, monotonną pracę w szybkim tempie, brak wsparcia ze strony współpracowników, osób nadzorujących i kierownictwa, niską kulturę bezpieczeństwa pracy, nadmierną rywalizację, presję czasu, konflikty interpersonalne, mobbing lub przemoc psychiczną[28]. Wśród czynników ryzyka niezwiązanych z wykonywaniem pracy zawodowej wymienić należy w pierwszej kolejności uprawianie sportu[29], a także występowanie otyłości[30].

Grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób tkanek miękkich stanowią przede wszystkim osoby w wieku powyżej 40 lat, ze względu na obniżoną elastyczność tkanek miękkich, co zwiększa ich podatność na urazy, a tym samym skłonność do występowania stanów zapalnych i objawów bólowych. Badania wskazują również, że bardziej podatne na wystąpienie reumatyzmu tkanek miękkich są kobiety, co przypisywane jest zarówno oddziaływaniu hormonów, jak i uwarunkowaniom społeczno-kulturowym[31].

[27] Bugajska J, Jędryka-Góral A, Gasik R, Żołnierczyk-Zreda D. Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. Medycyna Pracy 2011;62(2), s. 153–161.
[28] Bugajska J, Żołnierczyk-Zreda D, Hildt-Ciupińska K. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy. Bezpieczeństwo Pracy 2011;4; s. 12-15.
[29] Złotkowska R, Skiba M, Mroczek A et.al. Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. Hygeia Public Health 2015, 50(1), s. 41-46.
[30] Wearing, S. C., Hennig, E. M., Byrne, N. M., Steele, J. R. and Hills, A. P. (2006), Musculoskeletal disorders associated with obesity: a biomechanical perspective. Obesity Reviews, 7: 239–250. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00251.x.
[31] Nakua E.K., Otupiri E., Dzomeku V.M., Owusu-Dabo E., Agyei-Baffour P., Yawson A.E., Folson G., Hewlett S., Gender disparities of chronic musculoskeletal disorder burden in the elderly Ghanaian population: study on global ageing and adult health, BMC Musculoskelet Disord. 2015 Aug 19;16:204

2. Dane epidemiologiczne

2.1. Globalny obraz problemu zdrowotnego

Choroby układu kostno-stawowego oraz mięśniowego należą do tej grupy problemów zdrowotnych, które w szczególnie silny sposób wpływają na jakość życia i funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym. Oddziałują one w bardzo znaczącym stopniu na stan psychofizyczny osób dotkniętych nimi, będąc jednocześnie najpowszechniejszą przyczyną niepełnosprawności. Ów negatywny efekt dotyczy zresztą nie tylko samych chorych, ale także osób będących w ich najbliższym otoczeniu, w tym – członków rodziny, na których spada odpowiedzialność za codzienne wsparcie i redukcję negatywnych skutków choroby u chorego. Rozszerzone negatywne oddziaływanie chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego wiąże się z charakterystyką tej grupy chorób. Jakkolwiek mają one zróżnicowaną etiologię i przebieg, często wiążą się ze zbliżonego rodzaju konsekwencjami, takimi jak ból oraz ograniczenie sprawności ruchowej, mogące przybrać postać chroniczną lub ostrą. Negatywne objawy tego rodzaju nasilają się wraz z wiekiem, mają również wyraźny związek z czynnikami powiązanymi ze stylem życia. Wystąpieniu ich sprzyjają brak aktywności ruchowej czy otyłość. Ze względu na powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, a także w związku z postępującym procesem starzenia się populacji, które zwiększa liczbę osób starszych, zarówno nominalnie, jak i jako udział w ogólnej liczbie ludności, należy założyć, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami układu kostno-mięśniowego jest duże. To z kolei rodzi konieczność wdrożenia działań ograniczających ryzyko nadmiernego obciążenia jednostek i społeczności negatywnymi skutkami tych chorób, takich jak działania prewencyjne I i II fazy. Jako celowe i uzasadnione realną potrzebą zdrowotną uznać należy również zwiększenie aktywności w obrębie profilaktyki III fazy, dotyczącej osób z już zdiagnozowanym problemem zdrowotnym[32].

Jedną z najczęściej diagnozowanych chorób układu kostno-mięśniowego, a także najczęstszą postacią zapalenia wielostawowego, jest RZS. Choroba ta do dziś nie jest w pełni rozpoznana w zakresie dotyczącym jej etiologii. Zachorowalność na nią wykazuje tendencję wzrostową wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wiekowych, aż do mniej więcej 70-go roku życia, kiedy to dynamika wzrostu zachorowalności zaczyna się zmniejszać. Jest to też choroba około dwukrotnie częściej diagnozowana u kobiet, niż mężczyzn. Ogółem w populacjach krajów rozwiniętych chorobowość waha się w przedziale od 0,3% do 1%

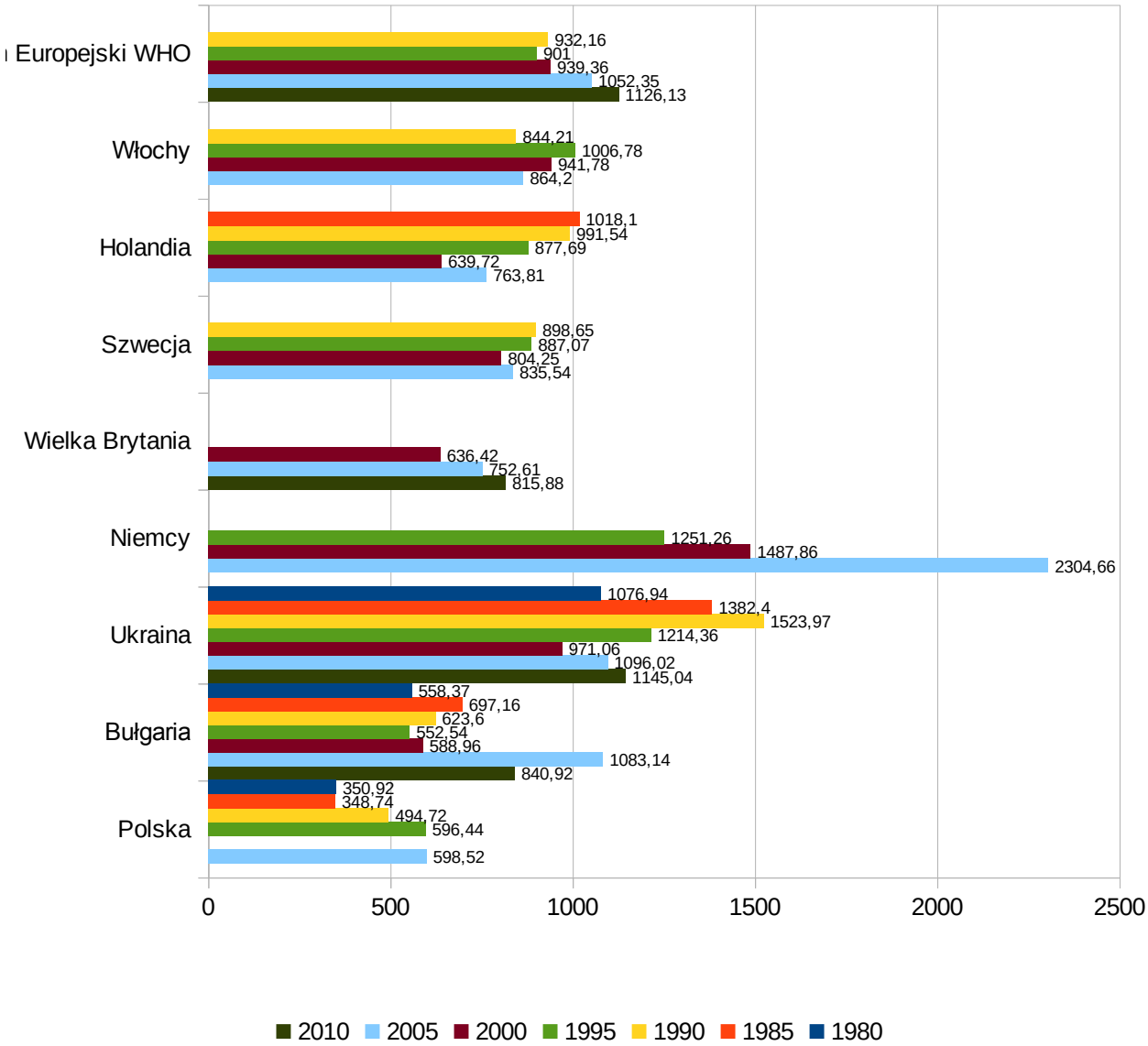
[32.] Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major muscoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(9), s. 646-656.

populacji. W krajach rozwijających się jest niższa, lokując się w okolicy dolnej wartości zarysowanego przedziału. Jedynie sporadyczne przypadki tej choroby notuje się w krajach afrykańskich. Interesującą obserwację poczyniono w odniesieniu do reumatoidalnego zapalenia stawów w populacji Stanów Zjednoczonych, gdzie u ludności czarnoskórej zamieszkującej miasta zarejestrowano istotnie wyższą chorobowość, niż w przypadku ludności wiejskiej - porównywalną z wartościami współczynnika charakteryzującymi ludność europejską, ale jednocześnie niższą, niż u białej ludności Stanów Zjednoczonych. Na tej między innymi podstawie próbuje się doszukiwać możliwych uwarunkowań powstawania choroby, która może mieć związek zarówno z czynnikami genetycznymi, jak i dotyczącymi warunków i stylu życia. Choroba w dwóch trzecich przypadków wiąże się z łagodnym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności i dodatkowo w 10% przypadków – poważnym stopniem niepełnosprawności. W krajach rozwiniętych, w ciągu dziesięciu lat od zdiagnozowania choroby, około połowy pacjentów traci zdolność wykonywania pracy w pełnym wymiarze. Ryzyko niepełnosprawności jest tym większe, im wcześniej pojawiają się objawy choroby. Poza niepełnosprawnością choroba skutkuje także skróceniem średniej oczekiwanej długości życia. Z kolei leczenie chirurgiczne, a także rehabilitacja, mają udowodnioną skuteczność w zmniejszaniu skutków niepełnosprawności[33].

Dane epidemiologiczne w zakresie SpA wskazują, iż dotyka ona ok. 20% pacjentów z przewlekłym bólem zapalnym krzyża z pierwszymi objawami przed 45 r.ż.[34]. Częstość występowania w populacji ZZSK szacowana jest na 0,5-2%, przy czym choroba rozwija się najczęściej przed 40 r.ż. i 3-krotnie częściej wśród mężczyzn. ZZSK cechuje zazwyczaj przewlekły i postępujący przebieg – u ok. 18–30% chorych przebieg jest ciężki i towarzyszą mu znaczne zaburzenia czynnościowe, u 20–30% progresja choroby jest umiarkowana, a u około 50% niewielka[35,36]. Częstość występowania łuszczycy w populacji wynosi 2–3%, a ŁZS obserwowane jest u 7–25% chorych. Początek zachorowań na ŁZS występuje zwykle pomiędzy 30 a 40 r.ż. i zazwyczaj rozpoczyna się w ciągu 10 lat od pojawienia się łuszczycy. Szacuje się, że u 10–15% chorych zmiany występują równolegle, a u kolejnych 10% zmiany w narządzie ruchu wyprzedzają zmiany skórne[37].

[33] Ibidem.
[34] Świerkot J., Spondyloartropatie Zapalne (edukacja.przegladreumatologiczny.pl; dostęp: 17.12.2017r.).
[35] Ibidem.
[36] Van der Linden SM i wsp. Ankylosisspondylitis In Kellys texbook f Rheumatology. Firestein GS, i wsp. Eight ed. Saunders Elsevier, Philadelphia 2009:1169-1189.
[37] Świerkot J., Spondyloartropatie Zapalne… op.cit.

Za pomocą poniższej ryciny zaprezentowano dane dotyczące hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego ogółem w Europie i wybranych krajach europejskich.



Rycina 1. Współczynnik hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego (na 100 tys. ludności).

Źródło: WHO Health for All database.

Dane ukazane na powyższej rycinie stanowią odzwierciedlenie skali rozpowszechnienia problemu chorób układu kostno-mięśniowego w krajach europejskich, jakkolwiek są one obarczone pewnymi ograniczeniami związanymi z niekompletnością danych (okresy raportowania danych nie są identyczne dla wszystkich uwzględnionych krajów). Trzeba również mieć na względzie iż hospitalizacje nie są kompletnym i niebudzącym wątpliwości odzwierciedleniem chorobowości. Liczba hospitalizacji może mieć związek m.in. z poziomem finansowania określonych kategorii świadczeń, a także z zastosowanym wzorcem

funkcjonowania systemu zdrowotnego i przyjętym modelem leczenia (wyższy odsetek hospitalizacji z reguły charakteryzuje kraje stosujące model systemu opieki zdrowotnej wyrosły z tradycji ubezpieczeniowej). Mimo tych niedoskonałości można na podstawie zaprezentowanych danych wyciągać pewne wnioski dotyczące obciążenia chorobami układu kostno-mięśniowego. Rysuje się ono jako co do zasady wyższe w krajach zamożniejszych, co jest potwierdzeniem zamieszczonej w poprzednim akapicie informacji o specyfice chorobowości związanej z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Ponadto zauważalny jest brak jednoznacznego trendu w zakresie skali tego obciążenia w okresie 1980 – 2010. W części krajów ma on charakter wzrostowy, w innych z kolei malejący, choć dane zbiorcze dla całego Regionu Europejskiego WHO sugerują jednak raczej trend wzrostowy, gdy rozpatrywać go na poziomie zagregowanym. Dane dotyczące Polski również sugerują zwiększanie się obciążenia chorobami układu kostno-mięśniowego w ostatnich dziesięcioleciach.

Zaprezentowane powyżej dane pokazują, że liczba hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego w Polsce w ostatnich latach zbliża się do 600 przypadków na 100 tys. ludności. Doniosłość znaczenia tej grupy chorób dla zdrowia publicznego, jak również dla publicznego systemu zabezpieczenia społecznego, ale także dla gospodarki narodowej, odzwierciedlona jest dodatkowo w statystykach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dotyczących wydatków ubezpieczenia społecznego w na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Choroby układu kostno-mięśniowego w roku 2016 odpowiadały za 14,1% wydatków. Była to druga najpowszechniejsza przyczyna wydatków, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania. W wymiarze nominalnym oznacza to konieczność wydatkowania kwot sięgających 5 mld zł, z czego około 3 mld to świadczenia wypłacane mężczyznom, a 2 mld – kobietom. Podobny jest udział chorób układu kostno-mięśniowego w wydatkach na świadczenia pieniężne związane z absencją chorobową oraz rentami z tytułu niezdolności do pracy, choć w tym drugim przypadku zwraca uwagę większy udział rent z tytułu niezdolności częściowej. Dla tej kategorii świadczeń choroby układu kostno-mięśniowego generują ponad 17% ponoszonych kosztów. Rozpatrując ten problem z innej perspektywy – 82,3% osób z orzeczeniem o niezdolności do pracy w związku z którąś z chorób mieszczących się w omawianej grupie ma orzeczoną niezdolność częściową. Nieco inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku wydatków na świadczenia rehabilitacyjne finansowane w ramach ubezpieczenia chorobowego. Dla tego kategorii świadczeń choroby układu kostno-mięśniowego są już najważniejszą przesłanką uruchomienia ochrony ubezpieczeniowej, odpowiadając za 29,1% ponoszonych wydatków. Jakkolwiek zatem relatywnie nieduży jest odsetek osób dotkniętych chorobą w stopniu uniemożliwiającym jakąkolwiek pracę, a także

samodzielną egzystencję, zarówno bardzo duży udział chorób układu kostno-mięśniowego w wydatkach na świadczenia rehabilitacyjne, a także duży udział w wydatkach na renty z tytułu niezdolności do pracy oznacza, że choroby te częściej przyjmują postać przewlekłą, z obciążeniem zdrowotnym rozciągniętym w czasie i wiążącym się z niezdolnością do pracy o przedłużającym się czasie trwania. Ponadto omawiana grupa chorób stanowi najważniejszą przyczynę wydatków ponoszonych z tytułu rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej, odpowiadając za 52,4% wszystkich kosztów[38]. Choroby układu kostno-mięśniowego są wreszcie przyczyną 14,4% wszystkich dni absencji chorobowej pracowników, co w 2014 przełożyło się na łącznie 30626,4 dni absencji. Na przestrzeni kilku kolejnych lat zauważalny jest systematyczny wzrost udziału chorób układu kostno-mięśniowego w katalogu przyczyn absencji[39].

Warto zaznaczyć, iż analizy dotyczące realizacji zadań z zakresu rehabilitacji leczniczej przez podmioty działające w obrębie ubezpieczenia społecznego, wskazują na wysoki stopień efektywności rehabilitacji leczniczej, w tym – osób korzystających z niej z powodu chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego. Efektywność tę oceniać można w dwóch płaszczyznach: subiektywnej, dotyczącej poprawy jakości życia i zmniejszenia się skali dolegliwości związanych z chorobą i obiektywnej, dotyczącej ograniczania ryzyka niezdolności do pracy oraz eskalacji kosztów z tytułu leczenia chorego. W odniesieniu do pierwszego aspektu – J. Bubińska w badaniu dotyczącym efektywności rehabilitacji leczniczej, realizowanej w centrum rehabilitacji Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego odnotowuje, dla lat 2000-2002, 75-80% skuteczność realizowanych świadczeń w zakresie dotyczącym poprawy sprawności ruchowej, wśród pacjentów poddawanych zabiegom. Zbliżony odsetek odnotowano dla rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1997-2001 (średnio 79,5%). Autorka zauważa wprawdzie, iż zachodzi pewna rozbieżność pomiędzy oceną skuteczności rehabilitacji, dokonywaną przez specjalistów a oceną dokonaną przez samych beneficjentów świadczenia, którzy deklarowali skuteczność odbytych turnusów rehabilitacyjnych jedynie w 23%, jednakże zauważa jednocześnie fakt, iż oceny subiektywne często determinowane są innymi, pozazdrowotnymi czynnikami[40]. Subiektywny wymiar skuteczności rehabilitacji został również potwierdzony w badaniu

[38.] Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
[39.] Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.
[40] Bubińska J. Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników w wybranym centrum rehabilitacji rolników KRUS. Pol. Ann. Med. 2009;16(1): 42-56.

I. Wróblewskiej i wsp., gdzie 88% badanych pacjentów potwierdziło poprawę samopoczucia po zastosowanych zabiegach[41]. Analizy własne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wskazują z kolei na bardzo wysoki stopień skuteczności rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej, w ograniczaniu ryzyka długotrwałej niezdolności do pracy. W programie pilotażowym dotyczącym rehabilitacji leczniczej osób cierpiących na choroby układu krążenia i choroby narządów ruchu, realizowanym w latach 1990-1995, stwierdzono odzyskanie zdolności do pracy przez 37% osób poddanych rehabilitacji. W okresie realizacji rehabilitacji leczniczej w ramach regularnej aktywności ZUS, w zakresie prewencji rentowej w latach 1996-2013, zaobserwowano również wysoką skuteczność świadczeń w zakresie przywracania zdolności do pracy, na poziomie nie niższym, niż około 30%. Poczynając od roku 2005 zaobserwowano systematyczny wzrost skuteczności rehabilitacji leczniczej, aż do poziomu przekraczającego 54% w roku 2013[42].

2.2. Epidemiologia chorób układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim.

W poniższej tabeli zaprezentowano dane dotyczące chorobowości i zapadalności na wybrane choroby układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim w roku 2014.

Tabela 2. Zapadalność oraz chorobowość dotycząca wybranych chorób układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności; dane dla roku 2014).

Jednostka chorobowa	Zapadalność	Chorobowość
Choroby kręgosłupa	1966,2	16398
Choroby stawów	1674,4	13697,7
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	1478,4	10357,7
Artropatie wielostawowe zapalne	351,2	2688,92
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (zapalne)	205,4	1654,2
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	172,9	1490,3
Choroby układowe tkanki łącznej	156,8	1444,51
Choroby mięśni	28,7	218,9

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

Na podstawie danych przedstawionych w powyższej tabeli można wnioskować, iż najczęściej występującym w województwie problemem zdrowotnym związanym z układem kostno-stawowym i mięśniowym są choroby kręgosłupa. Jest to zgodne z charakterystyką

[41] Wróblewska I., Bieszcz-Płostkonka K., Błaszczuk J., Kurpas D. Efektywność rehabilitacji w chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa. Family Medicine & Primary Care Review 2014;16(1): 35-38.
[42] Nietopiel M. 20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Prewencja i Rehabilitacja 2016;2-3(44-45): 3-13.

epidemiologiczną całej Polski. Chorobowość na poziomie bliskim 16,5 tys. osób na każde 100 tys. ludności uznać należy za poziom bardzo wysoki. Nieco niższy, choć wciąż bardzo wysoki, jest współczynnik chorobowości dotyczący chorób stawów, zaś trzecim najczęściej rejestrowanym problemem zdrowotnym są niezapalne choroby dotyczące powięzi, ścięgien i tkanek miękkich z chorobowością przekraczającą 10 tys. przypadków na 100 tys. ludności.

Skalę rozpowszechnienia problemów zdrowotnych związanych z chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego w województwie śląskim oszacować można także na podstawie danych dotyczących liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych z powodu określonego rodzaju jednostek chorobowych. Pierwszą kategorią świadczeń poddających się analizie w tym zakresie są hospitalizacje powiązane z chorobami stawów. W roku 2014 w województwie śląskim, wśród populacji do 64 r.ż., liczba hospitalizacji z tego powodu sięgnęła 9,88 tys., co oznacza wartość współczynnika standaryzowanego na poziomie 321,05 hospitalizacji na 100 tys. ludności. Jest ona wyraźnie niższa od najgorzej pod tym względem wypadającego województwa warmińsko-mazurskiego (500,4 hospitalizacji na 100 tys. ludności)[43].

Kolejną grupą chorób mieszczących się w omawianej kategorii i będących częstą przyczyną hospitalizacji, są choroby kręgosłupa. W roku 2014 w województwie śląskim z tego tytułu zanotowano 6,07 tys. hospitalizacji, co daje wartość współczynnika standaryzowanego na poziomie 197,11 na 100 tys. ludności. Wartość ta jest ponad dwukrotnie niższa od najgorszego pod tym względem województwa lubelskiego (402,60 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców). Z kolei w przypadku artropatii wielostawowych zapalnych, liczba hospitalizacji w województwie śląskim sięgnęła w 2014 roku 1,78 tys. osób, co daje wartość współczynnika standaryzowanego na poziomie 57,75 na 100 tys. ludności. Podobnie jak w przypadku chorób kręgosłupa najgorszy pod tym względem wynik notowany jest w województwie lubelskim (111,83 hospitalizacji na 100 tys. ludności)[44].

Z kolei tabela nr 3 przedstawia liczbę pacjentów z rozpoznaniem zapalnych schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, korzystających z wybranych rodzajów świadczeń finansowanych przez NFZ w roku 2016.

[43.] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego (mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; dostęp: 28.11.2017r.)
[44.] Ibidem.

Tabela 3. Liczba pacjentów z rozpoznaniami zapalnych chorób układu mięśniowo-szkieletowego, korzystających z usług zdrowotnych w ramach POZ, AOS oraz rehabilitacji leczniczej na rynku publicznym w roku 2016.

Kod ICD-10	Jednostka chorobowa	Liczba pacjentów z rozpoznaniem				Odsetek pacjentów korzystających z rehabilitacji**	Rozpowszechnienie problemu w populacji w wieku aktywności zawodowej od 50 do 59 r.ż. w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 r.ż. w przypadku mężczyzn***
		POZ	AOS	Ogółem* POZ i AOS	RehL		
M02	Artropatie odczynowe	328	392	708	29	4,1%	<0,1%
M05	Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów	2035	4063	5481	835	15,2%	0,68%
M06	Inne reumatoidalne zapalenia stawów	1792	1566	3209	444	13,8%	0,4%
M07	Artropatie łuszczycowe i towarzyszące chorobom jelit	278	1065	1250	158	12,6%	0,16%
M08	Młodzieńcze zapalenie stawów	20	25	45	8	17,8%	<0,1%
M09	Młodzieńcze zapalenie stawów w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	5	4	9	1	11,1%	<0,1%
M13	Inne postacie zapalenia stawów	6498	3741	9964	477	4,8%	1,24%
M32	Toczeń rumieniowaty układowy	208	424	564	24	4,3%	<0,1%
M33	Zapalenie skórno-wielomięśniowe	37	99	129	8	6,2%	<0,1%
M34	Twardzina układowa	93	147	212	15	7,1%	<0,1%
M35	Inne układowe choroby tkanki łącznej	309	911	1162	43	3,7%	0,15%
M36	Układowe zaburzenia tkanki łącznej w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	27	32	57	3	5,3%	<0,1%
M45	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	346	207	527	139	26,4%	<0,1%
M46	Inne zapalne choroby kręgosłupa	337	263	591	35	5,9%	<0,1%
M60	Zapalenie mięśni	553	368	919	98	10,7%	0,11%
M65	Zapalenie błony maziowej i pochewki ścięgnistej	1438	2806	4147	272	6,6%	0,52%
M66	Samoistne pęknięcie błony maziowej i ścięgna	84	90	173	4	2,3%	<0,1%
M67	Inne choroby błony maziowej i ścięgien	1008	1574	2503	155	6,2%	0,31%
M68	Zaburzenia błony maziowej i ścięgien w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	109	117	225	15	6,7%	<0,1%
M70	Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przemęczeniem i przeciążeniem	17513	15205	31401	3636	11,6%	3,92%
M73	Zaburzenia tkanek miękkich w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	39	42	80	19	23,8%	<0,1%
M75	Uszkodzenia barku	3894	8617	11917	3762	31,6%	1,49%
M79	Inne choroby tkanek miękkich, niesklasyfikowane gdzie indziej	1341	735	2060	53	2,6%	0,26%
M86	Zapalenie kości i szpiku	66	312	356	13	3,7%	<0,1%

* liczba bez powtarzających się rozpoznań (pacjent pojawiający w roku 2016 zarówno w POZ, jak i w AOS został w kolumnie „Ogółem POZ i AOS" uwzględniony jeden raz celem uniknięcia przeszacowania populacji, w związku z czym wartość w tej kolumnie nie stanowi sumy wartości z kolumny POZ oraz kolumny AOS)

** stosunek liczby rozpoznań z kolumny „Ogółem POZ i AOS" do liczby rozpoznań w rehabilitacji leczniczej (RehL)

***rozpowszechnienie obliczone na podstawie liczby rozpoznań „Ogółem POZ i AOS" (kolumna 5) oraz liczby mieszkańców województwa w wieku aktywności zawodowej - kobiet w wieku 50-59 lat oraz mężczyzn w wieku 50-64 lata (801 036 osób w 2016r. wg GUS)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych ze Śląskiego OW NFZ

Dane powyższe pokazują, iż stopień rozpowszechnienia poszczególnych zapalnych chorób układu kostno-mięśniowego w populacji województwa jest zróżnicowany, wahając się od <0,1% (dla kategorii „artropatie odczynowe", „młodzieńcze zapalenie stawów" oraz „zesztywniające zapalenie stawów") do ok. 4% (dla kategorii „choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem"). Łącznie wszystkie jednostki chorobowe uwzględnione w niniejszym Programie [M02, M05-M09, M13, M45, M70 oraz M75] dotyczą ok. 8,1% populacji województwa w przedziale wiekowym 50-59 lat w przypadku kobiet oraz 50-64 lata w przypadku mężczyzn, rzutując na stan zdrowia ludności, a także potencjalnie przynosząc negatywne skutki dla lokalnej gospodarki, w związku z trwałymi i okresowymi niezdolnościami do pracy. Istotną informacją jest również fakt, iż relacja osób korzystających z finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń rehabilitacji leczniczej, w relacji do wszystkich osób leczonych z tego tytułu, wynosi średnio niespełna 18,5%, dodatkowo wykazując znaczące wahania w zależności od grup rozpoznań: o ile w przypadku uszkodzeń barku wynosi ponad 31%, o tyle w przypadku RZS jest to ok. 14,5% (średnia z M05 i M06), natomiast dla chorób tkanek miękkich, najbardziej rozpowszechnionych, wynosi jedynie 11,5%. Dane te wskazują na istnienie wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa śląskiego.

Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż właśnie we wskazanej wyżej grupie wiekowej rozpowszechnienie zapalnych chorób układu kostno-mięśniowego jest najwyższe, co przedstawiono za pomocą tabeli 4.

Tabela 4. Stopień rozpowszechnienia wybranych zapalnych chorób układu mięśniowo-szkieletowego łącznie w populacji województwa śląskiego w wieku produkcyjnym w podziale na grupy wiekowe w roku 2016.

Przedział wiekowy	Liczba pacjentów z rozpoznaniem M02, M05-M09, M13, M45, M70 oraz M75	Liczba mieszkańców	Rozpowszechnienie problemu
18 – 34	31 613	1 029 126	3,1%
35 – 39	15 136	368 067	4,1%
40 – 44	17 427	331 832	5,3%
45 – 49	19 058	288 363	6,6%
≥50*	64 511	801 036	8,1%
Razem	147745	2 818 424	5,2%

* kobiety w wieku 50-59 lat oraz mężczyźni w wieku 50-64 lata
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych ze Śląskiego OW NFZ oraz danych GUS

2.3. Dostępność zasobów ochrony zdrowia

W województwie śląskim w roku 2016 ogółem zatrudnionych było 11 335 lekarzy, co daje wartość wskaźnika 24,9 na każde 10 tys. ludności. Sytuacja w województwie jest pod tym względem nieco lepsza, niż w przypadku średniej dla całej Polski, gdzie na 10 tys. ludności przypada 23,4 lekarzy. Całkowita liczba pracujących pielęgniarek w województwie na koniec roku 2016 wynosiła 24 434, co oznacza, że wskaźnik na każde 10 tys. mieszkańców wynosił 53,6. Także pod tym względem sytuacja w województwie jest lepsza, niż średnia dla całego kraju, gdzie liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności wynosiła w omawianym czasie 48. W ogólnej liczbie lekarzy w województwie zatrudnionych było na koniec 2016 roku 224 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie ortopedii i traumatologii (I i II stopnia) i dodatkowo 131 specjalistów ortopedii i traumatologii narządów ruchu oraz 107 specjalistów reumatologii. W województwie śląskim pracowało również 50 specjalistów neurochirurgii, 323 specjalistów neurologii oraz 168 specjalistów rehabilitacji medycznej (I i II stopnia). Spośród pielęgniarek pracujących na terenie województwa na koniec 2016 roku 38 posiadało specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny z neurologii. Oprócz tego na terenie województwa pracował jeden technik ortopeda, a także 2 572 fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem oraz 833 techników fizjoterapii. Ponadto w podmiotach leczniczych w województwie pracuje 257 dietetyków. Wśród pracowników medycznych znajduje się również 1 408 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych[45,46].

Sektor lecznictwa stacjonarnego w województwie śląskim to 199 szpitali ogólnych (stan na dzień 31 grudnia 2016), dysponujących 25 284 łóżkami, w związku z czym na 10 tys. ludności przypada 55,5 łóżek szpitalnych - więcej niż ma to miejsce w statystyce ogólnokrajowej (47,6 łóżek na 10 tys. ludności). Średni czas pobytu w szpitalu wynosił w 2016 roku 6,3 dnia (5,3 dnia dla całej Polski), zaś wskaźnik śmiertelności – 2,3 (wobec 5,3 dla całej Polski). Liczba łóżek na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej w tym samym czasie wynosiła 1538 (3,4 na 10 tys. ludności). Oddziały te udzieliły w przeciągu roku świadczeń 61 764 osobom (135,5 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury na poziomie 59,2%). Oddziały neurologiczne dysponowały na koniec 2016 roku łącznie 948 łóżkami (2,1 na 10 tys. ludności), z których skorzystało 34 957 pacjentów (76,7 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury: 71,4%). W przypadku oddziałów neurochirurgicznych

[45] Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].
[46] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

liczba łóżek na koniec 2016 roku wynosiła 262 (0,6 łóżka na 10 tys. ludności). Udzieliły one świadczeń 6 803 osobom (14,9 osób leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury – 64,2%). Oddziały reumatologii dysponowały 343 łóżkami (0,8 na 10 tys. ludności), z których skorzystało 9 719 osób (21,3 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury: 63,9%). Dodatkowo oddziały rehabilitacyjne dysponowały 1 070 łóżkami (2,3 na 10 tys. ludności), udzieliwszy świadczeń 15 337 osobom (33,6 na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury – 82,5%), a oddziały rehabilitacji neurologicznej – 557 łóżkami (1,2 łóżka na 10 tys. ludności), z których skorzystało 5 337 osób (11,7 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury: 81,3%)[47].

Placówki lecznictwa ambulatoryjnego w roku 2016 w województwie śląskim udzieliły łącznie ponad 15,25 mln. porad, w tym w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej – 1,35 mln. porad, w zakresie neurologii – 1,26 mln. porad, w zakresie rehabilitacji – 328,4 tys. porad, a w zakresie reumatologii – 274,1 tys. porad[48]. Dla sektora ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadku chorób zapalnych układu kostno-mięśniowego mediana czasu oczekiwania wynosiła w województwie w 2014 roku 524 dni[49].

O niezadowalającej dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w województwie śląskim świadczą również dane dotyczące liczby podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację omawianego rodzaju świadczeń. Zgodnie ze stanem na luty 2018 Śląski OW NFZ posiada podpisane umowy z[50]:

- 244 podmiotami w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
- 192 podmiotami w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej,
- 17 podmiotami w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym,
- 15 podmiotami w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.

[47] Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018]
[48] Ibidem.
[49] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego… op. cit.
[50] Ibidem.

3. Opis obecnego postępowania

Obecnie realizowane postępowanie w zakresie chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego uwarunkowane jest przez czynniki prawne, założenia polityki zdrowotnej państwa oraz standardy postępowania. Osobom cierpiącym na choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Uprawnienia te regulują rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej[51], rehabilitacji leczniczej[52] oraz lecznictwa uzdrowiskowego[53].

W zakresie opieki ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom prawo do korzystania ze specjalistycznej porady reumatologicznej, w ramach której powinni mieć dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, USG, RTG, densytometrii kręgosłupa i kości udowej[54].

Świadczenia gwarantowane rehabilitacji leczniczej realizowane są w formie świadczeń[55]:

- ambulatoryjnych, obejmujących lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna) oraz fizjoterapię ambulatoryjną (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny);
- domowych, obejmujących poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię domową (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny);
- ośrodka lub oddziału dziennego, obejmujących rehabilitację ogólnoustrojową (w tym dla określonych grup pacjentów), kardiologiczną oraz pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterranoterapii, a także rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy oraz osób z dysfunkcją narządu wzroku;
- stacjonarnych, obejmujących rehabilitację ogólnoustrojową (w tym dla określonych grup pacjentów), neurologiczną, kardiologiczną oraz pulmonologiczną.

[51] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413)
[52] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)
[53] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
[54] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2013 poz. 1413)
[55] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)

Rehabilitacja pacjentów z chorobami układu kostno-stawowego wchodzi w tym przypadku w zakres rehabilitacji ogólnoustrojowej. Podmiot, który realizuje świadczenia rehabilitacji leczniczej w formie stacjonarnej, zobowiązany jest do zapewnienia pacjentom badań diagnostycznych oraz leków i wyrobów medycznych[56].

Wśród oferowanych dorosłym pacjentom z chorobami układu ruchu świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki III fazy, znajdują się[57]:

- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych (21 dni),
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych (21 dni),
- uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym (28 dni),
- uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych (6-18 dni).

Świadczenia uzdrowiskowego leczenia szpitalnego oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w szpitalu są całkowicie finansowane przez NFZ, a czas ich trwania na wniosek lekarza zakładu lecznictwa uzdrowiskowego może zostać jednokrotnie przedłużony, za zgodną oddziału wojewódzkiego NFZ kierującego na leczenie. Nie ma możliwości przedłużenia świadczeń uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium oraz uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego. Pacjenci ponoszą w tym przypadku częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie za każdy dzień pobytu. Poziom finansowania przez pacjenta zależny jest od warunków zakwaterowania oraz sezonu rozliczeniowego[58].

Rehabilitację leczniczą realizuje się także w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych[59]. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Świadczenia rehabilitacji leczniczej obejmują w tym przypadku[60]:

- różne formy rehabilitacji ruchowej, czyli kinezyterapii indywidualnej, zbiorowej i ćwiczeń w wodzie;
- fizykoterapię (ciepłolecznictwo, krioterapię, hydroterapię, leczenie polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenie ultradźwiękami, laseroterapię, masaż klasyczny i wibracyjny);

[56] Ibidem.
[57] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
[58] Ibidem.
[59] Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 z późn. zm.)
[60] Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp: 3.12.2017).

- rehabilitację psychologiczną, w tym między innymi psychoedukację i treningi relaksacyjne;
- edukację zdrowotną w zakresie zasad prawidłowego żywienia, znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych praw i obowiązków pracodawcy oraz pracownika, kontynuacji rehabilitacji w domu po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego (instruktaż).

Choroby zapalne, jak i inne schorzenia układu kostno-stawowego uznane zostały za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[61], gdzie wskazano na potrzebę zmniejszenia przedwczesnej zachorowalności i ograniczenia negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego (§1 pkt 4).

Podstawowy dokument strategiczny w obszarze zdrowia publicznego – tj. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020[62], nie zawiera w swojej treści bezpośrednich odniesień do chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, jednakże cele operacyjne Programu nawiązują do opisanych czynników ryzyka wspomnianych wyżej chorób, w tym m.in. do:

- otyłości, będącej podstawowym problemem zdrowotnym podejmowanym w celu operacyjnym 1 pn. „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”;
- palenia tytoniu, stanowiącego problem podjęty w ramach celu operacyjnego 2 pn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”;
- wieku, będącego czynnikiem ryzyka wpisanym w cel operacyjny 5 pn. „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”, gdzie wśród działań edukacyjnych wskazano m.in. edukację zdrowotną w profilaktyce urazów i w promocji bezpieczeństwa[63].

Problematyka RZS podjęta została na poziomie krajowym w postaci Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia

[61] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz.U. 2014 poz. 1138.
[62] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
[63] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

Stawów na lata 2016-2020[64]. Podstawowym celem programu jest zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wykrywalności Reumatoidalnego Zapalenia Stawów, dla zapewnienia, utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej chorych na RZS, spośród grupy docelowej Programu w okresie jego realizacji. Do celów szczegółowych programu zaliczono:

- utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki RZS - nawiązanie współpracy z lekarzami rodzinnymi poprzez utworzenie zespołów ds. wczesnego wykrywania RZS, składających się z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki z zespołem reumatologów oraz lekarzami POZ, którzy wyrażą zgodę na współpracę;
- opracowanie szczegółowego planu i procedur wczesnego wykrywania RZS oraz opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS na forum Rady ds. Oceny i Ewaluacji;
- edukację w zakresie diagnostyki RZS - podniesienie wiedzy, świadomości i umiejętności lekarzy rodzinnych, pielęgniarek POZ oraz pacjentów.

Adresatami programu są głównie lekarze (szczególnie lekarze POZ) oraz inny personel medyczny, a także pacjenci, którzy objęci zostaną badaniami przesiewowymi (ogółem zakłada się przebadanie 107 tys. osób w ciągu całego okresu trwania programu). Działania w niniejszym regionalnym programie zdrowotnym nie powielają tych zaplanowanych do realizacji w ramach programu ogólnopolskiego, ponieważ obejmują interwencje z zakresu profilaktyki III fazy tj. skierowane do pacjentów już zdiagnozowanych.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym te o charakterze zapalnym, istotnie wpływają na obniżenie sprawności fizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa dotkniętych problemem ww. grupy chorób, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

[64] Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów na lata 2016-2020 http//:zdrowie.gov.pl/zamowienia/download/dok_id/115/zal/836/type/zal/dir/pub.html (dostęp: 3.12.2017)

Województwo śląskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym w zakresie chorób zapalnych, zajmując 10 miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z powodu chorób stawów (321,05/100tys. mieszkańców) oraz 9 w przypadku artropatii wielostawowych zapalnych (57,75/100tys. mieszkańców)[65]. Problem chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej znajduje swoje odzwierciedlenie także na rynku pracy. Grupa tych jednostek chorobowych znajduje się na drugim miejscu wśród chorób stanowiących przyczynę absencji chorobowej (15,3%)[66]. Obserwowana sytuacja wiąże się z ponoszeniem wysokich nakładów finansowych na świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w tym z tytułu ubezpieczenia chorobowego (13,7% ogółu wydatków w przypadku zasiłku chorobowego, 29,1% - świadczenia rehabilitacyjnego) oraz rentowego (14,1% ogółu), gdzie grupa ta stanowi drugą najpowszechniejszą przyczynę wydatków (po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania). Ponadto omawiana grupa chorób stanowi najważniejszą przyczynę wydatków ponoszonych z tytułu rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej, odpowiadając za 52,4% wszystkich kosztów[67].

Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a także zdolności do podejmowania aktywności zawodowej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem chorób zapalnych układu ruchu możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Jak wskazano w części dot. epidemiologii, istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi niewielki odsetek pacjentów z rozpoznaniem chorób w obrębie ww. grupy, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Relacja osób korzystających z tego rodzaju świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w odniesieniu do wszystkich osób leczonych z tego tytułu, wynosi średnio niespełna 18,5%[68]. Dane te wskazują na istnienie wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa śląskiego. Dodatkowy argument przemawiający za koniecznością podejmowania działań rehabilitacyjnych na poziomie samorządowym stanowi fakt długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z danymi NFZ[69] na rok 2018 umowę na udzielanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej

[65] Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego… op.cit.
[66] Absencja chorobowa w 2016r., ZUS, Warszawa 2017r.
[67] Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r… op.cit.
[68] Dane NFZ pozyskane na potrzeby opracowania projektu
[69] Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl/umowy; dostęp: 03.02.2018r.]

w warunkach stacjonarnych podpisano z 15 podmiotami w województwie śląskim, w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym jest to 17 podmiotów. Rehabilitacja ambulatoryjna w roku 2018 realizowana będzie w województwie na podstawie umów ze stosunkowo większą liczbą świadczeniodawców (244 podmioty), jednakże mediana czasu oczekiwania na świadczenia na przykładzie fizjoterapii to ponad pół roku (ok. 183 dni[70]). Ponadto, warto dodać, iż zgodnie z publikowanymi przez Najwyższą Izbę Kontroli danymi o czasie oczekiwania na świadczenia fizjoterapii w roku 2016 województwo śląskie zajmuje drugie miejsce (po małopolskim) pod względem najdłuższego czasu oczekiwania w całym kraju (w analizowanym okresie mediana czasu oczekiwania na omawiane świadczenie wyniosła 148 dni wobec 183 dni obecnie). Mediana czasu oczekiwania na świadczenia udzielane w oddziale rehabilitacyjnym we wskazanym roku wyniosła 505 dni dla przypadków stabilnych (5 najwyższy wynik w kraju) oraz 133 dni dla przypadków pilnych (3 najwyższy wynik w kraju). W przypadku oddziału rehabilitacji narządu ruchu było to odpowiednio 692 dni (przypadek stabilny; 2 najwyższy wynik w kraju) oraz 193 dni (przypadek pilny; 2 najwyższy wynik w kraju)[71].

W odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną Zarząd Województwa Śląskiego planuje wdrożenie „Regionalnego program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022". Wdrożenie Programu uzasadnione jest także wskazaniem chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego wśród pięciu grup schorzeń, będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego[72].

[70] Średnia na podstawie czasu oczekiwania na świadczenia fizjoterapii, sprawozdanego przez 20 losowo wybranych podmiotów z największych miast w województwie [kolejki.nfz.gov.pl; dostęp: 03.02.2018r.]
[71] Raport NIK, Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku, Dane i wykresy dla poszczególnych województw (nik.gov.pl; dostęp: 15.02.2018r.]
[72] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

4.1. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

Zaplanowany program wpisuje się w krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

1) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[73] – *priorytet 2: rehabilitacja;*

2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020[74]: *cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej; cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*;

3) Krajowymi ramami strategicznymi - Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020[75]: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce*, Cele długoterminowe do 2030 r.: *Cel 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych*; Cel 2. *Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi*; Cel 3. *Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej*; Cel 4. *Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).*

Problematyka poruszana w Programie została podjęta częściowo (w odniesieniu do RZS) na poziomie krajowym w postaci Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów na lata 2016-2020, opisanego w części dot. obecnego postępowania. Działania w niniejszym regionalnym programie zdrowotnym nie powielają tych zaplanowanych do realizacji w ramach programu ogólnopolskiego, ponieważ w odniesieniu do pacjentów obejmują interwencje z zakresu profilaktyki wtórnej (tj. skierowane do pacjentów już zdiagnozowanych), natomiast

[73] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

[74] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

[75] Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

w odniesieniu do personelu medycznego obejmują szkolenia lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii i rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów (w programie ogólnopolskim szkolenia obejmują lekarzy i pielęgniarki POZ)[76].

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022 zaplanowany został w ramach RPO WSL na lata 2014–2020[77], osi priorytetowej VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, *działanie 8.3: Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, poddziałanie 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, typ 1:Opracowywanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami oraz typ 2: Wdrażanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami.*

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

1) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim[78]:

– priorytet 3: Wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym – cel IV: Przeciwdziałanie niepełnosprawności u pacjentów z chorobami zapalnymi, nerwowo-zwyrodnieniowymi, w tym zwiększenie dostępności do rehabilitacji oraz dostępności do specjalistycznych terapii lekowych; cel V: Zapewnienie optymalnego dostępu do rehabilitacji w celu wydłużenia aktywności i samoobsługi osób starszych i niesamodzielnych,

– priorytet 4: Poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację – cel I: Wydłużenie okresu życia w zdrowiu i czasu przeżycia; cel II: Przywracanie pacjenta w najlepszym możliwym stanie zdrowia i funkcjonowania do jego własnego środowiska – zachowanie jego maksymalnej sprawności i samodzielności, wspieranie

[76] Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów na lata 2016-2020… op. cit.

[77] Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.

[78] „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie", Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego i niezależnego życia;

– priorytet 7: Ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej ostrymi oraz przewlekłymi chorobami układu ruchu, w tym następstwami schorzeń ośrodkowego układu nerwowego oraz przyczynami zewnętrznymi (urazy, oparzenia, zatrucia) – cel I: Poprawa stanu zdrowia osób z ostrymi i przewlekłymi chorobami układu ruchu. Wstrzymanie procesów sprzyjających nasilaniu się dolegliwości; cel II: Zapewnienie szybkiego wykrywania i leczenia zapalnych chorób reumatycznych; cel III: Ograniczenie skutków niedoborów w zdrowiu pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi;

2) Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+[79] - *cel operacyjny B.1: Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa*;

3) Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020[80] - cel główny: *Poprawa warunków i jakości życia mieszkańców województwa śląskiego.*

4) Analizą Sytuacji Zdrowotnej, Potrzeb Infrastrukturalnych w Województwie Śląskim oraz Założeń Wdrażania i Wyboru Projektów z Obszaru Zdrowia w RPO Województwa Śląskiego na lata 2014-2020[81] – *wniosek 3: niewystarczający poziom zabezpieczenia opieki zdrowotnej w regionie z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz układu kostno-mięśniowo- stawowego*;

[79] Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.
[80] Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.
[81] Analiza Sytuacji Zdrowotnej, Potrzeb Infrastrukturalnych w Województwie Śląskim oraz Założeń Wdrażania i Wyboru Projektów z Obszaru Zdrowia w RPO Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, raport końcowy, Poznań, grudzień 2015.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności

1. Cel główny

Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej, co najmniej 2 800 mieszkańcom województwa śląskiego w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia, z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, będącym uczestnikami Programu w latach 2019-2022.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost o 7000 liczby osób w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, z rozpoznaniem chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2022.
2. Ograniczenie ryzyka progresji choroby zapalnej układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez poprawę czynników ryzyka, takich jak poziom aktywności fizycznej oraz wzrost poziomu wiedzy w zakresie stosowania zasad ergonomii w miejscu pracy w populacji docelowej osób w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.
3. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego u co najmniej 60% osób z populacji docelowej kobiet i mężczyzn w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, w latach 2019-2022.
4. Wzrost o 60% kwalifikacji uczestników Programu, będących przedstawicielami personelu świadczącego usługi medyczne z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego dzięki szkoleniom zaplanowanym do realizacji w latach 2019-2020.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela 5. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru

Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki współfinansowaniu z EFS (uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	7 000	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie	360	Listy obecności
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po szkoleniu w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed szkoleniem
Liczba osób poddanych badaniom lekarskim kwalifikującym do Programu	7 700	Liczba zgłoszeń wg listy prowadzonej przez Realizatora
Odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej (min. 15 dni)	co najmniej 70% uczestników	Liczba oświadczeń o udziale w Programie uczestników kończących pełen cykl rehabilitacyjny
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po ostatnich zajęciach edukacji zdrowotnej/żywieniowej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed 1 zajęciami
Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 15% uczestników	Wyniki kwestionariusza stanu zdrowia HAQ (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 15% uczestników	Wyniki skali VAS (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki kwestionariusza jakości życia WHOQOL-Bref (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej	co najmniej 15% uczestników	Wyniki Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej IPAQ (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 40% uczestników	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 2 800	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)

* Wartości mierników efektywności przyjęto biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe przeznaczone na realizację Programu

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS[82] województwo śląskie zamieszkuje ok. 4 559 164 mieszkańców (11,86% ludności kraju), w tym 51,77% kobiet oraz 48,23% mężczyzn. Ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% ogółu mieszkańców zarówno w przypadku województwa śląskiego, jak i całego kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa osiąga wartość zbliżoną do wartości krajowej. Szczegóły przedstawiono za pomocą tabeli 6.

Tabela 6. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.

Wyszczególnienie			Śląskie	Polska
			2016	2016
Ludność ogółem			4 559 164	38 432 992
Wiek przedprodukcyjny	ogółem	liczba	767 290	6 895 878
		%	16,8	17,9
	mężczyźni	liczba	392 796	3 538 551
		%	51,2	51,3
	kobiety	liczba	374 494	3 357 327
		%	48,8	48,7
Wiek produkcyjny	ogółem*	liczba	2 818 424	23 767 614
		%	61,8	61,8
	mężczyźni	liczba	1 490 539	12 584 291
		%	52,9	52,9
	kobiety	liczba	1 327 885	11 183 323
		%	47,1	47,1
Wiek poprodukcyjny	ogółem	liczba	973 450	7 769 500
		%	21,4	20,2
	mężczyźni	liczba	315 521	2 470 324
		%	32,4	31,8
	kobiety	liczba	657 929	5 299 176
		%	67,6	68,2
Wskaźnik obciążenia demograficznego**			61,8	61,7

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety
** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, których szacunkowa liczba w województwie śląskim wynosi 802 036[83].

[82] Stan na 31.12.2016r., Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 05.01.2018r.]
[83] Ibidem.

Interwencje w Programie skierowane będą do populacji docelowej osób w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywnych zawodowo lub deklarujących gotowość do podjęcia zatrudnienia, dotkniętych problemem chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz przedstawicieli kadry medycznej, świadczących usługi pacjentom z ww. problemami zdrowotnymi.

Działania szkoleniowe w Programie skierowane będą do lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinach oraz fizjoterapeutów. Jak wskazano w części dotyczącej epidemiologii w województwie śląskim w roku 2016 zatrudnionych było 107 specjalistów reumatologii, 168 specjalistów rehabilitacji medycznej oraz 2 572 fizjoterapeutów. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, etap I Programu w latach 2019-2020 obejmie 360 uczestników. Oszacowanie odsetka objęcia działaniami populacji docelowej jest niemożliwe ze względu na brak szczegółowych danych dotyczących liczby rezydentów zatrudnionych w województwie śląskim w związku z odbywaniem określonych specjalizacji.

Według wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020[84] Regionalne Programy Zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, realizowane w ramach RPO, powinny być ukierunkowane na osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. Za osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych, w związku z większym rozpowszechnieniem chorób zapalnych układu ruchu w stosunku do młodszych grup wiekowych, uznano grupę osób pracujących w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn. Za osoby najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych, w tym przypadku, uznano osoby bezrobotne oraz deklarujące gotowość podjęcia zatrudnienia z tej samej grupy wiekowej. Celem zapobieżenia podwójnemu finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, iż Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem choroby zapalnej układu kostno-stawowego lub mięśniowego w wywiadzie [wg ICD-10: M02, M05-M09, M13, M45, M70 lub M75] nie korzystający w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych.

[84] Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

Zgodnie z danymi Śląskiego OW NFZ w roku 2016 świadczenia POZ oraz AOS w związku z ww. rozpoznaniami wg ICD-10 otrzymało ok. 64,5tys. pacjentów w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, w tym 55tys. osób nie korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ. Po uwzględnieniu współczynnika aktywności zawodowej ludności województwa śląskiego[85] populację docelową oszacowano na ok. 36,8tys. osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi etap II Programu w latach 2019-2022 obejmie 7 000 uczestników tj. ok. 19% populacji docelowej.

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

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

2.1.1. Kryteria włączenia:

- osoba wykonująca zawód medyczny: lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lekarz rezydent odbywający specjalizację w ww. dziedzinach lub fizjoterapeuta;
- zatrudnienie na terenie województwa śląskiego.

2.1.2. Kryteria wyłączenia: Brak

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

2.2.1. Kryteria włączenia:

- wiek - w przypadku kobiet: 50-59 lat, w przypadku mężczyzn: 50-64 lat,
- pozostawanie aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia[86],
- zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego;

[85] Wartość średnia obliczona z współczynnika aktywności zawodowej ludności województwa śląskiego w wieku 50-54 lata (75,1%) oraz 55-59 lat (58,5%) [Aktywność ekonomiczna ludności w województwie śląskim w III kwartale 2017r., Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice, Grudzień 2017; katowice.stat.gov.pl, dostęp: 02.02.2017r.]

[86] Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym); [Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018 r.].

- rozpoznanie choroby zapalnej układu kostno-stawowego lub mięśniowego w wywiadzie tj. M02, M05-M09, M13, M45, M70 lub M75[87].

2.2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu, np. oświadczenie pacjenta);
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (stwierdzone przez lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii oraz rehabilitacji medycznej, udzielających świadczeń w Programie).

2.3. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

2.3.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców poprzez nawiązanie bezpośredniego kontaktu z podmiotami działalności leczniczej (w tym szczególnie z poradniami rehabilitacyjnymi oraz reumatologicznymi, rehabilitacyjnymi oddziałami/ośrodkami dziennymi, stacjonarnymi oddziałami rehabilitacji oraz reumatologii), a także lekarskim samorządem zawodowym (Śląska Izba Lekarska) oraz samorządem zawodowym fizjoterapeutów. Wśród sposobów rozpowszechnienia informacji o szkoleniach dla kadry medycznej zaleca się wykorzystanie m.in. drogi pocztowej, mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne one będą od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

2.3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (głównie poradnie reumatologiczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Wykonawców, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie

[87] Grupy rozpoznań według klasyfikacji ICD-10 zgodne z analizą problemu zdrowotnego.

internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

3. Planowane interwencje

W Programie zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dla przedstawicieli kadry medycznej oraz kompleksową rehabilitację uczestników Programu.

3.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Szkolenia mające na celu wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego obejmą swym zasięgiem 360 uczestników tj. lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinach oraz fizjoterapeutów.

Organizator szkolenia powinien posiadać certyfikaty potwierdzające posiadane uprawnienia do przeprowadzania szkoleń w ww. tematyce. Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych (45-minutowych) w grupach max. 30-osobowych.

Realizator zapewni, że szkolenia prowadzone będą przez osoby wykonujące zawody medyczne i mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym w szczególności doświadczone w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in. kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z chorobami zapalnymi układu ruchu, efektywnego łączenia farmakoterapii z metodami niefarmakologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki, nowoczesnych metod fizjoterapii i terapii zajęciowej, stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w reumatologii, a także konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji ww. pacjentów.

Celem oceny efektywności szkoleń Realizator opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Anonimowa ankieta zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu. Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej. Dodatkowo organizator będzie zobowiązany do

przeprowadzenia wśród uczestników ankiet oceniających jakość przeprowadzonych działań oraz wydania uczestnikom certyfikatów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu obejmie 7 000 pacjentów dotkniętych problemem chorób zapalnych układu kostno-stawowego i mięśniowego. W ramach omawianej interwencji zaplanowano dla każdego uczestnika następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Konsultacja reumatologiczna realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania choroby zapalnej układu kostno-stawowego i mięśniowego [wg ICD-10: M02, M05-M09, M13, M45, M70 lub M75],
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie reumatologii, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji chirurgicznej lub innej wskazanej wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonana konsultacja kwalifikująca do Programu, może być zwiększona o 10% w relacji do liczby osób rehabilitowanych, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

2) Pierwsza wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej[88], obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,

[88] W ramach wizyty lekarskiej realizowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w sposób zamierzony powielono działania z zakresu kwalifikacji lekarskiej do programu, ponieważ pacjent nie posiadający przeciwwskazań natury reumatologicznej do udziału w Programie może posiadać przeciwwskazania ze strony układu ruchu, stwierdzone przez specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej (analogicznie może mieć miejsce odwrotna sytuacja).

- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonana konsultacja kwalifikująca do Programu, może być zwiększona o 10% w relacji do liczby osób rehabilitowanych, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

3) Pierwsza porada fizjoterapeutyczna, obejmująca:

- wywiad z pacjentem,
- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej;

4) Działania edukacyjne, mające na celu usprawnienie procesu powrotu do pracy poprzez umożliwienie pacjentowi zrozumienia jego choroby oraz procesu leczenia, obejmujące:

- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej, prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych[89] (proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, zalecane formy aktywności, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność zaprzestania palenia oraz ograniczenia spożycia alkoholu, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, wskazania do leczenia operacyjnego, ergonomia pracy);
- 1 spotkanie 45-minutowe w grupie max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej, prowadzone przez dietetyka wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej

[89] Realizator będzie zobowiązany do wprowadzenia wyników ankiet do arkusza programu Excel i przekazania Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej

prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych[90] (proponowana tematyka to m.in. rola diety w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, korzyści wynikające ze stosowania diety śródziemnomorskiej);

- 2 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji, prowadzone przez psychologa (proponowana tematyka to m.in. relaksacja, sposoby radzenia sobie ze stresem), w tym co najmniej 1 odbywające się przed rozpoczęciem indywidualnego planu rehabilitacyjnego;

5) Indywidualny plan rehabilitacyjny dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia pacjenta oraz zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, uwzględniający kryterium kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji, obejmujący:

- dobrane przez lekarza rehabilitacji medycznej wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury zawarte w tabeli 7 o łącznej sumie punktów 875pkt. (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający min. 15 dni (przykład pod tabelą 7),
- minimum 2 zabiegi dziennie, w tym jedną kinezyterapię,
- maksimum 5 zabiegów dziennie,
- minimum 3 kinezyterapie w formie indywidualnej pracy z pacjentem na cały cykl rehabilitacyjny;

6) Wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1),
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie;
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie reumatologii, z którego świadczeń korzysta pacjent;
- ewentualne zalecenie konsultacji chirurgicznej lub innej wskazanej wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

7) Druga porada fizjoterapeutyczna, obejmująca:

- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Międzynarodowego

[90] Jw.

Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,

- zalecenia dot. dalszego postępowania w jednostce chorobowej;

8) Kontrolna wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- uzupełnienie karty oceny skuteczności Programu, zawierającej informacje o aktualnej aktywności zawodowej uczestników, stanie ich zdrowia i jakości życia (w tym porównanie uzyskanych wartości standaryzowanych skal i kwestionariuszy zastosowanych w Programie z wartościami początkowymi);
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie reumatologii.

Podczas całego okresu udziału w Programie pacjent będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z Realizatorem w przypadku m.in. konieczności pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/zabiegu.

Celem zapewnienia możliwości monitoringu i ewaluacji Programu Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz przekazania jej Koordynatorowi w formie elektronicznej.

Tab. 7. Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji	Liczba punktów*
I. Zabiegi fizjoterapeutyczne	
A. Kinezyterapia	
Indywidualna	55
Grupowa (grupa 5-osobowa)	11
B. Masaż	
Masaż leczniczy	75
Masaż limfatyczny	65
C. Zabieg fizykoterapii (w tym m.in.: elektrolecznictwo, leczenie polem magnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia)	10
II. Terapia zajęciowa (zajęcia 60-minutowe w grupie max. 10-osobowej)	5
III. Indywidualna konsultacja fizjoterapeutyczna w zakresie doboru sprzętu ortopedycznego	70
IV. Indywidualna konsultacja podologiczna	55
V. Indywidualna konsultacja psychologiczna	95

* Oszacowania kosztu poszczególnych interwencji dokonano na podstawie rozeznania rynku (1pkt. = 1zł)

Przykład indywidualnego planu rehabilitacji w cyklu 15-dniowym (875pkt. +/- 3pkt.):
1) Kinezyterapia: 286p. (w tym: 3x kinezyterapia indywidualna: 3x55p.=165p. + 11 x kinezyterapia grupowa: 11x11p.=121p.)
2) Masaże: 300p. (w tym 4 x masaż leczniczy: 4x75p.)
3) Zabiegi fizykoterapii: 120p. (w tym 6 x hydroterapia: 6 x 10p. + 6 x światłolecznictwo: 6 x 10p.)
4) Terapia zajęciowa: 20p. (4x5p.)
5) Indywidualna konsultacja podologiczna: 55p.
6) Indywidualna konsultacja psychologiczna: 95p.

3.3. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej

W ramach Programu zaplanowano także możliwość otrzymania przez uczestników zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej. Zwrot ten, w związku z ograniczeniami budżetowymi, przysługiwał będzie 9% uczestników objętych Programem, w tym priorytetowo osobom niepełnosprawnym. Otrzymanie zwrotu będzie możliwe po ukończeniu indywidualnego cyklu rehabilitacji na podstawie okazania zakupionego wykorzystanego biletu (biletów). Możliwość przyznania zwrotu kosztów dojazdu będzie każdorazowo rozpatrywana indywidualnie w zależności od sytuacji uczestnika Programu.

3.4. Dowody skuteczności planowanych działań

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

3.4.1. Opinie ekspertów klinicznych

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

- Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji[91],
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2009, 2015)[92],
- Royal College of Physicians (RCP 2009)[93],
- European League Against Rheumatism (EULAR 2016)[94],

[91] Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/ (dostęp: 4.12.2017).
[92] Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk; dostęp: 05.01.2018r.].
[93] Ibidem
[94] Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.

- Turkish League Against Rheumatism (TLAR 2011)[95],
- Brazilian Society of Rheumatology (SBR 2012)[96].

3.4.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące zaplanowanego postępowania

Standardy leczenia chorych na choroby zapalne układu kostno-stawowego i mięśniowego skupiają się przede wszystkim na problemie reumatoidalnego zapalenia stawów. Należy tu wspomnieć m.in. o rekomendacjach EULAR z 2016 roku, które zakładają leczenie farmakologiczne pacjentów ukierunkowane na osiągnięcie remisji lub niskiej aktywności, w okresie 3 do 6 miesięcy[97]. W farmakoterapii RZS zaleca się stosowanie głównie leków modyfikujących przebieg choroby (LMPCh), przede wszystkim metotreksatu, a w przypadku braku możliwości jego zastosowania sulfasalazyny lub leflunomidu. W przypadku nieosiągnięcia celów leczenia w okresie 6 miesięcy lub nieskuteczności leczenia konwencjonalnymi syntetycznymi LMPCh, stosuje się biologiczne LMPCh. Dodatkowo, zgodnie z wytycznymi EULAR, integralną częścią opieki zdrowotnej nad osobami z RZS powinna być edukacja zdrowotna, zwiększająca zaangażowanie pacjenta w kontekście prowadzenia zdrowego stylu życia i radzenia sobie z chorobą.

Zgodnie z wytycznymi NICE (2009, 2015)[98] opieka nad pacjentami z RZS powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i uwzględniać zarówno postępowanie farmakologiczne, jak i niefarmakologiczne. W ostatnim z wymienionych, zgodnie ze wskazaniami medycznymi, powinno się uwzględnić rehabilitację, w tym m.in. fizjoterapię, terapię zajęciową, edukację zdrowotną (w tym żywieniową), psychoedukację, zaopatrzenie ortopedyczne oraz opiekę podologiczną. Pacjent podczas całego procesu udzielania świadczeń powinien mieć zapewnioną możliwość rozmowy, zadawania pytań, rozwiewania wątpliwości oraz współpodejmowania decyzji na podstawie przekazanych mu w sposób zrozumiały informacji dotyczących korzyści i ew. ryzyka proponowanego postępowania. Dodatkowo należy zapewnić pacjentowi możliwość stałego kontaktu z konkretnym członkiem interdyscyplinarnego zespołu sprawującego nad nim opiekę oraz,

[95] Bodur H., Sivas F., Yilmaz O. i wsp., Turkish League Against Rheumatism National Recommendations for the Management of Ankylosing Spondylitis, Turk J Rheumatol 2011;26(3):173-186.
[96] da Mota L.M., Cruz B.A., Brenol C.V. i wsp., 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol. 2012 Mar-Apr;52(2):152-74.
[97] Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations… op.cit.
[98] Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults… op.cit.

w miarę możliwości, przekazywanie informacji (zaleceń) również w formie pisemnej. Działania z zakresu fizjoterapii powinny być prowadzone celem poprawy ogólnej kondycji fizycznej, zachęcenia do regularnych ćwiczeń, wykształcenia umiejętności ćwiczeń zwiększających elastyczność stawów i wzmacniających siłę mięśniową, a także celem przyniesienia ulgi w bólu za pomocą metod fizykoterapii. Terapia zajęciowa kierowana do pacjentów z RZS (w tym głównie mających problemy z aktywnością dnia codziennego i/lub zaburzenia funkcji kończyny górnej) powinna obejmować m.in. rehabilitację w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ADL - activities of daily living), zarządzanie stresem, sposoby radzenia sobie z bólem, trening relaksacyjny, a także poradnictwo w zakresie możliwości korzystania z zasobów systemu ochrony zdrowia oraz systemu zabezpieczenia społecznego. Psychoedukacja pomaga chorym w dostosowaniu się do życia z chorobą oraz zmniejsza ryzyko zaburzeń nastroju wynikających z diagnozy. Dodatkowo, wszyscy pacjenci z RZS mający problemy w obrębie funkcji stóp, powinni mieć zapewnioną możliwość konsultacji podologicznej, a w razie konieczności uzyskać niezbędne zaopatrzenie ortopedyczne. W ramach kompleksowej opieki nad pacjentem zaleca się również okresową ocenę aktywności choroby oraz sprawności funkcjonalnej, w tym m.in. przy wykorzystaniu kwestionariusza oceny zdrowia HAQ (Health Assessment Questionnaire).

Standardy rehabilitacji pacjentów cierpiących na RZS i ZZSK określone zostały także w wytycznych opracowanych przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji[99]. Wytyczne zakładają kompleksowość postępowania, rozumianą jako łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych. Rehabilitację uznano za działania równie istotne, co farmakoterapia i zalecono łączenie obydwu metod, o ile stan zdrowia pacjenta na to pozwala. Program rehabilitacji musi zostać indywidualnie dobrany do pacjenta, tak aby uwzględniał stopień zaawansowania choroby, ale także uwarunkowania środowiskowe i socjalne. Za postępowanie z wyboru w obu jednostkach chorobowych uznano rehabilitację z użyciem krioterapii (krioterapia ogólna i miejscowa), ćwiczenia w odciążeniu stawów, ćwiczenia indywidualne oraz ćwiczenia przyrządowe. W przypadku nieskuteczności rehabilitacji z użyciem krioterapii lub przy obecnych przeciwwskazaniach do tej formy leczenia, należy zastosować tradycyjną rehabilitację (ćwiczenia w odciążeniu stawów w basenie, ćwiczenia indywidualne, ćwiczenia przyrządowe, elektroterapia, magnetoterapia). Rehabilitacja z użyciem krioterapii powinna być prowadzona co najmniej 2x w roku, a tradycyjna 3x w roku, częściowo w ambulatorium,

[99] Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii http://spartanska.pl/wytyczne-postepowania-rehabilitacyjnego/ (dostęp: 4.12.2017).

a częściowo w warunkach sanatoryjnych lub szpitalnych. Wytyczne zalecają również uzupełnienie rehabilitacji ćwiczeniami wykonywanymi w domu - 3 razy w tygodniu po 45 minut, zgodnie ze schematem wyuczonym podczas rehabilitacji w szpitalu lub przychodni.

Program rehabilitacji powinien być weryfikowany i dostosowywany po każdym zaostrzeniu choroby i obejmować także szkolenia w zakresie radzenia sobie ze stresem. W wytycznych wskazano także, iż rehabilitacja stanowi przydatny środek poprawy aktualnej zdolności do pracy oraz oceny własnych możliwości, w stosunku do fizycznych wymagań wykonywanego zawodu. Tym samym, w sposób szczególny jest zalecana osobom aktywnym zawodowo z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, w celu utrzymania ich w zatrudnieniu[100].

3.5. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami realizowanymi przez ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w opinii autorów w połączeniu z zaplanowanymi działaniami obejmującymi szkolenia kadry medycznej, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację oraz terapię zajęciową stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. W związku z powyższym zgodnie z wytycznymi dla EFS, w opinii autorów, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na uczestnictwo w Programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

Za zaproszenie uczestników do Programu odpowiadali będą wyłonieni w drodze konkursu realizatorzy, a koszty akcji promocyjno-informacyjnej zostaną wliczone w koszty pośrednie. Dostęp do interwencji w ramach Programu zapewniony będzie w godzinach porannych oraz popołudniowych od poniedziałku do piątku, a także w godzinach porannych

[100] Ibidem.

w soboty, celem dostosowania do potrzeb uczestników. Pacjent będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z realizatorem celem m.in. pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/zabiegu.

Świadczenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające z lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wszyscy ww. specjaliści będą ze sobą aktywnie współpracować celem zapewnienia uczestnikowi Programu kompleksowej opieki. W ramach Programu zaplanowano długotrwałą, kilkutygodniową współpracę pacjenta z ww. zespołem, której celem jest wypracowanie oraz późniejsze podtrzymanie odpowiednich zachowań zdrowotnych przez pacjenta.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie Programu na każdym jego etapie na życzenie pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu pacjent:

- otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne, konieczność regularnych kontroli stanu zdrowia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 1), której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu Programu pacjent:

- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Części składowe programu polityki zdrowotnej są następujące:

1) Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w ramach konkursu ofert,
2) Przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej,
3) Przeprowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej,
4) Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu,
5) Bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
6) Ewaluacja programu – ocena efektywności programu.

Program będzie przebiegał w następujących etapach:

Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej,

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu.

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

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Organizator szkoleń zaplanowanych w ramach Programu powinien:

- zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń;
- posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 8 godzin, dla min. 50 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);
- zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez
  - lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub reumatologii, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób zapalnych układu mięśniowego i kostno-stawowego,
  - fizjoterapeutów, posiadających tytuł magistra fizjoterapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób zapalnych układu mięśniowego i kostno-stawowego.

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Realizator wyłoniony w drodze konkursu powinien spełniać wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w Programie (lekarze specjaliści kwalifikujący do udziału w Programie, fizjoterapeuci) określone przepisami zawartymi w załączniku 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dot. świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna)[101] oraz w przypadku lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (porada specjalistyczna – reumatologia)[102].

Ponadto realizator zapewni, że zajęcia z zakresu:

1) edukacji zdrowotnej prowadzone będą przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego, posiadających:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny,
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);

2) edukacji żywieniowej prowadzone będą przez osobę, która:

- rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra / ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku / rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra / rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym

[101] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych… op. cit.
[102] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357].

kierunku / ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk / ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka,

- posiada doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji żywieniowej (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);

3) psychoedukacji prowadzone będą przez psychologa, posiadającego:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu psychoedukacji (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do Programu prowadzona corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu,
- liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji żywieniowej,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach z zakresu psychoedukacji,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania.

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowania na podstawie baz danych prowadzonych przez beneficjentów. Analizie zostanie poddana liczba osób, które aplikowały do Programu oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń podczas jego trwania. Dokonane zostanie także porównanie ilości osób, którym udzielono świadczeń w ramach Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu. Powyższe będzie odbywało się w ramach poszczególnych modułów Programu. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

2) Ocena jakości świadczeń w Programie prowadzona corocznie oraz całościowo po zakończeniu Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu,
- analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

Ocena jakości świadczeń będzie monitorowana przez beneficjenta na podstawie wyników ankiet badających poziom satysfakcji uczestników programu. Beneficjent będzie przeprowadzać ocenę w każdym projekcie z częstotliwością dostosowaną do etapów realizacji projektu lub zadań w jego ramach realizowanych. Obligatoryjnie ocena będzie musiała być przeprowadzona na zakończenie realizacji projektu i obejmować wszystkie usługi, którymi w ramach projektu objęci będą świadczeniobiorcy.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych,
- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej,
- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej,
- odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu i będzie procesem długoterminowym.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 11 246 345,00 zł. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów. Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa śląskiego. Koszty przewidziane w Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Koszty monitorowania Programu stanowić będą koszty pośrednie odpowiedzialnych za to zadanie beneficjentów, natomiast ewaluacja zostanie przeprowadzona zgodnie z Wytycznymi.

1. Koszty jednostkowe

1.1. Koszt jednostkowy szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 360 uczestników. Koszt szkolenia w trybie jednodniowym (8h edukacyjnych 45-minutowych) dla 1 uczestnika, na podstawie rozeznania sytuacji rynkowej, oszacowano na poziomie 500 zł. Koszt obejmować będzie wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali, catering, opracowanie i druk materiałów szkoleniowych. Koszt organizacji jednego szkolenia wyniesie 15 000,00 zł.

1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II): **1403zł**

1) konsultacja reumatologiczna: 120zł

2) pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej: 95zł

3) pierwsza porada pielęgniarska lub fizjoterapeutyczna: 70zł

4) działania edukacyjne: 23zł

- działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej: 9 zł (3zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 60zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- działania edukacyjne obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej: 4 zł (80zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- działania edukacyjne obejmujące 2 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji: 10 zł (5zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 100zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

5) indywidualny plan rehabilitacyjny - 875zł (iloczyn 875pkt. oraz przyjętej ceny punktu 1zł)

- kinezyterapia indywidualna: 55zł
- kinezyterapia grupowa: 11zł/jedną sesję dla jednego pacjenta (55zł/jedną sesję dla całej grupy)
- masaż leczniczy: 75zł
- masaż limfatyczny: 65zł
- zabiegi fizykoterapii: 10zł[103]
- terapia zajęciowa w grupie maks. 10-osobowej: 5zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta (50zł/jedno spotkanie dla grupy)
- indywidualna konsultacja fizjoterapeutyczna celem doboru sprzętu ortopedycznego: 70zł
- indywidualna konsultacja podologiczna: 55zł
- indywidualna konsultacja psychologiczna: 95zł

6) wizyta lekarska kontrolna u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej bezpośrednio po ukończeniu planu rehabilitacji: 75zł

7) pierwsza porada pielęgniarska lub fizjoterapeutyczna: 70zł

8) wizyta lekarska kontrolna u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia planu rehabilitacji: 75zł

1.3. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej: **115zł**

Zwrot kosztów dojazdu dla uprawnionych uczestników Programu oszacowano na poziomie max. 115zł na podstawie średniej ceny biletu miesięcznego obliczonej według cenników dużych przewoźników, świadczących usługi transportowe w województwie śląskim.

Tab. 8. Przykładowe koszty jednostkowe w Programie.

Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
Uczestnictwo jednej osoby w szkoleniu dla kadry medycznej	500,00
Szkolenie dla 30-osobowej grupy przedstawicieli kadry medycznej	15 000,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji bez zwrotu kosztów dojazdu	1403,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji ze zwrotem kosztów dojazdu	1518,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w cyklu zajęć edukacji zdrowotnej w ramach programu kompleksowej rehabilitacji (3 spotkania)	9,00

[103] Średnia z cen zabiegów fizykoterapii na podstawie rozeznania rynku

Uczestnictwo jednego pacjenta w zajęciach edukacji żywieniowej w ramach programu kompleksowej rehabilitacji	4,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w cyklu zajęć psychoedukacji w ramach programu kompleksowej rehabilitacji (2 spotkania)	10,00
Konsultacja reumatologiczna	120,00
Pierwsza wizyta lekarska w ramach programu kompleksowej rehabilitacji	95,00
Porada fizjoterapeutyczna	70,00
Wizyta lekarska w ciągu tygodnia od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych	75,00
Kontrolna wizyta lekarska po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych	75,00

2. Koszty całkowite

Tab. 9. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej				180 000,00
Szkolenie dla lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów	360	osoba	500	180 000,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu				9 971 500,00
Konsultacja reumatologiczna (1)	7700	osoba	120	924 000,00
Pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Programie (2)	7700	osoba	95	731 500,00
Pierwsza porada fizjoterapeutyczna (3)	7000	osoba	70	490 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny (fizjoterapia, terapia zajęciowa, ew. konsultacje indywidualne) (4)	7000	osoba	875	6 125 000,00
Edukacja zdrowotna (3x1h w grupach max. 20-os.) (5)	7000	osoba	9	63 000,00
Edukacja żywieniowa (1x1h w grupach max. 20-os.) (5)	7000	osoba	4	28 000,00
Psychoedukacja (2x45min w grupach max. 20-os.) (5)	7000	osoba	10	70 000,00
Wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych (6)	7000	osoba	75	525 000,00
Druga porada fizjoterapeutyczna (7)	7000	osoba	70	490 000,00
Kontrolna wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 3 miesiącach od ukończenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych (8)	7000	osoba	75	525 000,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników)	630	osoba	115	72 450,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				10 223 950,00

Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2019					3 103 185,00
Etap I. Szkolenie dla lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów	180	50%	osoba	500	90 000,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	2100	30%	osoba	1403	2 946 300,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	210	30%	osoba	215	45 150,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	189	30%	osoba	115	21 735,00
Rok 2020					3 103 185,00

Etap I. Szkolenie dla lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutów	180	50%	osoba	500	90 000,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	2100	30%	osoba	1403	2 946 300,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	210	30%	osoba	215	45 150,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	189	30%	osoba	115	21 735,00
Rok 2021					3 013 185,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	2100	30%	osoba	1403	2 946 300,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	210	30%	osoba	215	45 150,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	189	30%	osoba	115	21 735,00
Rok 2022					1 004 395,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	700	10%	osoba	1403	982 100,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	70	10%	osoba	215	15 050,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	63	10%	osoba	115	7 245,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					10 223 950,00

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 10 223 950,00 zł., co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich[104] stanowi całkowity koszt realizacji Programu w wysokości 11 246 345,00 zł.

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020. Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 9 559 393,25 zł. (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

[104] Koszty pośrednie stanowią 10% kosztów bezpośrednich

VII. Bibliografia

1. Absencja chorobowa w 2016r., ZUS, Warszawa 2017r.
2. Analiza Sytuacji Zdrowotnej, Potrzeb Infrastrukturalnych w Województwie Śląskim oraz Założeń Wdrażania i Wyboru Projektów z Obszaru Zdrowia w RPO Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, raport końcowy, Poznań, grudzień 2015.
3. Bodur H., Sivas F., Yilmaz O. i wsp., Turkish League Against Rheumatism National Recommendations for the Management of Ankylosing Spondylitis, Turk J Rheumatol 2011;26(3):173-186.
4. Bryl W, Wąsiewicz E, Krzyżaniak A, Gałęcki J. Badanie potrzeb rehabilitacyjnych. Zdrowie Publiczne 1991; 102, s. 5-6
5. Bubińska J. Ocena efektywności programu rehabilitacji leczniczej rolników w wybranym centrum rehabilitacji rolników KRUS. Pol. Ann. Med. 2009;16(1): 42-56.
6. Bugajska J, Jędryka-Góral A, Gasik R, Żołnierczyk-Zreda D. Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. Medycyna Pracy 2011;62(2), s.153–161
7. Bugajska J, Żołnierczyk-Zreda D, Hildt-Ciupińska K. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy. Bezpieczeństwo Pracy 2011;4; s. 12-15.
8. Chang K, Yang SM, Kim SH, Han KH, Park SJ, Shin JI. Smoking and Rheumatoid Arthritis. Gilbert K, ed. International Journal of Molecular Sciences. 2014;15(12):22279-22295. doi:10.3390/ijms151222279.
9. Cwynar E et.al. Analiza zgłoszeń podejrzenia chorób wywołanych sposobem wykonywania pracy w kontekście patologii uznanych za choroby zawodowe. Medycyna Pracy 2013;64(3)
10. da Mota L.M., Cruz B.A., Brenol C.V. i wsp., 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol. 2012 Mar-Apr;52(2):152-74.
11. Da Silva, E., Doran, M. F., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M. and Matteson, E. L. (2003), Declining use of orthopedic surgery in patients with rheumatoid arthritis? Results of a long-term, population-based assessment. Arthritis & Rheumatism, 49: 216–220. doi:10.1002/art.10998
12. Dembowski Ł., Dudek P., Ciesielska N. i in., Wykorzystanie nowoczesnych metod fizjoterapeutycznych w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(8):145-158.
13. Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Reumatoidalne zapalenie stawów o początku w wieku późnym. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008; 118 (Suppl).
14. Gossec L., Smolen J., Gaujoux-Viala C. i wsp. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. Ann Rheum Dis 2012; 71: 4–12.
15. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp)
16. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en.
17. J Braun, R van den Berg, X Baraliakos i in., 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis Ann Rheum Dis 2011;70:896-904.
18. Jura-Półtorak A, Olczyk K. Diagnostyka i ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów. Diagnostyka laboratoryjna 2011, Vol 47/ 4, s. 431-438.
19. Kelly C, Hamilton J. What kills patients with rheumatoid arthritis? Rheumatology 2007; 46: 183–184.
20. Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
21. Krawczyk-Wasielewska A, Gajewska E, Samborski W. Płeć jako jeden z czynników mogących determinować jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Nowiny Lekarskie 2012, 81, 4, s. 347–353
22. Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M. i in., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych − ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii w Warszawie, Warszawa 2014.
23. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego (mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; dostęp: 28.11.2017r.)
24. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. Engl J Med 2011; 365:2205-2219 (December 8, 2011) DOI: 10.1056/NEJMra1004965
25. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, Raport AOTMiT nr: AOTMiT-BOR-434-7/2015.
26. Nakua E.K., Otupiri E., Dzomeku V.M., Owusu-Dabo E., Agyei-Baffour P., Yawson A.E., Folson G., Hewlett S., Gender disparities of chronic musculoskeletal disorder burden in the elderly Ghanaian population: study on global ageing and adult health, BMC Musculoskelet Disord. 2015 Aug 19;16:204
27. Natvig B, Susan H, Picavet J. The epidemiology of soft tissue rheumatism, In Best Practice & Research Clinical Rheumatology, Volume 16, Issue 5, 2002, s. 777-793
28. Nietopiel M. 20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Prewencja i Rehabilitacja 2016;2-3(44-45): 3-13
29. Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów na lata 2016-2020 (zdrowie.gov.pl)
30. Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018]

31. Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal educationlevel and poor health status: behavioral, in addition to demographicand medical, explanations? J Clin Epidemiol 1994; 47, s. 355-361.
32. Plenge RM. The genetic basis of rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatoid Arthritis. Philadelphia, Penn: Mosby Elsevier; 2009, s. 23-27
33. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.
34. Przewlekłe choroby układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy – analiza przyczyn oraz działania prewencyjne (www.zus.pl)
35. Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.
36. Rheumatoid Arthritis - National clinical guideline for management and treatment in adults, The National Institute for Health and Care Excellence, Clinical guideline [CG79] [nice.org.uk; dostęp: 05.01.2018r.].
37. Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2013 poz. 1413].
41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)
42. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
43. Rupiński R, Filipowicz-Sosnowska A. Disease activity and functional disability in rheumatoid arthritis patients. Reumatologia/Rheumatology. 2005;43(3), s.129-137.
44. Samborski W, Ponikowska I. Choroby reumatyczne – standardy lecznicze w medycynie uzdrowiskowej. Balneologia Polska 1-2/2005, s. 14-23.
45. Smolen J.S, Landewé R, Breedveld F.C i wsp. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update, Ann Rheum Dis. 2017 Jun;76(6):960-977.Smolewska E., Niepełnosprawność dzieci i młodzieży chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr II/2012(3).
46. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.
47. Świerkot J., Spondyloartropatie Zapalne (edukacja.przegladreumatologiczny.pl; dostęp: 17.12.2017r.).
48. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 z późn. zm.)
49. Van der Linden SM i wsp. Ankylosisspondylitis In Kellys texbook f Rheumatology. Firestein GS, i wsp. Eight ed. Saunders Elsevier, Philadelphia 2009:1169-1189.
50. Wearing, S. C., Hennig, E. M., Byrne, N. M., Steele, J. R. and Hills, A. P. (2006), Musculoskeletal disorders associated with obesity: a biomechanical perspective. Obesity Reviews, 7, s. 239–250. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00251.x.
51. WHO Health for All database.
52. Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major muscoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(9), s. 646-656.
53. Wróblewska I., Bieszcz-Płostkonka K., Błaszczuk J., Kurpas D. Efektywność rehabilitacji w chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa. Family Medicine & Primary Care Review 2014;16(1): 35-38.
54. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
55. Wytyczne Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji (www.spartanska.pl)
56. Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018]
57. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].
58. Złotkowska R, Skiba M, Mroczek A et.al. Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. Hygeia Public Health 2015, 50(1), s. 41-46.
59. Raport NIK, Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku, Dane i wykresy dla poszczególnych województw (nik.gov.pl; dostęp: 15.02.2018r.]

Spis rycin

Rycina 1. Współczynnik hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego (na 100 tys. ludności). 15

Spis tabel

Tabela 1. Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego w klasyfikacji ICD 10. 5
Tabela 2. Zapadalność oraz chorobowość dotycząca wybranych chorób układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności; dane dla roku 2014). 18
Tabela 3. Liczba pacjentów z rozpoznaniami zapalnych chorób układu mięśniowo-szkieletowego, korzystających z usług zdrowotnych w ramach POZ, AOS oraz rehabilitacji leczniczej na rynku publicznym w roku 2016. 20
Tabela 4. Stopień rozpowszechnienia wybranych zapalnych chorób układu mięśniowo-szkieletowego łącznie w populacji województwa śląskiego w wieku produkcyjnym w podziale na grupy wiekowe w roku 2016. 21
Tabela 5. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. 33
Tabela 6. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju. 35
Tab. 7. Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu. 43
Tab. 8. Przykładowe koszty jednostkowe w Programie. 55
Tab. 9. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje. 56
Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji. 56

Załącznik 1

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Regionalnego programu rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022”
(wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu poszczególnych interwencji oferowanych w Programie

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyt lekarskich

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazywania informacji?					

III. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas porad i zabiegów?					
staranność i dokładność wykonywania zabiegów?					
sposób przekazywania informacji nt. sposobów rehabilitacji?					

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetów?					
wyposażenie sal zabiegowych					

V. Dodatkowe uwagi/opinie: