



Województwo
Śląskie

Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi 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



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nazwa Programu:

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

Okres realizacji Programu: 2019-2022

Autorzy Programu:

Samorząd Województwa Śląskiego

przy współpracy z ekspertami:

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki

dr hab. n. o zdrowiu Piotr Romaniuk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

dr n. med. Krzysztof Kaczmarek

mgr Karolina Sobczyk

Dane kontaktowe:

Zarząd Województwa

ul. Ligonía 46

40-037 Katowice

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

faxy: +48 (32) 20 78 291

Data opracowania Programu: 30.03.2018r.

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej..	5
1. Opis problemu zdrowotnego	5
2. Dane epidemiologiczne	10
3. Opis obecnego postępowania	19
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	22
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności	28
1. Cel główny	28
2. Cele szczegółowe	28
3. Mierniki efektywności.....	28
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	30
1. Populacja docelowa.....	30
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	32
3. Planowane interwencje.....	34
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej....	42
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	43
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	44
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	44
2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	44
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	45
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	46
1. Koszty jednostkowe	48
2. Koszty całkowite	50
3. Źródło finansowania, partnerstwo	51
VII. Bibliografia	52
Spis rycin.....	54
Spis tabel	54

Wykaz skrótów

ACP - American College of Physicians (Amerykańskie Kolegium Lekarskie)

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Zespół Nabytego Niedoboru Odporności)

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

APS – American Pain Society (Amerykańskie Towarzystwo Bólu)

ASU – frakcje olejów z awokado i soi

ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów

COST - European Cooperation in Science and Technology (Europejski Program Współpracy w Dziedzinie Badań Naukowo-Technicznych)

EULAR – European League Against Rheumatism (Europejska Liga Przeciw Reumatyzmowi)

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

HAQ - Health Assessment Questionnaire (kwestionariusz stanu zdrowia)

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Ludzki Wirus Niedoboru Odporności)

ICD-10 – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

NICE – National Institute for Health and Care Excellence (Narodowy Instytut Doskonalenia Zdrowia i Opieki)

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

RehL – Rehabilitacja Lecznicza

RPO WSL – Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego

SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Szkocka Międzyzespołowa Sieć Wytycznych)

SYSADOA – wolnodziałające preparaty objawowe

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

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby przewlekłe układu kostno-stawowego i mięśniowego należą do grupy problemów zdrowotnych, które prowadzą do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniając lub uniemożliwiając normalne funkcjonowanie jednostek. Jak wskazują badania, w populacji osób powyżej 65 roku życia, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego stanowiły przyczynę połowy przypadków ograniczenia sprawności funkcjonalnej¹. Według innych danych problem w skali krajowej dotyczy ponad 30% kobiet i 8% mężczyzn po 50. roku życia². O istotnym wpływie chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego na ogólny stan zdrowia populacji przekonuje przede wszystkim globalna skala problemu. W 2015r. odnotowywana na świecie liczba osób cierpiących na dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego i mięśniowego przekraczała 1,3 mld. W tej liczbie najliczniej reprezentowane były osoby doświadczające bólu w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa (ang. *low back pain*) – blisko 540 mln osób oraz chorzy cierpiący na chorobę zwyrodnieniową stawów – ok. 240 mln przypadków³. Z powyższymi problemami bezpośrednio koresponduje zakres przedmiotowy niniejszego Programu, obejmując następujące jednostki chorobowe (numeracja na podstawie klasyfikacji ICD-10):

- Choroby zwyrodnieniowe stawów (M15–M19), w tym głównie M15 (zwyrodnienie wielostawowe), M17 (zwyrodnienie stawu kolanowego), M16 (zwyrodnienie stawu biodrowego) oraz M19 (inne choroby zwyrodnieniowe);
- Choroby kręgosłupa (M45–M49), w tym głównie M47 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa);
- Inne choroby grzbietu (M50–M54), w tym głównie M51 (inne choroby krążka międzykręgowego), M50 (choroby krążków międzykręgowych szyjnych) oraz M54 (ból grzbietu).

¹ Ettinger, W. H., Fried, L. P., Harris, T., Shemanski, L., Schulz, R., Robbins, J. and Group, C. C. R. (1994), Self-Reported Causes of Physical Disability in Older People: The Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42: 1035–1044. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb06206.x

² Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła M, Strzemecka J, Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 3, s. 362–369

³ Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 *The Lancet*, Volume 388 , Issue 10053, s. 1545 - 1602

1.1. Choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów (osteoartroza; ChZS) jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnym związanym z funkcjonowaniem układu kostno-stawowego. Na podstawie badań radiologicznych u pacjentów do 65 roku życia stwierdza się cechy choroby u więcej niż 80% populacji, 40% ludzi skarży się na dolegliwości bólowe stawów, natomiast 10% osób zgłasza ograniczenia ich ruchomości⁴. W czasie choroby następuje systematyczna degradacja chrząstki stawowej i zwężanie jamy (szczeliny) stawowej, która prowadzi do przedwczesnej niepełnosprawności ruchowej. W wyniku choroby zwyrodnieniowej stawów następuje zwłóknienie, rozmięczenie oraz ubytek chrząstki stawowej. Jednocześnie dochodzi do sklerotyzacji warstwy podchrzęstnej, powstawania osteofitów i geod kostnych. Chorobie towarzyszy silny ból, sztywność stawów, trzeszczenie, osłabienie i ograniczenie ruchomości stawów, postępujący stan zapalny i zwiększona podatność na uszkodzenia⁵⁶:

Wśród głównych czynników ryzyka ChZS wskazuje się przede wszystkim:

- Wiek - ze względu na fakt, iż ChZS związane jest ze zmianami degeneracyjnymi stawów, osoby starsze są istotnie bardziej narażone na wystąpienie choroby. Następująca w skutek narastającego z wiekiem stresu oksydacyjnego modyfikacja kolagenu typu II prowadzi do stopniowej utraty właściwości elastycznych stawów, przyczyniając się do zwiększonej podatności na urazy⁷;
- Otyłość – dowiedziono istnienie bezpośredniego związku między występowaniem otyłości a ChZS, w szczególności zwyrodnieniami stawów kolanowych. Jednocześnie badanie Framingham wykazało, że w przypadku kobiet zmniejszenie masy ciała o 5 kilogramów prowadziło do zredukowania ryzyka wystąpienia choroby o 50%. Szacuje się, że każdy kilogram nadwagi zwiększa ryzyko wystąpienia ChZS o 10%⁸;
- Przebyte urazy – badania wskazują jednoznacznie, iż pacjenci po przebytych urazach stawu kolanowego wykazują 5-krotnie większe ryzyko wystąpienia ChZS w obrębie tego stawu. Wynika to z faktu, iż uraz prowadzi do uszkodzenia struktur wewnątrzstawowych,

⁴ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. Postepy Hig Med Dosw (online), 2014; 68, s. 640-652.

⁵ Ibidem.

⁶ Konieczny G, Wrzosek Z. Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [w:] Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011. s. 77-83.

⁷ Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza... op.cit.

⁸ Foye P.M., Stitik T.P., Chen B., Nadler S.F.: Osteoarthritis and body weight. Nutrition Res., 2000; 20: 899-903.

takich jak łakotka czy więzadła. Osłabieniu ulega siła mięśniowa co prowadzi do zmiany rozkładu obciążeń chrząstki⁹;

- Uprawianie sportu – poddawanie stawów dużym obciążeniom zwiększa ich podatność na wystąpienie urazów, a w następstwie rozwój zmian zwyrodnieniowych. Problem ten dotyczy szczególnie osób uprawiających sport, ale także osób wykonujących zawody wymagające zwiększonego wysiłku fizycznego. Ryzyko wystąpienia choroby jest wyraźnie większe w przypadku treningu z dużymi ciężarami oraz w sytuacji, gdy następuje długotrwałe obciążenie stawów (np. biegi długodystansowe). Za bardziej sprzyjające powstawaniu choroby uznaje się także większość sportów drużynowych, ze względu na ich kontuzjogenność. Czynnikiem sprzyjającym przeciążeniom są również niewłaściwe warunki uprawiania sportu (np. nieodpowiednia nawierzchnia)¹⁰;
- Płeć – kobiety są bardziej narażone na wystąpienie choroby zwyrodnieniowej stawów, a zwiększoną zapadalność obserwuje się przede wszystkim wśród kobiet po 50 roku życia oraz u kobiet w okresie pomenopauzalnym. Zwiększoną podatność na ChZS przypisuje się zatem zmianom hormonalnym¹¹;
- Czynniki genetyczne – badania wskazują, że za niektóre postacie osteoartrozy odpowiadają przede wszystkim uwarunkowania genetyczne. Mutacje w genach odpowiedzialnych ze syntezę kolagenu uznać należy za czynnik sprzyjający zachorowaniu. Przeprowadzone badania wśród bliźniąt płci żeńskiej wykazały, że wpływ genów odpowiedzialny jest za 39% zmian w stawach kolanowych i aż za 65% zmian w stawach ręki¹².

Choroba zwyrodnieniowa stawów w przypadku różnych pacjentów przyjmować może zróżnicowaną postać, co manifestować się będzie występowaniem dolegliwości w obrębie odmiennych stawów. Niejednokrotnie zmiany zwyrodnieniowe i towarzyszące im objawy dotyczyć będą wielu stawów. Najczęściej występujące postaci ChZS to¹³:

⁹ Gelber A.C., Hochberg M.C., Mead L.A., Wang N.Y., Wigley F.M., Klag M.J.: Joint injury in young adults and risk for subsequent knee and hip osteoarthritis. *Ann. Intern. Med.*, 2000; 133, s. 321-328.

¹⁰ Złotkowska R, Skiba M, Mroczek A et.al. Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1), s. 41-46.

¹¹ Stevens-Lapsley J.E., Kohrt W.M.: Osteoarthritis in women: effects of estrogen, obesity and physical activity. *Womens Health* (Lond. Engl.), 2010; 6, s. 601-615.

¹² Williams C.J., Jimenez S.A.: Heritable diseases of cartilage caused by mutations in collagen genes. *J. Rheumatol. Suppl.*, 1995; 43, s. 28-33.

¹³ Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3), s. 355-369. doi:10.1016/j.cger.2010.03.001.

- Gonartroza (choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego) - zwyrodnienia występują u 7-14% populacji w wieku 45-49 lat oraz do 40% populacji kobiet i prawie 30% populacji mężczyzn w wieku 55-64 lat;
- Zwyrodnienia stawów ręki – w badaniu Framingham występowanie choroby zwyrodnieniowej stawów ręki stwierdzono u 27% badanych;
- Koksartroza (choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego) – zwyrodnienie to dotyka ok. 5% populacji bez względu na wiek, a w grupie wiekowej powyżej 75 roku życia niemal 100%.

1.2 Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa

Ze względu na skalę występowania, jak i powodowane ograniczenia aktywności ruchowej, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa można potraktować jako wyodrębnioną kategorię zagadnień. Szacuje się, że schorzenie to dotyka nawet 80% populacji po 40 roku życia¹⁴. Rozwój zmian zwyrodnieniowych rozpoczyna się zwykle od krążka międzykręgowego, w dalszej kolejności zwyrodnieniu ulegają blaszki graniczne oraz przylegające części trzonów kręgowych. Stopniowo zmiany chorobowe obejmują pozostałe struktury segmentu ruchowego. Typowe deformacje pojawiające się w stawach to: pogrubienie blaszki, zeszywnienie i zwłóknienie więzadeł, powstawanie osteofitów, a także zrastanie się kręgów¹⁵. Obserwowane zmiany mogą mieć charakter pierwotny lub wtórny (po przebytym urazie, chorobie o charakterze zapalnym, przy wadach kręgosłupa)¹⁶.

Badania nad patogenezą choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa wskazują na istnienie związku między jej rozwojem a uwarunkowaniami genetycznymi¹⁷, jednakże główne czynniki zwiększające ryzyko jej rozwoju pokrywają się z czynnikami ryzyka zwyrodnień innych stawów. Są nimi¹⁸:

- wiek – 40 lat i więcej,

¹⁴ Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. BMC Musculoskeletal Disorders 2010;11:1 <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-1>.

¹⁵ Zielazny P et.al. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2013; 22 (4), s. 251–258.

¹⁶ Wróblewska I et.al. Efektywność rehabilitacji w chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16, 1, s. 35–38.

¹⁷ B. Smolińska et. al. Nowoczesna rehabilitacja w schorzeniach kręgosłupa odcinka krzyżowo-lędźwiowego ludzi czynnych zawodowo – wybrane metody, jako odpowiedź na wzrastającą absencję w pracy spowodowaną bólami krzyża. Medycyna Pracy 2004; 55 (5), s. 439-443.

¹⁸ Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. BMC Musculoskeletal Disorders. 2011;12:202. doi:10.1186/1471-2474-12-202.

- pleć – zwiększone ryzyko zachorowania w przypadku kobiet,
- masa ciała – występowanie nadwagi lub otyłości.

Powstałe w wyniku choroby zwyrodnienia stanowią także częstą przyczynę dolegliwości bólowych, ograniczających pacjentowi możliwość podejmowania i wykonywania pracy zawodowej¹⁹. Opublikowane w 2010 roku wyniki badań wskazują na istnienie ścisłego związku między osteoartrozą występującą w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa a rezygnacją z pracy zawodowej²⁰.

1.3 Choroby krążka międzykręgowego (dyskopatia)

Dyskopatię opisuje się jako zespół zmian degeneracyjnych w obrębie jądra miażdżystego, z towarzyszącym uszkodzeniem struktur łącznotkankowych²¹. Zmiany chorobowe krążków międzykręgowych prowadzą do pęknięcia pierścienia włóknistego i wydobycia jądra miażdżystego na zewnątrz. W rezultacie dochodzi do ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy, co prowadzi do pojawienia się bólu. Wskazuje się na kilka czynników zwiększających ryzyko wystąpienia dyskopatii, w tym m.in. starzenie się ustroju, nadmierne przeciążenia kręgosłupa, zmiany pourazowe, wady wrodzone i nabyte kręgosłupa, przebyte w okresie młodzieńczym choroby kręgosłupa^{22,23}.

Objawy dyskopatii zależą od zmian chorobowych, jakie zaszły w obrębie krążka międzykręgowego oraz od stopnia uwypuklenia jądra miażdżystego. Do najczęściej spotykanych objawów zalicza się: bóle miejscowe w obrębie kręgosłupa, bóle promieniujące (rwa kulszowa) oraz podrażnienia nerwów (parastezje, spadek siły mięśniowej, przeczulica)²⁴.

Podstawową metodą leczenia dyskopatii jest kompleksowa rehabilitacja, obejmująca farmakoterapię o działaniu przeciwbólowym i przeciwzapalnym, kinezyterapię, fizykoterapię, ortotykę, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację zdrowotną pacjenta. Szacuje się, że jedynie

¹⁹ Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)*. 2001 Mar;51(2), s.124-35.

²⁰ Sayre EC, Li LC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, et al. (2010) The Effect of Disease Site (Knee, Hip, Hand, Foot, Lower Back or Neck) on Employment Reduction Due to Osteoarthritis. *PLoS ONE* 5(5): e10470. doi:10.1371/journal.pone.0010470.

²¹ Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.

²² P. Borzęcki i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.

²³ Krasuski M. Zespoły bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa (bóle krzyża). [w:] Kiwierski J. (red.) *Rehabilitacja medyczna*. Wydawnictwo PZWL. Warszawa, 2005 s. 533-559

²⁴ Kraemer J. Choroby krążka międzykręgowego. *Przypadki kliniczne. Diagnostyka. Leczenie. Profilaktyka*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, wyd.1 s. 96-101, 179-181.

7–10% pacjentów wymaga zabiegu operacyjnego, po którym zazwyczaj niezbędne jest dalsze prowadzenie kompleksowej rehabilitacji²⁵.

2. Dane epidemiologiczne

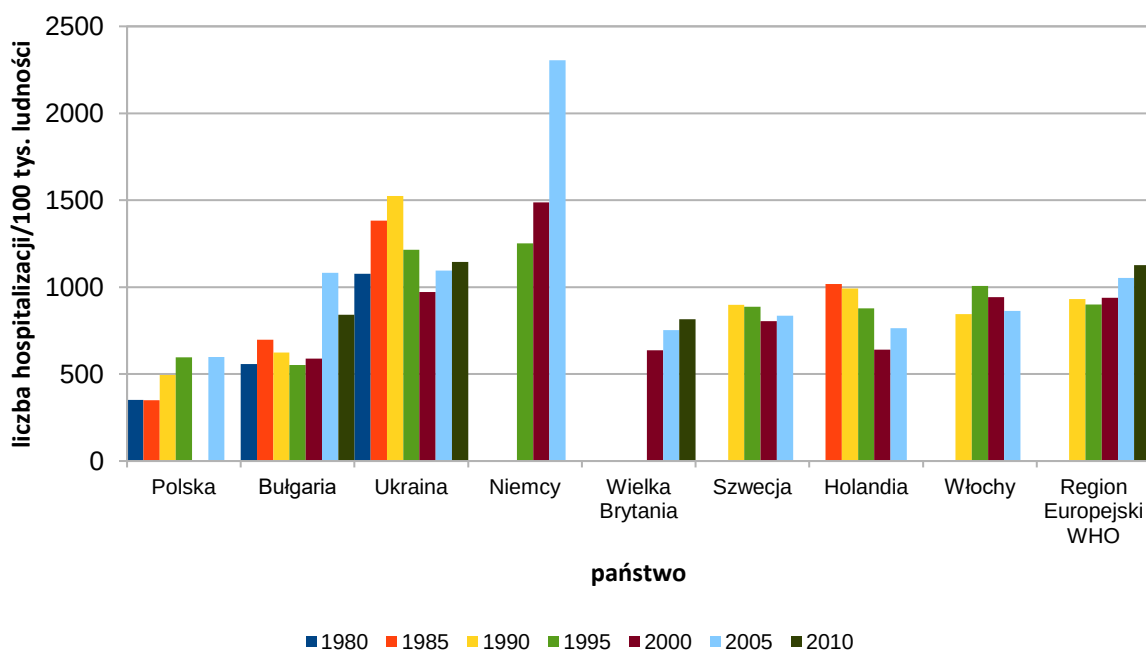
2.1 Globalny i krajowy obraz problemu zdrowotnego

Choroby w grupie problemów odnoszących się do układu kostno-stawowego i mięśniowego mają bardzo istotny wpływ na jakość i warunki życia osób doświadczających problemów zdrowotnych tego rodzaju. Są one najpowszechniejszą przyczyną niepełnosprawności, wpływając także w znaczący sposób na stan psychofizyczny cierpiących na nie osób. Ich wpływ w wymiarze społecznym jest tym większy, że silnie obciążają nie tylko samych chorych, ale także ich najbliższe otoczenie, w tym członków rodziny. Wiąże się to z charakterystyką tej grupy chorób, które, jakkolwiek mają zróżnicowaną etiologię i przebieg, często wiążą się ze zbliżonego rodzaju konsekwencjami, takimi jak ból oraz ograniczenie sprawności ruchowej, mogące przybrać postać chroniczną lub ostrą. Objawy te zwykle nasilają się wraz z wiekiem, mają ponadto znaczący związek z czynnikami wynikającymi ze stylu życia, takimi jak brak aktywności ruchowej czy otyłość. Zarówno powszechność występowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych, jak i proces postępującego starzenia się społeczeństwa i systematycznie rosnącej liczby osób starszych sprawiają, że niebezpieczeństwo rosnącego obciążenia populacji chorobami układu kostno-mięśniowego jest duże, co z kolei rodzi konieczność podejmowania działań prewencji pierwotnej, ale też zwiększa zapotrzebowanie na prewencję wtórną, dotyczącą osób z już zdiagnozowanym problemem zdrowotnym, w szczególności w zakresie rehabilitacji i zapobiegania pogłębianiu się choroby i powikłaniom, w tym – dalszemu pogarszaniu się jakości życia osób dotkniętych chorobą²⁶.

Rycina 1 prezentuje dane dotyczące hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego w Europie i wybranych krajach europejskich.

²⁵ Ibidem

²⁶ Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(9), s. 646-656. Zob. także: Disability, prevention and rehabilitation. World Health Organisation, Geneva 1981.



Ryc. 1. Współczynnik hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego (na 100 tys. ludności).
Źródło: WHO Health for All database.

Zaprezentowane powyżej dane potraktować można jako pewne, choć nie doskonałe, odzwierciedlenie skali rozpowszechnienia problemu chorób układu kostno-mięśniowego w krajach europejskich. Niedoskonałość danych wynika po pierwsze z ich niekompletności (okresy raportowania danych nie są identyczne dla wszystkich uwzględnionych krajów), a po drugie z faktu, iż hospitalizacje nie są pewnym odzwierciedleniem chorobowości, mogąc mieć związek m.in. z poziomem finansowania określonych kategorii świadczeń lub zastosowanego modelu funkcjonowania systemu zdrowotnego i przyjętego modelu leczenia (wyższy odsetek hospitalizacji w krajach stosujących model ubezpieczeniowy). Mimo tych niedoskonałości można na podstawie zaprezentowanych danych wnioskować, iż obciążenie chorobami układu kostno-mięśniowego jest wyższe w krajach zamożniejszych. Brak jest jednoznacznego trendu w zakresie skali tego obciążenia na przestrzeni 30 lat, poczynając od roku 1980 – w części krajów ma on charakter wzrostowy, w innych z kolei malejący, choć dane zbiorcze dla całego Regionu Europejskiego WHO pokazują pewien trend wzrostowy. Trend taki jest również zauważalny w Polsce.

Na podstawie danych zaprezentowanych powyżej stwierdzić można, iż średnia liczba hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego w Polsce przekracza nieznacznie 500 przypadków na 100 tys. ludności. Doniosłość znaczenia omawianej grupy chorób dla zdrowia publicznego, systemu gospodarczego kraju oraz systemu zabezpieczenia społecznego odzwierciedlona jest również w danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

dotyczących wydatków ubezpieczenia społecznego w związku z niezdolnością do pracy. W roku 2016 choroby z omawianej grupy odpowiadały za 14,1% wydatków, stanowiąc drugą co do znaczenia grupę chorób, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania. W wymiarze nominalnym przełożyło się to na kwoty wydatków sięgające 5 mld zł, z czego około 3 mld to świadczenia wypłacane mężczyznom, a 2 mld – kobietom. Odsetek ten jest podobny w przypadku wydatków na absencję chorobową oraz renty z tytułu niezdolności do pracy, choć w tym drugim przypadku większy jest udział rent z tytułu niezdolności częściowej. Dla tej kategorii choroby układu kostno-mięśniowego stanowią przyczynę ponad 17% ponoszonych kosztów. Patrząc na to z innej perspektywy – 82,3% osób z orzeczeniem o niezdolności do pracy z tej przyczyny ma orzeczoną niezdolność częściową. Nieco inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku wydatków na świadczenia rehabilitacyjne finansowane w ramach ubezpieczenia chorobowego, gdzie choroby układu kostno-mięśniowego są już najczęstszą kategorią stanowiącą przedmiot finansowania, odpowiadając za 29,1% wydatków. Oznacza to, że choroby te częściej są przyczyną niezdolności do pracy o przedłużającym się czasie trwania. Jeszcze większy jest udział tej grupy chorób w wydatkach na rehabilitację leczniczą finansowaną w ramach prewencji rentowej, gdzie również jest to pierwszoplanowa przyczyna finansowania świadczeń, odpowiadająca za 52,4% kosztów²⁷. Choroby z omawianej grupy są również przyczyną 14,4% wszystkich dni absencji chorobowej pracowników, co w 2014 przekładało się na łącznie 30626,4 dni absencji. Zauważalny jest systematyczny wzrost udziału chorób układu kostno-mięśniowego w katalogu przyczyn absencji na przestrzeni kilku ostatnich lat²⁸.

2.2 Epidemiologia chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim

Zakres występowania chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w województwie śląskim oszacować można na podstawie danych dotyczących liczby hospitalizacji z powodu określonego rodzaju problemów zdrowotnych. W województwie śląskim liczba hospitalizacji z powodu chorób stawów, dotycząca populacji osób dorosłych do 64 r.ż., sięga 9,88 tys. rocznie (dane dla roku 2014), co daje w przypadku współczynnika standaryzowanego wartość 321,1 hospitalizacji na 100 tys. ludności. Jest to wartość znacząco

²⁷. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

²⁸. Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.

niższa od najgorzej pod tym względem wypadającego województwa warmińsko-mazurskiego (500,4 hospitalizacje na 100 tys. ludności)²⁹.

Kolejną grupą chorób mieszczących się w omawianej kategorii są choroby kręgosłupa. W województwie śląskim z tego tytułu zanotowano 6,1 tys. hospitalizacji, z wartością współczynnika standaryzowanego na poziomie 197,1 na 100 tys. ludności, wobec 402,6 dla najgorszego pod tym względem województwa lubelskiego³⁰.

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

Tab. 1. Zapadalność oraz chorobowość dotycząca wybranych chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności, dane dla roku 2014).

Jednostka chorobowa	Zapadalność	Chorobowość
Choroby kręgosłupa	1 966,2	16 398
Choroby stawów	1 674,4	13 697,7
Choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)	1 478,4	10 357,7
Zaburzenia mineralizacji i struktury kości	172,9	1 490,3
Choroby układowe tkanki łącznej	156,8	1 444,5
Choroby mięśni	28,7	218,9

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

Na podstawie danych ukazanych w tabeli nr 1 można wnioskować, iż najczęściej występującym w województwie problemem zdrowotnym związanym z układem ruchu są choroby kręgosłupa, co jest zgodne z charakterystyką epidemiologiczną całego kraju. Chorobowość na poziomie blisko 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 kolei tabela nr 2 przedstawia liczbę świadczeń udzielonych z tytułu wystąpienia określonych kategorii chorób przewlekłych układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w roku 2016 na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także w zakresie rehabilitacji leczniczej.

²⁹. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego (mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; dostęp: 28.11.2017r.).

³⁰. Ibidem.

Tab. 2. Liczba pacjentów z rozpoznaniem chorób przewlekłych układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, korzystających z usług zdrowotnych 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 produkcyjnym 50+***
		POZ	AOS	Ogółem* POZ i AOS	RehL		
M01	Bezpośrednie zajęcie stawu w przebiegu chorób zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	29	7	36	5	13,9%	<0,1%
M03	Artropatie pozakaźne i odczynowe w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	58	26	83	2	2,4%	<0,1%
M10	Dna moczanowa	10894	1887	12475	91	0,7%	1,56%
M11	Inne artropatie spowodowane odkładaniem się kryształów	67	12	79	3	3,8%	<0,1%
M12	Inne określone artropatie	963	182	1134	88	7,8%	0,14%
M14	Artropatie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	381	372	738	48	6,5%	<0,1%
M15	Zwyrodnienie wielostawowe	13348	11665	24045	7409	30,8%	3,00%
M16	Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]	6212	9353	14005	3178	22,7%	1,75%
M17	Gonartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego]	13337	20980	31293	6986	22,3%	3,91%
M18	Choroba zwyrodnieniowa pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego	234	210	441	53	12,0%	<0,1%
M19	Inne zwyrodnienia stawów	4892	3347	8074	1504	18,6%	1,01%
M20	Nabyte deformacje palców rąk i stóp	992	3154	3994	688	17,2%	0,50%
M21	Inne nabyte deformacje kończyn	321	804	1108	209	18,9%	0,14%
M22	Choroby rzepek	93	551	637	117	18,4%	<0,1%
M23	Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego	2061	6807	8581	1154	13,4%	1,07%
M24	Inne określone uszkodzenia stawu	514	179	690	122	17,7%	<0,1%
M25	Inne choroby stawów, niesklasyfikowane gdzie indziej	3670	1862	5461	428	7,8%	0,68%
M30	Guzkowe zapalenie tętnic i choroby pokrewne	89	36	123	3	2,4%	<0,1%
M31	Inne martwicze choroby naczyń	67	169	220	5	2,3%	<0,1%
M40	Kifoza i lordoza	246	55	301	21	7,0%	<0,1%
M41	Skolioza [skrzywienie boczne kręgosłupa]	578	318	880	313	35,6%	0,11%
M42	Osteochondroza kręgosłupa	104	57	161	26	16,1%	<0,1%
M43	Inne zniekształcające choroby grzbietu	176	382	550	124	22,5%	<0,1%
M47	Spondyloza	46581	26153	68954	29986	43,5%	8,61%
M48	Inne choroby kręgosłupa	4204	2179	6288	1117	17,8%	0,78%
M49	Spondylopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	189	54	243	21	8,6%	<0,1%
M50	Choroby krążków międzykręgowych szyjnych	8723	12816	20551	8158	39,7%	2,57%
M51	Inne choroby krążka międzykręgowego	10234	24020	32619	14355	44,0%	4,07%
M53	Inne choroby grzbietu, niesklasyfikowane gdzie indziej	893	4250	5072	1856	36,6%	0,63%
M54	Bóle grzbietu	27341	11111	37638	6903	18,3%	4,70%
M61	Zwapnienie i skostnienie mięśni	58	24	82	9	11,0%	<0,1%
M62	Inne choroby mięśni	528	90	612	17	2,8%	<0,1%
M63	Zaburzenia mięśni w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	45	23	68	6	8,8%	<0,1%

M71	Inne patologie kaletek	454	1244	1674	113	6,8%	0,21%
M72	Choroby fibroblastyczne	230	901	1079	136	12,6%	0,13%
M73	Zaburzenia tkanek miękkich w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	39	42	80	19	23,8%	<0,1%
M76	Entezopatie kończyny dolnej, z wyłączeniem stopy	180	357	531	107	20,2%	<0,1%
M77	Inne entezopatie	1943	4087	5850	1820	31,1%	0,73%
M80	Osteoporoza ze złamaniami patologicznymi	436	832	1217	49	4,0%	0,15%
M81	Osteoporoza bez złamań patologicznych	1667	2107	3560	49	1,4%	0,44%
M82	Osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	22	37	59	1	1,7%	<0,1%
M83	Osteomalacja dorosłych	17	78	95	2	2,1%	<0,1%
M84	Zaburzenia ciągłości kości	41	137	172	16	9,3%	<0,1%
M85	Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości	259	553	803	48	6,0%	0,1%
M87	Martwica kości	46	272	302	14	4,6%	<0,1%
M88	Choroba Pageta kości [osteitis deformans]	9	12	19	1	5,3%	<0,1%
M89	Inne choroby kości	373	300	660	85	12,9%	<0,1%
M90	Osteopatie w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	54	21	75	7	9,3%	<0,1%
M95	Inne nabyte zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	719	693	1393	198	14,2%	0,17%
M96	Pozabiegowe zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej	436	108	537	29	5,4%	<0,1%
M99	Uszkodzenie biomechaniczne niesklasyfikowane gdzie indziej	120	78	195	51	26,2%	<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 produkcyjnym 50+ tj. 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

Powyższe dane pokazują, iż stopień rozpowszechnienia poszczególnych przewlekłych chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w populacji województwa jest zróżnicowany. Najczęściej występujące jednostki chorobowe to spondyloza, dotycząca ponad 8% populacji, a także bóle grzbietu, choroby krążków międzykręgowych i różne formy zwyrodnienia stawów. Łącznie wszystkie jednostki chorobowe uwzględnione w niniejszym Programie [M15-M19, M47, M50, M51 oraz M54] dotyczą ok. 30% populacji województwa w przedziale wiekowym 50-59 lat w przypadku kobiet oraz 50-64 lata w przypadku mężczyzn, co świadczy o poważnej skali omawianego problemu, w istotny sposób rzutującej zarówno na stan zdrowia ludności, jak i na obciążenie systemu ekonomicznego, m.in. wynikającą z tego tytułu absencją zawodową. Dodatkowo uderza fakt istotnej dysproporcji liczbowej świadczeń na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w relacji do świadczeń rehabilitacji leczniczej. Odsetek pacjentów poddanych rehabilitacji jest

zróżnicowany, wahając się od mniej niż 1% w przypadku dny moczanowej, aż do 43-44% w przypadku chorób krążka międzykręgowego i spondylozy. Różnice te z pewnością są pochodną zróżnicowanego zapotrzebowania na rehabilitację pacjentów z różnym stopniem dolegliwości objawów choroby, jak również możliwości jej realizacji w przypadku konkretnych jednostek chorobowych, jeśli jednak dane te rozpatrywać globalnie, z całą pewnością świadczą one o istnieniu wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie dostępności i korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej wśród osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa śląskiego. Zwiększenie odsetka pacjentów korzystających z rehabilitacji należy uznać za jeden z kluczowych warunków skuteczności w zakresie osiągania celów Programu, a także poprawy jakości życia mieszkańców województwa.

Ponadto podkreślenia wymaga fakt, iż właśnie we wskazanej wyżej grupie wiekowej rozpowszechnienie przewlekłych chorób układu kostno-mięśniowego jest najwyższe, co przedstawiono za pomocą tabeli 3.

Tabela 3. Stopień rozpowszechnienia wybranych przewlekłych 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 M15-M19, M47, M50, M51 oraz M54	Liczba mieszkańców	Rozpowszechnienie problemu
18 – 34	61 497	1 029 126	6,0%
35 – 39	39 880	368 067	10,8%
40 – 44	48 998	331 832	14,8%
45 – 49	57 548	288 363	20,0%
≥50*	237 620	801 036	29,7%
Razem	445 543	2 818 424	15,8%

* 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), 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^{31,32}.

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 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 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%)³³.

³¹ Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

³² Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

³³ Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018]

Placówki leczenia 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, a w zakresie rehabilitacji – 328,4 tys. porad³⁴. Dla sektora ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadku chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego mediana czasu oczekiwania wynosiła w województwie w 2014 roku 57 dni³⁵.

O niezadawalającej 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 z³⁶:

- 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.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego... op. cit.

³⁶ Ibidem.

3. Opis obecnego postępowania

Spośród stosowanych form leczenia w przypadku chorób przewlekłych układu kostno-stawowego zdecydowanie najczęściej stosuje się zabiegi rehabilitacyjne. Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia zagwarantowano możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej³⁷. Świadczenia te są realizowane w warunkach:

- 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, 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, neurologiczną oraz kardiologiczną.

Rehabilitacja pacjentów z chorobami układu kostno-stawowego wchodzi w tym przypadku w zakres rehabilitacji ogólnoustrojowej. Podmiot, który realizuje świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, zobowiązany jest do zapewnienia pacjentom bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia³⁸.

W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu³⁹.

Skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych może być wystawione przez lekarza POZ lub specjalistę. Świadczenie to w odniesieniu do jednego pacjenta realizowane jest

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)

³⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 35) [Dz.U. 2017 poz. 1938, ze zm.].

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (załącznik 1) [Dz.U. 2013 poz. 1522].

przez okres do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym i obejmuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ⁴⁰.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku lub oddziale dziennym może wystawić lekarz POZ lub wybrani specjaliści wskazani w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Czas trwania ww. świadczenia wynosi dla jednego pacjenta od 15 do 30 dni zabiegowych, obejmujących średnio 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia⁴¹.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych może wystawić lekarz specjalista wybranych oddziałów lub poradni wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja ta dla pojedynczego pacjenta trwa do 6 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ⁴². Wskazane wyżej świadczenia rozliczane są w ramach wyodrębnionych grup świadczeń określonych w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Finansowanie świadczeń w ramach JGP w tym przypadku odbywa się na podstawie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w oparciu o skale medyczne, wskazane w Zarządzeniu Prezesa NFZ dotyczącym zawierania oraz realizacji umów w ramach omawianego rodzaju świadczeń⁴³.

Wśród oferowanych dorosłym pacjentom z chorobami układu ruchu świadczeń gwarantowanych znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące⁴⁴:

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem

⁴³ Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

- 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 rozliczeniowego⁴⁵.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach profilaktyki rentowej, prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Świadczenia obejmują w tym przypadku⁴⁶:

- 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);
- 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).

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl dostęp: 27.11.2017)

W ramach leczenia szpitalnego świadczenia gwarantowane obejmują szeroki zakres procedur, spośród których najliczniej wykonywane są zabiegi wszczepienia endoprotez stawów biodrowego i kolanowego⁴⁷.

W sposób pośredni nawiązanie do omawianego problemu zdrowotnego odnaleźć można także w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Jakkolwiek w obecnej edycji Programu zabrakło bezpośredniego odniesienia do chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, jednak można dostrzegać pozytywne oddziaływanie Programu na niektóre czynniki ryzyka. W sposób szczególny dotyczy to otyłości, stanowiącej przedmiot interwencji prowadzonych w ramach celu operacyjnego 1 pn. „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”. Nawiązanie do problematyki podejmowanej w niniejszym Programie wpisane zostało także w ramy celu 5 pn. „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”, gdzie wśród działań edukacyjnych wskazano m.in. realizację zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów⁴⁸.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Konsekwencje chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym szczególnie tych o charakterze przewlekłym, 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.

Województwo śląskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, zajmując 7 miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z powodu chorób niezapalnych powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (95,88/100tys. mieszkańców) oraz 10 miejsce w przypadku chorób stawów (321,05/100tys. mieszkańców)⁴⁹. Problem chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej znajduje swoje odzwierciedlenie także na rynku pracy. Grupa tych jednostek

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2013 poz. 1520) ze zmianami

⁴⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

⁴⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego... op.cit.

chorobowych znajduje się na drugim miejscu wśród chorób stanowiących przyczynę absencji chorobowej (15,3% ogółu)⁵⁰. Obserwowana sytuacja wiąże się z ponoszeniem wysokich nakładów finansowych na świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej są drugą z kolei, po zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania, grupą chorobową generującą najwyższe wydatki w strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (14,1% ogółu wydatków). Ponadto choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowią najważniejszą przyczynę wydatków ponoszonych z tytułu rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach prewencji rentowej, odpowiadając za 52,4% wszystkich kosztów⁵¹.

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 przewlekłych 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 ok. 33%⁵². 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 NFZ⁵³ na rok 2018 umowę na udzielanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej 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 dni⁵⁴).

⁵⁰ Absencja chorobowa w 2016r., ZUS, Warszawa 2017r.

⁵¹ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r... op.cit.

⁵² Dane NFZ pozyskane na potrzeby opracowania projektu

⁵³ Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl/umowy; dostęp: 03.02.2018r.]

⁵⁴ 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.]

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)⁵⁵.

W odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną Zarząd Województwa Śląskiego planuje wdrożenie „Regionalnego Programu Rehabilitacji Osób z Chorobami Przewlekłymi 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 Społecznego⁵⁶.

⁵⁵ Raport NIK, Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku, Dane i wykresy dla poszczególnych województw (nik.gov.pl; dostęp: 15.02.2018r.]

⁵⁶ Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 8 grudnia 2016 r.

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 zdrowotnych⁵⁷ – priorytet 2: *rehabilitacja*;
- 2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020⁵⁸: *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 2014-2020⁵⁹: 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 nie jest objęta żadnym programem polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, w związku z czym nie istnieje ryzyko powielania się interwencji oraz grup docelowych.

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

⁵⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

⁵⁹ Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022 zaplanowany został w ramach RPO WSL na lata 2014–2020⁶⁰, 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 śląskim⁶¹:

- 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 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*

⁶⁰ Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.

⁶¹ „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

z ostrymi i przewlekłymi chorobami układu ruchu. Wstrzymanie procesów sprzyjających nasilaniu się dolegliwości; cel III: Ograniczenie skutków niedoborów w zdrowiu pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi;

2) Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+⁶² - *cel operacyjny B.1: Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa;*

3) Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020⁶³ - *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 2014-2020⁶⁴ – *wniosek 3: niewystarczający poziom zabezpieczenia opieki zdrowotnej w regionie z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz układu kostno-mięśniowo- stawowego.*

⁶² Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.

⁶³ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

⁶⁴ 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 osobom z dysfunkcjami narządu ruchu, spowodowanymi przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone w populacji osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost liczby osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia z rozpoznaniem chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2022.
2. Ograniczenie ryzyka progresji choroby przewlekłej układu kostno-stawowego i mięśniowego poprzez poprawę czynników ryzyka, takich jak sposób odżywiania i poziom aktywności fizycznej w populacji docelowej osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.
3. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego w populacji docelowej kobiet i mężczyzn w wieku produkcyjnym od 50 roku życia w latach 2019-2022.
4. Wzrost kwalifikacji personelu świadczącego usługi medyczne z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, dzięki szkoleniom zaplanowanym do realizacji w latach 2019-2021.

3. Mierniki efektywności

Tab. 4. 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)	20 200	Liczba oświadczeń o udziale w Programie
Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie	460	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 wykonanych badań lekarskich kwalifikujących do Programu	22 220	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 przeprowadzonymi 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 z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI	co najmniej 10% uczestników	Wyniki pomiaru BMI (uzyskane podczas pierwszej porady fizjoterapeutycznej oraz drugiej 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 8 080	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS⁶⁵ 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 5.

Tab. 5. 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 produkcyjnym od 50 roku życia (kobiet w wieku 50-59 lat oraz mężczyzn w wieku 50-64 lat), których liczba w województwie śląskim wynosi 802 036⁶⁶.

⁶⁵ Stan na 31.12.2016r., Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 05.01.2018r.]

⁶⁶ Ibidem.

Interwencje w Programie skierowane będą do populacji docelowej osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia, dotkniętych problemem chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, a także przedstawicieli kadry medycznej, świadczących usługi pacjentom z ww. problemami zdrowotnymi.

Działania szkoleniowe w Programie skierowane będą do lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, neurologii, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinach oraz fizjoterapeutów. W województwie śląskim w roku 2016, zgodnie z danymi przedstawionymi w części dotyczącej epidemiologii, zatrudnionych było 729 lekarzy specjalistów w ww. dziedzinach oraz 2 572 fizjoterapeutów. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, etap II Programu w latach 2019-2020 obejmie 460 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 2014-2020⁶⁷, 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 przewlekłych układu ruchu w stosunku do młodszych grup wiekowych, uznano grupę osób pracujących w wieku produkcyjnym od 50 roku życia (kobiety 50-59 lat, mężczyźni 50-64 lat). Za osoby najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych, w tym przypadku, uznano osoby bezrobotne z tej samej grupy wiekowej. Celem zapobieżenia podwójnemu finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, iż Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub mięśniowego w wywiadzie [wg ICD-10: M15-M19, M47, M50, M51, M54] 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.

⁶⁷ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 8 grudnia 2016 r.

Zgodnie z danymi Śląskiego OW NFZ w roku 2016 świadczenia POZ oraz AOS w związku z ww. rozpoznaniem wg ICD-10 otrzymało ok. 237,6tys. pacjentów w wieku produkcyjnym od 50 r.ż., w tym ok. 159tys. osób nie korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ. Po uwzględnieniu współczynnika aktywności zawodowej ludności województwa śląskiego⁶⁸ populację docelową oszacowano na ok. 106,5tys. osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi etap III Programu w latach 2019-2022 obejmie 20 200 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 rehabilitacji medycznej, lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii, lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, 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 produkcyjny⁶⁹ od 50 roku życia (kobiety 50-59 lat, mężczyźni 50-64 lat);
- zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego;
- pozostawanie aktywnym zawodowo⁷⁰,
- rozpoznanie choroby przewlekłej układu kostno-stawowego lub mięśniowego tj. wg ICD-10 M15-M19, M47, M50, M51, M54⁷¹.

⁶⁸ 67% - 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.]

⁶⁹ Wiek produkcyjny wg GUS to wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat [stat.gov.pl; dostęp: 02.01.2018r.]

⁷⁰ Ludność aktywna zawodowo wg GUS obejmuje wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące (wykonujące pracę lub posiadające pracę, ale nie wykonujące jej z powodu choroby) lub bezrobotne.

⁷¹ Grupy rozpoznań według klasyfikacji ICD-10 zgodne z analizą problemu zdrowotnego.

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,
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (stwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielającego 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, reumatologicznymi, ortopedycznymi i neurologicznymi oraz rehabilitacyjnymi oddziałami/ośrodkami dziennymi, stacjonarnymi oddziałami rehabilitacji, reumatologii, ortopedii oraz neurologii), 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.

2.3.1. 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, rehabilitacyjne, ortopedyczne oraz neurologiczne), 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 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 przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego obejmą swym zasięgiem 460 uczestników tj. lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii lub neurologii, 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 problemami chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in. kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu ruchu, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki, nowoczesnych metod fizjoterapii i terapii zajęciowej, stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w rehabilitacji leczniczej, a także konieczności uwzględniania edukacji zdrowotnej oraz 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 20 200 pacjentów dotkniętych problemem chorób przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego. W ramach omawianej interwencji zaplanowano dla każdego uczestnika następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Pierwsza wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania choroby przewlekłej układu kostno-stawowego i mięśniowego [wg ICD-10: M15-M19, M47, M50, M51, M54];
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie,
- zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie;
- ewentualne zalecenie konsultacji chirurgicznej/neurochirurgicznej/ortopedycznej 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 porada fizjoterapeutyczna, obejmująca:

- wywiad z pacjentem,
- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz oceny aktywności fizycznej IPAQ wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- pomiar masy ciała wraz z obliczeniem wskaźnika BMI,
- edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej;

3) Działania edukacyjne, obejmujące:

- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej, prowadzone przez 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 zamkniętych⁷² (proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej oraz ergonomii pracy w profilaktyce wtórnej chorób przewlekłych układu ruchu, zalecane formy aktywności fizycznej, zapobieganie wypadkom i zranieniom, istotność prowadzenia zdrowego stylu życia obejmującego ograniczenie lub rezygnację z używek, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, wskazania do leczenia operacyjnego w wybranych przypadkach klinicznych);
- 3 spotkania 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 prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych⁷³ (proponowana tematyka to m.in. rola diety oraz suplementacji diety w profilaktyce wtórnej chorób przewlekłych układu ruchu);
- 3 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);

4) Indywidualny plan rehabilitacyjny, obejmujący:

- dobrane przez lekarza rehabilitacji medycznej wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury zawarte w tabeli 6 o łącznej sumie punktów 815 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający min. 15 dni (przykład pod tabelą 6),
- minimum 2 zabiegi dziennie, w tym jedną kinezyterapię,
- maksimum 5 zabiegów dziennie,
- minimum 3 kinezyterapię w formie indywidualnej pracy z pacjentem na cały cykl rehabilitacyjny;

⁷² Realizator będzie zobowiązany do wprowadzenia wyników ankiet do arkusza programu Excel i przekazania Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej

⁷³ Jw.

5) 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,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie;
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie neurologii/ortopedii i traumatologii narządu ruchu, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji chirurgicznej/neurochirurgicznej/ortopedycznej lub innej wskazanej wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

6) Druga porada fizjoterapeutyczna realizowana po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, obejmująca:

- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz oceny aktywności fizycznej IPAQ wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- pomiar masy ciała wraz z obliczeniem wskaźnika BMI,
- zalecenia dot. dalszego postępowania w jednostce chorobowej;

7) 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,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie neurologii/ortopedii i traumatologii narządu ruchu, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie konsultacji chirurgicznej/neurochirurgicznej/ortopedycznej lub innej wskazanej wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

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. 6. 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, krioteria, 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 dietetyczna	80
V. Indywidualna konsultacja psychologiczna	95

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

Przykład indywidualnego planu rehabilitacji w cyklu 15-dniowym (815pkt. +/- 3pkt.):

- 1) Kinezyterapia: 286p. (w tym: 3x kinezyterapia indywidualna: 3x55p.=165p. + 11 x kinezyterapia grupowa: 11x11p.=121p.)
- 2) Masaże: 195p. (w tym 3 x masaż limfatyczny: 3x65p.)
- 3) Zabiegi fizykoterapii: 120p. (w tym 6 x hydroterapia: 6 x 10p. + 6 x światłolecznictwo: 6 x 10p.)
- 4) Terapia zajęciowa: 40p. (8x5p.)
- 5) Indywidualna konsultacja dietetyczna: 80p.
- 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, przysługiwać 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 przewlekłych układu kostno-stawowego i mięśniowego, w tym zawierających działania edukacyjne, zalecają m.in.:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014)⁷⁴,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2013)⁷⁵,
- European League Against Rheumatism (EULAR 2013)⁷⁶,
- American Pain Society (APS 2009)⁷⁷,
- American College of Physicians (ACP 2007)⁷⁸,
- European Cooperation in Science and Technology (COST 2006)⁷⁹.

3.4.2. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące zaplanowanego postępowania

W obecnej praktyce problem chorób przewlekłych rozwiązywany jest głównie na drodze pomocy terapeutycznej, przyjmującej różnorodną postać. Zalecenia w tym zakresie zostały opracowane m.in. przez Europejską Ligę Przeciw Reumatyzmowi (EULAR) i uwzględniają one⁸⁰:

- Terapię nefarmakologiczną — w zaleceniach EULAR terapia nefarmakologiczna obejmuje: edukację, ćwiczenia, zaopatrzenie ortopedyczne, redukcję masy ciała;
- Terapię farmakologiczną — w pierwszej kolejności u chorych doświadczających łagodnego i umiarkowanego bólu należy stosować paracetamol, w dawce nie przekraczającej 4 g dziennie;

⁷⁴ Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 05.01.2018r.].

⁷⁵ Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.

⁷⁶ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745

⁷⁷ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.

⁷⁸ Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, Ann Intern Med. 2007;147:478-491.

⁷⁹ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.

⁸⁰ Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the... op.cit.

- Leczenie chirurgiczne — u młodych chorych należy rozważyć osteotomię i inne zabiegi korekcyjne, szczególnie przy dysplazji, szpotawości i koślawości. U chorych ze zmianami radiologicznymi, uporczywym bólem i niepełnosprawnością zaleca się protezoplastykę. Jeżeli wyżej opisane postępowanie jest nieskuteczne, należy rozważyć doustne niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) w najniższych skutecznych dawkach. W sytuacji, kiedy stosowanie NLPZ okazuje się niemożliwe, nie przynosi efektów lub jest źle tolerowane przez pacjenta, wówczas należy zastosować opioidowe leki przeciwbólowe z paracetamolem lub bez niego. EULAR rekomenduje także stosowanie wolno działających preparatów objawowych (SYSADOA, symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis), takich jak: siarczan glukozaminy, siarczan chondroityny, frakcje olejów z awokado i soi (ASU, avocado-soybean unsaponifiable), diacereinę i kwas hialuronowy. W przypadku osteoartrozy stawu kolanowego jako bezpieczne terapie wymienia się miejscowe NLPZ lub kapsaicynę.

Zgodnie z zaleceniami NICE (2014)⁸¹ w przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów należy dokonywać oceny wpływu choroby na aktywność dnia codziennego, jakość życia, pracę zawodową, nastrój, relacje społeczne oraz spędzanie wolnego czasu. Formułowanie planu leczenia i rehabilitacji, a także omawianie z pacjentem ryzyka i korzyści wynikających z proponowanego postępowania, wymaga uwzględnienia chorób współistniejących. Pacjentom dotkniętym zmianami zwyrodnieniowymi należy zapewnić stały dostęp do pełnej informacji o chorobie i rokowaniach, możliwość zwiększenia aktywności fizycznej oraz wykonywania właściwych ćwiczeń fizycznych, a także interwencje mające na celu utratę masy ciała, w przypadku pacjentów z nadwagą lub otyłością. Ponadto nie należy zapominać o konieczności włączenia pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących planu terapeutycznego. Odpowiednie ćwiczenia fizyczne (miejscowo wzmacniające mięśnie oraz poprawiające ogólną sprawność aerobową) powinny być zalecane wszystkim pacjentom z diagnozą choroby zwyrodnieniowej stawów niezależnie od wieku, nasilenia bólu oraz obecnej niepełnosprawności. Ponadto, w celu uśmierzania bólu, zaleca się stosowanie przezskórnej stymulacji nerwów (TENS). Osobom z chorobą zwyrodnieniową kończyn dolnych należy zapewnić poradnictwo w zakresie stosowania odpowiedniego obuwia.

W przypadku pacjentów z bólem w dolnej partii pleców ACP (2007)⁸² zaleca, obok terapii farmakologicznej, podejmowanie działań nefarmakologicznych, w tym m.in. intensywną interdyscyplinarną rehabilitację, terapię ruchową, akupunkturę, masaże, jogę,

⁸¹ Osteoarthritis. Care and management in adults. NICE Clinical guideline... op.cit.

⁸² Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain... op.cit.

terapię zajęciową (poznawczo-behawioralną), a także relaksację. APS (2009)⁸³ dodatkowo zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom z ostrymi bólami pleców pełnej informacji na temat powrotu do zdrowia, ewentualnych nawrotów choroby, bezpiecznej i uzasadnionej modyfikacji codziennej aktywności, a także najbardziej efektywnych sposobów ograniczania ryzyka nawracających problemów z kręgosłupem. Europejskie wytyczne COST (2006)⁸⁴ zalecają krótkie interwencje edukacyjne, zachęcające do powrotu do normalnej aktywności w celu ograniczenia absencji chorobowej i niepełnosprawności związanej z przewlekłym bólem krzyża. Ponadto wytyczne te wskazują na konieczność zapewnienia pacjentom pełnej informacji o jednostce chorobowej oraz podejmowania kompleksowych programów rehabilitacji w odniesieniu do pacjentów przebywających na zwolnieniach lekarskich ponad 4-8 tygodni, a także tych, u których postępowanie monodyscyplinarne (farmakoterapia) nie przyniosło oczekiwanych efektów.

Pacjentom cierpiącym z powodu przewlekłego bólu pleców zaleca się, zgodnie z rekomendacjami SIGN (2013)⁸⁵, krótkie interwencje edukacyjne, mogące ograniczać ryzyko absencji chorobowej oraz niepełnosprawności. W grupie tej, poza farmakoterapią, należy rozważyć dodatkowo stosowanie progresywnej relaksacji mięśni, metody EMG Biofeedback, a także kognitywnej terapii behawioralnej. Ponadto eksperci, w przypadku przewlekłego bólu dolnej partii pleców oraz szyi, zalecają stosowanie terapii manualnej. Wszystkich pacjentów z omawianą dolegliwością należy zachęcać do wykonywania ćwiczeń fizycznych, przy czym powinny być one nadzorowane przez specjalistę, dopasowane do potrzeb grupy, a także stanowić kombinację ćwiczeń wykonywanych w grupie oraz w warunkach domowych. SIGN zaleca także w postępowaniu terapeutycznym wzięcie pod uwagę przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów (TENS) o niskiej lub wysokiej częstotliwości oraz laseroterapii niskoenergetycznej. W wybranych przypadkach przewlekłego bólu grzbietu lub choroby zwyrodnieniowej, w celu krótkotrwałego złagodzenia bólu, można rozważyć zastosowanie akupunktury. Ponadto, warto podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi SIGN, w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu z wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

3.5. Spójność merytoryczna i organizacyjna

⁸³ Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain... op.cit.

⁸⁴ Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of... op.cit.

⁸⁵ Management of chronic pain, SIGN 136... op.cit.

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 odpowiedzialni 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 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) oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta, 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, posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego,
 - fizjoterapeutów, posiadających tytuł magistra fizjoterapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych 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)⁸⁶.

Ponadto realizator zapewni, że zajęcia z zakresu:

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

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- 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 dietetyka, posiadającego:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- 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).

⁸⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych... op. cit.

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.

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.

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 z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI,
- 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 28 157 987,00 zł. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów w ramach RPO WSL 2014-2020.

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.

1. Koszty jednostkowe

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

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 460 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): 1236zł

- 1) pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej: 95zł
- 2) pierwsza porada fizjoterapeutyczna: 70zł
- 3) działania edukacyjne: 36zł
 - 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 3 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej: 12 zł (80zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
 - działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji: 15 zł (5zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 100zł/jedno spotkanie dla całej grupy)
- 5) indywidualny plan rehabilitacyjny - 815zł (iloczyn 815pkt. 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: 10zł⁸⁷
 - 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 dietetyczna: 80zł
 - indywidualna konsultacja psychologiczna: 95zł
- 6) wizyta lekarska kontrolna u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej bezpośrednio po ukończeniu planu rehabilitacji: 75zł
- 7) druga porada 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.

Przykładowe koszty jednostkowe programu przedstawiono w tabeli 7.

Tab. 7. 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	1236,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w programie kompleksowej rehabilitacji ze zwrotem kosztów dojazdu	1351,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w cyklu zajęć edukacji zdrowotnej w ramach programu kompleksowej rehabilitacji (3 spotkania)	9,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w cyklu zajęć edukacji żywieniowej w ramach programu kompleksowej rehabilitacji (3 spotkania)	12,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w cyklu zajęć psychoedukacji w ramach programu kompleksowej rehabilitacji (3 spotkania)	15,00
Pierwsza wizyta lekarska w ramach programu kompleksowej rehabilitacji	95,00
Porada fizjoterapeutyczna	70,00

⁸⁷ Średnia z cen zabiegów fizykoterapii na podstawie rozeznania rynku

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. 8. Koszty bezpośrednie programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej				230 000,00
Szkolenie dla lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, neurologii oraz fizjoterapeutów.	460	osoba	500	230 000,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu				25 159 100,00
Pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Programie (1)	22 220	osoba	95	2 110 900,00
Pierwsza porada fizjoterapeutyczna (2)	20 200	osoba	70	1 414 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny (fizjoterapia, terapia zajęciowa, ew. konsultacje indywidualne) (3)	20 200	osoba	815	16 463 000,00
Edukacja zdrowotna (3x45min w grupach max. 20-os.) (4)	20 200	osoba	9	181 800,00
Edukacja żywieniowa (3x45min w grupach max. 20-os.) (4)	20 200	osoba	12	242 400,00
Psychoedukacja (3x45min w grupach max. 20-os.) (4)	20 200	osoba	15	303 000,00
Wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych (5)	20 200	osoba	75	1 515 000,00
Druga porada fizjoterapeutyczna (6)	20 200	osoba	70	1 414 000,00
Kontrolna wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia indywidualnego planu rehabilitacji oraz działań edukacyjnych (7)	20 200	osoba	75	1 515 000,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników)	1818	osoba	115	209 070,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				25 598 170,00

Tab. 9. Koszty bezpośrednie programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2019					7 725 405,00
Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	230	50%	osoba	500	115 000,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	6 060	30%	osoba	1236	7 490 160,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	606	30%	osoba	95	57 570,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	545	30%	osoba	115	62 675,00
Rok 2020					7 725 405,00
Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	230	50%	osoba	500	115 000,00

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	6 060	30%	osoba	1236	7 490 160,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	606	30%	osoba	95	57 570,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	545	30%	osoba	115	62 675,00
Rok 2021					7 610 405,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	6 060	30%	osoba	1236	7 490 160,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	606	30%	osoba	95	57 570,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	545	30%	osoba	115	62 675,00
Rok 2022					2 536 955,00
Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu	2 020	10%	osoba	1236	2 496 720,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 10% więcej w relacji do liczby osób rehabilitowanych)	202	10%	osoba	95	19 190,00
Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	183	10%	osoba	115	21 045,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					25 598 170,00

Koszty bezpośrednie programu szacuje się na poziomie 25 598 170,00 zł., co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich⁸⁸ stanowi całkowity koszt realizacji programu w wysokości 28 157 987,00 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 23 934 288,95 zł. (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

⁸⁸ 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. Borzęcki P i wsp. Rehabilitacja chorych z dyskopatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 3, s. 345–348.
4. Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemraj J Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Postępy Hig Med Dosw* (online), 2014; 68, s. 640-652.
5. Chou R., Huffman L.H., Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain Evidence Review.
6. Chou R., Qaseem A., Snow V., Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society, *Ann Intern Med.* 2007;147:478-491.
7. Czaja E, Kózka M, Burda A Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *PNN* 2012, Tom 1, Numer 3, s. 92-96.
8. Ettinger, W. H., Fried, L. P., Harris, T., Shemanski, L., Schulz, R., Robbins, J. and Group, C. C. R. (1994), Self-Reported Causes of Physical Disability in Older People: The Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42: 1035–1044. doi:10.1111/j.1532-5415.1994.tb06206.x
9. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, et al EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online First: 17 April 2013. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
10. Foye P.M., Stitik T.P., Chen B., Nadler S.F.: Osteoarthritis and body weight. *Nutrition Res.*, 2000; 20, s. 899-903.
11. Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła M, Strzemecka J, Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 3, s. 362–369
12. Gelber A.C., Hochberg M.C., Mead L.A., Wang N.Y., Wigley F.M., Klag M.J.: Joint injury in young adults and risk for subsequent knee and hip osteoarthritis. *Ann. Intern. Med.*, 2000; 133:, s.321-328.
13. Informacje Ministerstwa Zdrowia (www.mz.gov.pl) dostęp: 20 grudnia 2017.
14. Informacje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (www.zus.pl)
15. Kiwierski J. (red.) Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo PZWL. Warszawa, 2005
16. Kraemer J. Choroby krążka międzykręgowego. Przypadki kliniczne. Diagnostyka. Leczenie. Profilaktyka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, wyd.1
17. Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
18. Management of chronic pain, SIGN 136, A national clinical guideline, December 2013.
19. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa śląskiego (mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl; dostęp: 28.11.2017r.).
20. Osteoarthritis. Care and management in adults. Clinical guideline CG177 Methods, evidence and recommendations, National Clinical Guideline Centre, February 2014 [nice.org.uk; dostęp: 05.01.2018r.].
21. Papadakis M, Papadokostakis G, Kampanis N, Sapkas G, Papadakis S A, Katonis P. The association of spinal osteoarthritis with lumbar lordosis. *BMC Musculoskeletal Disorders*201011:1 <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-1>.
22. Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].
23. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.
24. Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.
25. Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522 z późn. zm.)
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

31. Sayre EC, Li LC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, et al. (2010) The Effect of Disease Site (Knee, Hip, Hand, Foot, Lower Back or Neck) on Employment Reduction Due to Osteoarthritis. *PLoS ONE* 5(5): e10470. doi:10.1371/journal.pone.0010470.
32. Smolińska B et. al. Nowoczesna rehabilitacja w schorzeniach kręgosłupa odcinka krzyżowo-lędźwiowego ludzi czynnych zawodowo – wybrane metody, jako odpowiedź na wzrastającą absencję w pracy spowodowaną bólami krzyża. *Medycyna Pracy* 2004; 55 (5), s. 439-443.
33. Stevens-Lapsley J.E., Kohrt W.M.: Osteoarthritis in women: effects of estrogen, obesity and physical activity. *Womens Health (Lond. Engl.)*, 2010; 6, s. 601-615.
34. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego - Śląskie 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.
35. Suri P, Miyakoshi A, Hunter DJ, et al. Does lumbar spinal degeneration begin with the anterior structures? A study of the observed epidemiology in a community-based population. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:202. doi:10.1186/1471-2474-12-202.
36. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 35) [Dz.U. 2017 poz. 1938, ze zm.].
37. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. i in., European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, *Eur Spine J* (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191.
38. Vos, Theo et al Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 *The Lancet*, Volume 388 , Issue 10053, 1545 – 1602
39. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)*. 2001 Mar;51(2), s.124-35.
40. WHO Health for All Database
41. Williams C.J., Jimenez S.A.: Heritable diseases of cartilage caused by mutations in collagen genes. *J. Rheumatol. Suppl.*, 1995; 43, s. 28-33.
42. Woolf A.D., Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81(9), s. 646-656.
43. Wróblewska I et.al. Efektywność rehabilitacji w chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa *Family Medicine & Primary Care Review* 2014; 16, 1, s. 35–38.
44. Wrzosek Z, Bolanowski J (red.) *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011
45. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
46. Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką
47. Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018]
48. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].
49. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clinics in geriatric medicine*. 2010;26(3):355-369. doi:10.1016/j.cger.2010.03.001.
50. Zielazny P et.al. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013; 22 (4), s. 251–258.
51. Złotkowska R, Skiba M, Mroczek A et.al. Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1) s. 41-46.
52. 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

Ryc. 1. Współczynnik hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego (na 100 tys. ludności).	11
--	----

Spis tabel

Ryc. 1. Współczynnik hospitalizacji związanych z chorobami układu kostno-mięśniowego (na 100 tys. ludności).	11
Tab. 1. Zapadalność oraz chorobowość dotycząca wybranych chorób przewlekłych układu kostno-mięśniowego w województwie śląskim (wartość współczynnika na 100 tys. ludności, dane dla roku 2014).	13
Tab. 2. Liczba pacjentów z rozpoznaniem chorób przewlekłych układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, korzystających z usług zdrowotnych na rynku publicznym w roku 2016.	14
Tabela 3. Stopień rozpowszechnienia wybranych przewlekłych chorób układu mięśniowo-szkieletowego łącznie w populacji województwa śląskiego w wieku produkcyjnym w podziale na grupy wiekowe w roku 2016.	16
Tab. 4. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.	28
Tab. 5. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.	30
Tab. 6. Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.	38
Tab. 7. Przykładowe koszty jednostkowe w Programie.	49
Tab. 8. Koszty bezpośrednie programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.	50
Tab. 9. Koszty bezpośrednie programu w podziale na poszczególne lata realizacji.	50