

REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY

**Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami**

**pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego**

Program oparty jest na Rekomendacji nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

Podstawa prawna:

art. 48 ust.1 i ust.5 pkt.1b, art. 48 a ust. 11 i art. 48 aa ust. 11 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. 2024 r. poz. 146)

**Szczecin, wrzesień 2024 r.**

Spis treści

[I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej 3](#_Toc27390828)

[I.1. Opis problemu zdrowotnego 3](#_Toc27390829)

[I.2. Dane epidemiologiczne 9](#_Toc27390830)

[I.3. Opis obecnego postępowania 1](#_Toc27390831)6

[I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 18](#_Toc27390832)

[II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji 20](#_Toc27390833)

[II.1. Cel główny 20](#_Toc27390834)

[II.2. Cele szczegółowe 20](#_Toc27390835)

[II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej 20](#_Toc27390836)

[III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu polityki zdrowotnej 2](#_Toc27390837)0

[III.1. Populacja docelowa 20](#_Toc27390838)

[III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z niego 21](#_Toc27390839)

[III.3. Planowane interwencje 23](#_Toc27390840)

[III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej 27](#_Toc27390841)

[III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej 27](#_Toc27390842)

[IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej 28](#_Toc27390843)

[IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów 28](#_Toc27390844)

[IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 31](#_Toc27390845)

[V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej 32](#_Toc27390846)

[V.1. Monitorowanie 33](#_Toc27390847)

[V.2. Ewaluacja 33](#_Toc27390848)

[VI. Budżet programu polityki zdrowotnej 34](#_Toc27390849)

[VI.1. Koszty jednostkowe 34](#_Toc27390850)

[VI.2 Koszty całkowite 38](#_Toc27390851)

[VI.3. Źródła finansowania 38](#_Toc27390852)

[VII. Bibliografia 39](#_Toc27390853)

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

## I.1. Opis problemu zdrowotnego

Bóle kręgosłupa to ogólny termin odnoszący się do bólu odczuwanego po stronie grzbietowej, wzdłuż osi pionowej ciała. Ból może pojawić się w każdym odcinku kręgosłupa, jednak w większości przypadków zlokalizowany jest w odcinku lędźwiowo-krzyżowym (tzw. ból krzyża). Zgodnie z literaturą przedmiotu jest to dolegliwość niezwykle powszechna (doświadcza jej niemal każda osoba dorosła), przez co stała się problemem cywilizacyjnym, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych[[1]](#footnote-1). Szacuje się, że ból krzyża odczuwa przynajmniej raz w życiu ok. 80% ludzi. Może on być objawem odosobnionym, objawem choroby bądź urazu lub częścią zespołu klinicznego[[2]](#footnote-2). Z kolei ból odcinka szyjnego kręgosłupa jest drugim pod względem częstości, zespołem bólowym i dotyczy rocznie nawet 50% populacji[[3]](#footnote-3).

Ból krzyża w większości przypadków nie jest dowodem na istnienie poważnej choroby, ale może być jednym z jej objawów, dlatego nie należy go lekceważyć[[4]](#footnote-4).

Bóle krzyża dzielą się na:

* **Swoiste**, których przyczyną jest znana choroba lub uraz, wśród których wyróżnia się te spowodowane dyskopatią z uciskiem korzenia nerwowego. W tym przypadku, ból jest objawem, dlatego leczy się przede wszystkim jego przyczynę.
* **Nieswoiste (biomechaniczne)**, w których przypadku nie znajduje się żadnych zmian poza zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Bóle nieswoiste mogą pochodzić z elementów kostnych, stawowych i więzadłowych kręgosłupa, z mięśni i nerwów lub mogą mieć   
  podłoże psychogenne. W nieswoistych bólach ustąpienie dolegliwości jest równoznaczne z wyleczeniem. U osób >50. r.ż. obecność zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa uważa się za zjawisko normalne, które nie stanowi wystarczającego uzasadnienia bólu[[5]](#footnote-5).

Podział bólu na ostry i przewlekły jest umowny, a za kryterium różnicowania uważa się czas jego występowania:

* **Ból ostry** - krótkotrwały, intensywny, trwa tak długo jak określony bodziec, do 2-3 miesięcy.
* **Ból przewlekły** - patologiczny, jest objawem, skutkiem choroby, trwa ponad 3 miesiące[[6]](#footnote-6).

Według szacunków, bóle o charakterze przewlekłym dotykają od 5% do 15% populacji. Ze stanów ostrych około 5% przypadków przechodzi w stan przewlekły[[7]](#footnote-7).

W klasyfikacji bólów kręgosłupa (nie tylko w odcinku lędźwiowo-krzyżowym) wyodrębnia się pięć zasadniczych kategorii (wg: J.H. Klippel, P.A. Dieppe, F.F. Ferri):

* **Ból mechaniczny (niespecyficzny)** – stanowi ponad 90% wszystkich przypadków, jest związany z ruchem i aktywnością – nadmierną lub jej brakiem, może pojawiać się po wysiłku lub w związku z niewielkim urazem, ustępuje po odpoczynku (przedłużające się pozostawanie w jednej pozycji może również wywoływać dolegliwości), jest najsilniej odczuwany w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, ale może promieniować do kończyny dolnej po stronie zewnętrznej uda do poziomu kolana. Prawdopodobnie jego główną przyczyną jest wzmożone napięcie mięśni i powięzi. Deformacje, skrzywienia kręgosłupa zmieniają rozkład sił działających na stawy międzykręgowe i mięśnie, których przyczepy znajdują się w obrębie kręgosłupa, co również powoduje przeciążenia, przykurcze i naciągnięcia tych struktur, w efekcie wywołując ból.
* **Ból zapalny** – towarzyszy mu sztywność poranna, za przyczynę jego występowania uważa się stan zapalny (np. zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa).
* **Ból neurogenny** – około 5% przypadków, jest wywoływany uciskiem na korzenie nerwów rdzeniowych lub rdzeń kręgowy, ma charakter „rwący” lub „piekący” i promieniuje do części kończyny zaopatrywanych przez drażnione nerwy, mogą mu towarzyszyć skurcze mięśni i parestezje, a przyczyną bywa najczęściej przepuklina krążka międzykręgowego, niekiedy zwężenie kanału kręgowego, złamanie, infekcja bądź guz nowotworowy.
* **Ból uogólniony, połowiczy lub bardzo nasilony** – może być spowodowany zajęciem trzonów kręgów lub krążków międzykręgowych na skutek infekcji, pierwotnych bądź wtórnych guzów. Rzadziej bywa skutkiem innej poważnej choroby tj. np. tętniaka aorty brzusznej. Charakterystycznym jego objawem jest również miejscowa tkliwość kostna i brak poprawy po odpoczynku.
* **Ból psychogenny** – chory zgłasza nasilenie objawów w stopniu nieproporcjonalnym do

upośledzenia ruchowego. Dolegliwościom bólowym często towarzyszą problemy psychospołeczne bądź objawy depresji[[8]](#footnote-8).

Do klinicznych zespołów dolegliwości bólowych kręgosłupa można zaliczyć:

* **Zespół szyjny górny** (zablokowanie stawów głowowo-szyjnych) – stanowi zablokowanie połączenia stawowego głowy z pierwszym kręgiem szyjnym. Uważany jest za jedną z najczęstszych przyczyn bólów górnej części kręgosłupa szyjnego i okolicy potylicznej głowy. Powodują go przeciążenia przewlekłe np. praca w przodopochyleniu lub tyłozgięciu głowy, długotrwała jazda środkami lokomocji, długotrwałe napięcie mięśniowe i stres. W przypadku zmian zwyrodnieniowych mówimy o zespole Barrego-Lieou, gdy te są nasilone mogą powodować ucisk na tętnice kręgowe, co może skutkować pojawieniem się zawrotów głowy, zaburzeniem widzenia, omdleniem, a także zaburzeniem snu.
* **Zablokowania stawów w segmencie C2-C3** – zablokowanie stawu w tym odcinku bywa przyczyną tzw. kręczu szyi. Jest to nagle występujący bolesny skurcz mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego oraz mięśni pochyłych szyi. Stan ten może być wywołany również wypadnięciem jądra miażdżystego i podrażnieniem korzeni rdzeniowych.
* **Zablokowanie stawów w segmentach od C6 do Th3** – zablokowanie stawów kręgów połączenia szyjno-piersiowego jest szczególnie częstą przyczyną bólów dolnego odcinka szyjnego i górnego piersiowego. Przejście szyjno-piersiowe łączy ruchomy odcinek szyjny z praktycznie nieruchomym odcinkiem piersiowym i jest jednym z najbardziej przeciążonych odcinków kręgosłupa. Przyczyną przeciążeń tego odcinka jest nieprawidłowy tor oddychania.
* **Zespół szyjno-ramienny** – występuje przy uszkodzeniach niższych poziomów kręgosłupa szyjnego. Ból umiejscowiony jest w karku, promieniuje do szyi, potylicy, barku, kończyny górnej i górnej części klatki piersiowej. Najczęstszą przyczynę powstawania dolegliwości stanowią zmiany zwyrodnieniowe krążka międzykręgowego. Podobne niedogodności zdrowotne może również wywoływać ucisk pęczka nerwowo-naczyniowego, przechodzącego przez szczelinę między mięśniami pochyłymi.
* **Ból odcinka piersiowego kręgosłupa** – dolegliwości w odcinku piersiowym występują rzadko i najczęściej są spowodowane przez zmiany na tle chorób układowych. W omawianym odcinku kręgosłupa stosunkowo często występują zablokowania. Przyczyną powstawania dolegliwości bólowych w wieku starszym mogą być złamania trzonów kręgów w osteoporozie, możliwe jest także podrażnienie korzeni nerwowych przez zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające, zapalne oraz urazowe. Z powodu bliskiego sąsiedztwa układu wegetatywnego, ból w tym odcinku kręgosłupa może rzutować na narządy wewnętrzne, ponadto może być przyczyną częstoskurczu napadowego serca.
* **Zablokowanie stawów w segmentach od Th10 do L2** jest związane z ogromnymi obciążeniami

funkcjonalnymi tego połączenia, wynikającymi z faktu, iż odpowiada ono za niemal wszystkie ruchy tułowia.

* **Ból odcinka lędźwiowego i krzyżowego kręgosłupa** – najczęstsza lokalizacja bólu pośród

wszystkich odcinków kręgosłupa. Przyczyną jego powstawania są zazwyczaj zmiany dyskopatyczne, zarówno o charakterze przewlekłym, jak i ostrym, a także zmiany zwyrodnieniowe stawów międzykręgowych i drażnienie znajdujących się tam zakończeń nerwowych.

* **Zablokowanie w stawach krzyżowo-biodrowych** – powoduje szereg dotkliwych dolegliwości bólowych, umiejscowionych w okolicy krzyżowej. Bóle te mogą promieniować do pośladków i kończyn dolnych.
* **Zablokowanie w połączeniach kości guzicznych** – stanowi źródło dotkliwego bólu występującego głównie podczas siedzenia, kiedy wywierany jest nacisk na kość guziczną. Zlokalizowanie bólu przez chorego jest trudne, zaledwie 20% chorych identyfikuje go w obrębie kości ogonowej.
* **Zespół wąskiego kanału kręgowego** – może być wywołany na skutek występowania:

centralnej przepukliny jądra miażdżystego, zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych, zmian wrodzonych, w efekcie czego może dojść do znacznego zwężenia kanału kręgowego i wywołania przewlekłych bólów w okolicy lędźwiowej z okresowymi dolegliwościami o charakterze rwy.

* **Zespół ogona końskiego i stożka rdzeniowego** – najczęstszą z przyczyn ich wywoływania stanowią zmiany w obrębie lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa powstałe na skutek dyskopatii, w tym także powstania [przepukliny](https://ifizjoterapia.pl/word/59/przepuklina) [jądra miażdżystego](https://ifizjoterapia.pl/word/13/j%C4%85dro+mia%C5%BCd%C5%BCyste) na poziomie L4 – S1.

Ucisk na ogon koński skutkuje: niedowładem wiotkim kończyn, bólem o charakterze rwy oraz trudnościami w oddawaniu moczu, zaś ucisk na stożek rdzeniowy: nietrzymaniem moczu i kału oraz zaburzeniami czucia powierzchniowego[[9]](#footnote-9).

Przy różnicowaniu przyczyn kręgosłupowych od pozakręgosłupowych niezbędne jest:

* przeprowadzenie wyczerpującego wywiadu lekarskiego
* przeprowadzenie pełnego badania klinicznego (ortopedyczne i neurologiczne)
* analiza badań dodatkowych:
  + przeglądowe (opcjonalnie czynnościowe) RTG kręgosłupa
  + badania krwi (morfologia, OB, poziom fosfatazy alkalicznej, białko C-reaktywne stężenie glukozy, elektrolitów, kwasu moczowego w surowicy, TSH)
  + badanie moczu
  + badania serologiczne
  + ocena poziomu markerów (np. antygen HLA B27, PSA, niektóre markery nowotworowe)
* badania uzupełniające:
  + USG jamy brzusznej
  + EKG serca
  + USG serca, naczyń kończyn dolnych
  + RTG klatki piersiowej, stawów[[10]](#footnote-10).

Powyższa diagnostyka często poszerzona jest o dodatkowe badania obrazowe takie jak:

* tomografia komputerowa (CT)
* jądrowy rezonans magnetyczny (MRI)
* tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT)
* pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET)[[11]](#footnote-11).

Przyczyny biomechaniczne, związane ze statycznym i dynamicznym przeciążeniem aparatu stawowo-więzadłowego kręgosłupa, odgrywają najistotniejszą rolę w powstawaniu zespołów bólowych. Do najważniejszych mechanicznych czynników ryzyka należą:

* podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie
* poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem)
* częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia
* długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji
* szkodliwe działanie nieprawidłowej postawy w pozycji siedzącej, która związana jest z utrzymaniem zgięcia lędźwiowego i piersiowego odcinka kręgosłupa[[12]](#footnote-12).

Najbardziej rozpowszechnioną dysfunkcją układu mięśniowo-szkieletowego są zespoły bólowe kręgosłupa (ZBK), które stanowią istotny problem współczesnej medycyny. Poprzez częstotliwość ich występowania, stały się problemem cywilizacyjnym. Szacuje się, że współczynnik zachorowalności jest wyższy niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego[[13]](#footnote-13).

Częstość występowania ZBK zwiększa się po 30 r.ż. i osiąga maksimum w wieku 55-64 lat. Zespół występuje z porównywalną częstością u kobiet i mężczyzn, przy czym wraz z wiekiem obserwuje się jego częstsze występowanie u kobiet. ZBK występuje najczęściej u osób wykonujących zawody fizyczne. Ocenia się, że nowe przypadki w skali rocznej stanowią 20-30%[[14]](#footnote-14).

Główną przyczynę powstawania ZBK stanowi czynnik mechaniczny prowadzący do przeciążania kręgosłupa oraz struktur anatomicznie i czynnościowo z nim połączonych. Od 75% do 85% światowej populacji doświadcza w ciągu całego życia, co najmniej jednego epizodu bólu okolicy dolnego odcinka kręgosłupa.   
U ponad połowy z nich, objawy ustępują samoistnie po 1–2 tygodniach, jednak u 80–90% pacjentów całkowity powrót do zdrowia następuje po około 8 tygodniach. W przypadku „wypadnięcia” lub przepukliny krążka międzykręgowego bądź zmian zwyrodnieniowych, ból ustępuje w ciągu 6 tygodni u 69–70% pacjentów, a w czasie 12 tygodni – w 80–90% przypadków. Odsetek przypadków nawrotu jest wysoki i wynosi 80%. Czas trwania pierwszego epizodu stanowi czynnik predykcyjny rozwoju przewlekłego bólu dolnego odcinka kręgosłupa – gdy dolegliwości utrzymują się dłużej niż 14 dni, u pacjenta może rozwinąć się przewlekły ZBK[[15]](#footnote-15).

ZBK odcinka szyjnego obserwuje się rzadziej, niż ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym jednak stanowi on równie istotny problem, biorąc pod uwagę fakt, że aż 71% populacji ogólnej co najmniej raz w życiu doświadcza epizodu bólowego w tej okolicy. Częstość występowania ostrego bólu szyi wynosi 40%,

a wskaźnik występowania nowych przypadków w skali roku – 18%. Postać przewlekła bólu szyi występuje u 9,5% mężczyzn i 13,5% kobiet. Częstość występowania nawrotowego bólu jest wyższa (25% przypadków), a dolegliwości raczej postępują, z nawrotami i zaostrzeniami, a nie ustępują całkowicie. Częstość występowania ZBK szyjnego wzrasta z wiekiem – tendencja ta stabilizuje się po 50. roku życia [[16]](#footnote-16).

Postęp cywilizacyjny, wydłużenie czasu pracy w pozycji siedzącej to czynniki predysponujące do występowania zespołów bólowych kręgosłupa. Częste przeciążenia, nie przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i ergonomii w życiu codziennym oraz w pracy, skutkują bólami kręgosłupa. Dolegliwości bólowe wynikające z nieprawidłowych pozycji siedzących lub podczas wykonywanej pracy w perspektywie czasu mogą wywoływać poważne schorzenia kręgosłupa prowadzące do niezdolności do pracy.

Według badań Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy występowanie problemów zdrowotnych, związanych z układem mięśniowo-szkieletowym deklaruje 25% pracowników [[17]](#footnote-17).

Dane z 5. Europejskiego Przeglądu Warunków Pracy wskazują, że aż 46% pracujących Europejczyków przyjmuje niewygodną lub powodującą ból pozycję ciała przez co najmniej 1/4 czasu pracy, 62% z nich narażonych jest na powtarzalne ruchy dłoni i ramion (przez co najmniej 1/4 czasu pracy), a 35% na przenoszenie lub przesuwanie ciężkich ładunków[[18]](#footnote-18) .

W Polsce choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej według danych ZUS w 2022 roku stanowiły pierwszą, najczęstszą przyczynę absencji chorobowej pracowników z tytułu choroby własnej (16,4%) i powodowały ponad 39,1 mln dni absencji chorobowej [[19]](#footnote-19).

Bóle kręgosłupa spowodowane sposobem wykonywanej pracy stanowią powszechny problem zdrowotny istotnie wpływający na ograniczenie sprawności osób pracujących i w konsekwencji prowadzący często do zaburzeń w wykonywaniu ról zawodowych. Ogromna skala problemu wskazuje na pilną potrzebę podjęcia działań ukierunkowanych na zwiększenie świadomości w zakresie przyczyn powstawania bólów kręgosłupa i ich prewencję. Niewłaściwa pozycja ciała przyjmowana podczas wykonywania codziennych czynności oraz niewłaściwa pozycja ciała przyjmowana w pracy stanowi istotny wpływ na przeciążenia naszych mięśni oraz na zmiany strukturalne kręgosłupa. Wielogodzinna praca w nieergonomicznej, asymetrycznej dla kręgosłupa pozycji z każdym dniem powoduje jego przeciążenie i może prowadzić w efekcie do powstania bólów kręgosłupa.

Niewątpliwie wyróżnić można grupy zawodowe szczególnie narażone na przeciążenia poszczególnych struktur kręgosłupa. Należą do nich, zarówno osoby ciężko pracujące fizycznie, jak i wykonujące zawody biurowe. Przyjmowanie nieprawidłowej pozycji ciała podczas wykonywanej pracy, zdecydowanie przyczynia się do powstawania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Pomimo znajomości zasad ergonomii nie wszyscy potrafią je stosować w czasie wykonywania codziennych czynności [[20]](#footnote-20).

Schorzenia kręgosłupa stanowią jedną z najczęstszych przyczyn czasowego ograniczenia możliwości podjęcia pracy zarobkowej.

Ogromny wpływ na zahamowanie procesu chorobowego mają: aktywny tryb życia, odpowiednia dieta i waga, profilaktyka, utrzymanie zakresów ruchu w stawach oraz leczenie zachowawcze. Przestrzeganie zasad ergonomii w pracy oraz podczas wykonywania codziennych czynności pomaga uniknąć przeciążeń kręgosłupa [[21]](#footnote-21).

W przypadku wystąpienia dolegliwości ze strony kręgosłupa, chory zazwyczaj w pierwszej kolejności zgłasza się do lekarza POZ u którego może uzyskać skierowanie do odbycia wizyty specjalistycznej np. reumatologicznej. W przypadku województwa zachodniopomorskiego dostępność do świadczeń zdrowotnych POZ zapewniona jest w każdym powiecie, jednak zdecydowanie gorzej wygląda sytuacja w dostępie do świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) [[22]](#footnote-22). Z informacji umieszczonych na stronie ZOW NFZ (aktualizacja 21.04.2020 r.) wynika, że zaledwie w 11 powiatach województwa zachodniopomorskiego znajdują się świadczeniodawcy oferujący świadczenia w poradni specjalistycznej reumatologicznej. Dostępność do wspomnianej poradni specjalistycznej reumatologicznej lokuje nasze województwo na przedostatnim 15. miejscu w kraju. Wśród poradni specjalistycznych w których występuje najdłuższy czas oczekiwania dla przypadków pilnych, znalazła się również poradnia reumatologiczna. Wskaźniki dot. liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych, liczby wizyt fizjoterapeutycznych i liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności, plasują województwo na 16 lokacie w kraju (ostatniej). Jednocześnie w województwie zachodniopomorskim występują 4 powiaty, w których nie są zabezpieczone usługi z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej. W ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat i więcej stanowią 42,3 % w województwie (38,0 % Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 roku ma znacząco wzrosnąć liczba osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76 %; Polska 78 % ). Według prognoz do 2028 roku zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań [[23]](#footnote-23).

W związku z powyższym, wychodząc naprzeciw potrzebom społeczeństwa województwa zachodniopomorskiego, prezentowany program ukierunkowany będzie na kluczowy problem zdrowotny, stanowiący jednocześnie problem społeczno-ekonomiczny. Istotą podjętych działań w ramach przedsięwzięcia będzie: edukacja zdrowotna zwiększająca świadomość uczestników nt. przyczyn i skutków powstawania bólów kręgosłupa, edukacja profilaktyczna, edukacja fizjoterapeutyczna umożliwiająca wykonywanie ćwiczeń ruchowych w warunkach domowych, które przyczyniają się do zniwelowania poziomu bólu, zmniejszenie częstotliwości jego pojawiania się lub całkowicie eliminują jego występowanie, a także edukacja zalecająca aktywność dostosowaną do poziomu tolerancji bólu. W programie zasadniczą rolę odegra wyżej wspomniana edukacja i leczenie zachowawcze, w którym priorytet stanowić będą ćwiczenia rehabilitacyjne, kinezyterapia i masaże dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników programu.

**I.2. Dane epidemiologiczne**

Według stanu na 31 grudnia 2022 r., województwo zachodniopomorskie zamieszkiwało   
1 640,6 tys. osób, co stanowiło 4,3% ogółu ludności Polski i lokowało województwo na 11. miejscu   
w kraju, co przedstawia **Tabela nr 1.**

**Tabela nr 1. Liczba ludności w przekroju terytorialnym w 2022 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba ludności w tys. stan na 31.12.2022 r.** | | | | | |
|  | **Rok 2021** | **Rok 2022** | **Średnie  tempo ubytku w %  w 2022 r.** | **Udział % województwa w ludności Polski  w 2021 r.** | **Udział % województwa w ludności Polski w 2022 r.** |
| Dolnośląskie | 2 897,7 | 2 888,0 | -0,33 | 7,6 | 7,6 |
| Kujawsko-Pomorskie | 2 017,7 | 2 006,9 | -0,54 | 5,3 | 5,3 |
| Lubelskie | 2 038,3 | 2 024,6 | -0,67 | 5,3 | 5,3 |
| Lubuskie | 985,5 | 980,0 | -0,56 | 2,5 | 2,5 |
| Łódzkie | 2 394,9 | 2 378,5 | -0,69 | 6,3 | 6,2 |
| Małopolskie | 3 430,4 | 3 429,0 | -0,04 | 9,0 | 9,0 |
| Mazowieckie | 5 512,8 | 5 510,6 | -0,04 | 14,5 | 14,5 |
| Opolskie | 948,6 | 942,4 | -0,65 | 2,5 | 2,4 |
| Podkarpackie | 2 085,9 | 2 079,1 | -0,33 | 5,5 | 5,5 |
| Podlaskie | 1 148,7 | 1 143,4 | -0,47 | 3,0 | 3,0 |
| Pomorskie | 2 358,7 | 2 358,3 | -0,02 | 6,2 | 6,2 |
| Śląskie | 4 375,9 | 4 346,7 | -0,67 | 11,5 | 11,5 |
| Świętokrzyskie | 1 187,7 | 1 178,2 | -0,80 | 3,1 | 3,1 |
| Warmińsko-Mazurskie | 1 374,7 | 1 366,4 | -0,60 | 3,6 | 3,6 |
| Wielkopolskie | 3 500,0 | 3 493,6 | -0,18 | 9,2 | 9,2 |
| Zachodniopomorskie | 1 650,0 | 1 640,6 | -0,57 | 4,3 | 4,3 |
| **POLSKA** | **37 907,5** | **37 766,3** |  |  |  |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: informacji statystycznej GUS zawartej w dokumencie pn. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia. Warszawa 2023 (s.15)

Odnosząc się do województwa zachodniopomorskiego, na przestrzeni ostatnich lat również obserwuje się tendencję spadkową liczby ludności. Tempo poziomu spadku ludności lokuje województwo zachodniopomorskie na 7. miejscu w Polsce. W 2022 roku w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w województwie spadek o 9,4 tys. osób, co stanowiło spadek o 0,6 %.

W dalszym ciągu utrzymuje się przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń, czego efektem jest ujemny przyrost naturalny (czyli brak zastępowalności pokoleń), który w 2022 r. ukształtował się na poziomie minus 8,8 tys. osób (wobec minus 10,4 tys. przed rokiem). Udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności województwa zachodniopomorskiego wyniósł 17,3% (wobec 17,4% w 2021 r.). W skali roku o 0,3 p. proc. zmniejszył się udział osób w wieku produkcyjnym do 58,5%, a o 0,4 p. proc. wzrósł udział osób w wieku poprodukcyjnym do 24,2%. Liczba ludności województwa w wieku 65 lat i więcej wyniosła 338,3 tys. i w stosunku do 2021 r. zwiększyła się o 3,0% [[24]](#footnote-24), co świadczy o społeczeństwie starzejącym się.

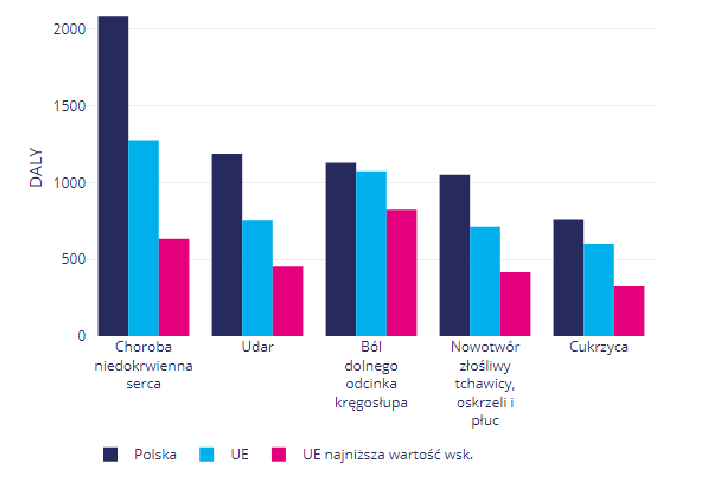
Bóle kręgosłupa wraz z rozwojem cywilizacji stały się powszechnym problemem, związanym ściśle ze stylem życia, wykonywaną pracą i brakiem znajomości ergonomii wysiłku. Wzrost intensywności i tempa życia, stres, ograniczenie czasu na aktywność fizyczną, odpoczynek i regenerację, istotnie wpływają na samopoczucie, a w efekcie na nasze zdrowie fizyczne. Zapadalność rejestrowana na choroby kręgosłupa w Polsce w roku 2016 wyniosła 542,2 tys. przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wynosił 1 410,9[[25]](#footnote-25).

W 2019 r. w Polsce istotny udział w sumarycznej liczbie utraconych lat życia w zdrowiu miały problemy zdrowotne zaliczane do grupy urazów oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego, które rozpatrywane oddzielnie odpowiadały za 10% oraz 6% łącznej wartości wskaźnika DALY[[26]](#footnote-26).

Z danych zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych (MPZ) na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. wynika, że w 2019 r. wśród pięciu najdotkliwszych problemów zdrowotnych, które odznaczyły się najwyższymi wartościami wskaźnika DAILY tj. choroby niedokrwienne serca, udary, nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuca, oraz cukrzyca znalazły się również **bóle dolnego odcinka kręgosłupa[[27]](#footnote-27).**

W 2019 r. na 3. miejscu, wyżej w porównaniu do wskaźników UE, plasowały się bóle dolnego odcinka kręgosłupa, co przedstawia **poniży Wykres nr 1**[[28]](#footnote-28).

**Wykres nr 1. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla pięciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla UE w 2019 r.**



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026, (s. 53)

W Polsce choroby układu mięśniowo-szkieletowego zajęły czwarte miejsce wśród najistotniejszych grup problemów zdrowotnych pod względem liczby utraconych lat życia – wartość DALY dla tej grupy wyniosła 6,8% łącznej wartości wskaźnika. Na taki wynik nie wpłynęła jednak liczba utraconych lat życia (YLL), lecz liczba lat życia przeżytych w niesprawności (YLD). W 2019 r. wartość YLD dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego była największa spośród wszystkich grup problemów zdrowotnych. Z kolei wśród schorzeń uwzględnianych w chorobach układu mięśniowo-szkieletowego najwięcej utraconych lat życia w zdrowiu dotyczyło bólu dolnego odcinka kręgosłupa, na występowanie którego znaczny wpływ ma siedzący tryb życia oraz niedobór aktywności fizycznej. Do 2028 r. dla grupy chorób układu mięśniowo-szkieletowego szacuje się wzrost wskaźnika chorobowości o 8,2% oraz zapadalności o 5,1% w porównaniu z 2019 r. Oznacza to, że występowanie chorób z tej grupy będzie dotyczyło coraz większej części społeczeństwa[[29]](#footnote-29).

Dane dotyczące Polski wskazują, że wśród pracowników z problemami zdrowotnymi związanymi z pracą, aż 70% wymienia dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, jako swój najpoważniejszy problem zdrowotny[[30]](#footnote-30).

Prognozy w MPZ wskazują, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego cechować się będą znaczącym wzrostem chorobowości, zarówno w Polsce, jak i w krajach UE. Dokument wskazuje spodziewany wzrost w Polsce wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. na choroby narządów zmysłów, cukrzycy i chorób nerek oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego. W przypadku ostatnich prognozuje się wzrost o 8,25% (1 878,05 na 100 tyś. ludności w 2028 r.) w porównaniu do 2019 r.[[31]](#footnote-31)

Z informacji sygnalnych z 31.03.2021 r. przedstawionych przez GUS wynika, że w 2019 r. w Polsce najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotykającymi ponad ¼ osób dorosłych (w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. W **Tabeli nr 2** przedstawiono pięć najczęstszych schorzeń o charakterze przewlekłym, występujących w Polsce w 2019 r. z czego 3 dotyczą bólów kręgosłupa.

**Tabela nr 2. Najczęstsze schorzenia o charakterze przewlekłym występujące w Polsce w 2019 r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Najczęstsze schorzenia o charakterze przewlekłym,  występujące w Polsce w 2019 r.** | **Zachorowalność w %   w Polsce w 2019 r.** |
| Wysokie ciśnienie krwi | 26,5 |
| Bóle dolnej partii pleców | 25,8 |
| Bóle szyi | 16,1 |
| Bóle środkowej partii pleców | 15,7 |
| Choroba zwyrodnieniowa stawów | 15,5 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS uzyskanych z informacji sygnalnej z dnia 31.03.2021 r. pn. „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.” (s.2)

Bóle szyi oraz bóle środkowej i dolnej partii pleców dotyczą ponad 47% Polaków oraz blisko 70% Polek.

**Tabela nr 3. Najczęstsze bóle kręgosłupa o charakterze przewlekłym występujące w Polsce w 2019 r.   
z podziałem na płeć.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odcinki kręgosłupa** | **Mężczyźni w %** | **Kobiety w %** |
| Bóle dolnej partii pleców | 22,8 | 28,6 |
| Bóle szyi | 11,5 | 20,2 |
| Bóle środkowej partii pleców | 13,0 | 18,1 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS uzyskanych z informacji sygnalnej z dnia 31.03.2021 r. pn. „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.” (s.5)

Wyniki przeprowadzonego w 2019 r. Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), wykazują że występowanie chorób i dolegliwości przewlekłych z reguły wzrasta wraz z wiekiem. W grupie osób w wieku 30-49 lat dominowały, a w grupie 45-59 należały do dwóch najczęstszych schorzeń, problemy z kręgosłupem zwłaszcza dolnego odcinka, na co skarżyło się 13,6% osób w wieku 30-39 lat, 24% w wieku 40-49 lat i 35,6% w wieku 50-59 lat. Wraz z wiekiem pogłębiały się problemy z kręgosłupem[[32]](#footnote-32).

Z danych zamieszczonych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych map potrzeb zdrowotnych wynika, że w 2019 r. w województwie zachodniopomorskim w populacji kobiet i mężczyzn wszystkich grup wiekowych wartość DAILY dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa na 100 tys. ludności wynosiła 1 518,4 i plasowała województwo na wysokim 4. miejscu w kraju. Zapadalność rejestrowana na choroby bólu dolnego odcinka kręgosłupa w województwie zachodniopomorskim wynosiła: 83 026,85 (1999 r.); 88 706,74 (2009); 93 691,30 (2019). Chorobowość dla bólu dolnego odcinka kręgosłupa w latach: 1999, 2009, 2019 również wzrastała i przy przyjętej populacji dla wszystkich lat na poziomie 1,7 mln wynosiła odpowiednio: 201 277,6; 216 153,2; 229 518,3[[33]](#footnote-33).

Województwo zachodniopomorskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, zajmując 1. miejsce w kraju pod względem liczby hospitalizacji z ich powodu (ok. 1 700/100 tys. mieszkańców)[[34]](#footnote-34). Z informacji otrzymanych z Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie wynika, że w latach 2020-2022 liczba osób hospitalizowanych w województwie z powodu schorzeń kręgosłupa wzrosła z poziomu 1814 do 2 609, chorób grzbietu z poziomu 3 770 do 5 654. Wzrost przedstawia poniższa **Tabela nr 4.**

**Tabela nr 4. Liczba osób hospitalizowanych w województwie zachodniopomorskim z powodu schorzeń kręgosłupa.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie  dla rozpoznań** | **2020 rok** | **2021 rok** | **2022 rok** |
| **ICD10 (M40 - M54)** choroby grzbietu | 3 770 | 4 303 | 5 654 |
| **ICD10 (M45 - M49)** choroby kręgosłupa | 1 814 | 1 923 | 2 609 |

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie.

W 2022 r. w województwie zachodniopomorskim w poradniach lecznictwa podstawowego choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej stanowiły 47,2% ogółu stwierdzonych schorzeń i blisko 28% stwierdzonych schorzeń po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym[[35]](#footnote-35).

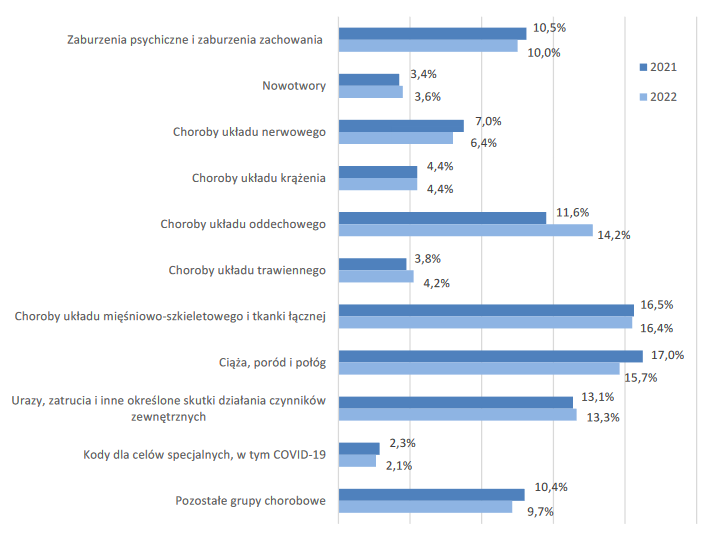
Z otrzymanych danych z Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie wynika, iż w latach 2020-2022 w województwie zachodniopomorskim wystąpił ogólny wzrost porad wykonanych w poradniach rehabilitacyjnych. Wzrost ten zanotowano również wśród porad pierwszorazowych dla schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, udzielanych w zakładach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z pominięciem poradni rehabilitacyjnej: 11 467 (2020 r.); 18 887 (2021 r.); 19 451 (2022 r.). To samo źródło podaje, że liczba porad pierwszorazowych wykonanych w poradniach rehabilitacyjnych w powyższym okresie czasu, również dynamicznie wzrasta i wynosiła odpowiednio: 14 445 (2020 r.); 18 803 (2021 r.), 19 435 (2022 r.). Z treści dokumentu Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026 wynika fakt, iż wskaźniki: liczby pacjentów rehabilitowanych w warunkach ambulatoryjnych, liczby wizyt fizjoterapeutycznych i liczby zabiegów fizjoterapeutycznych na 100 tys. ludności plasują województwo na 16. miejscu w kraju, w związku z powyższym konieczna jest interwencja w tym zakresie, co rekomenduje Wojewódzki Plan Transformacji.

Koszt rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ w województwie zachodniopomorskim w latach 2020-2022 rósł i razem z funduszem medycznym wynosił odpowiednio: 107 584 213,52 zł (2020 r.); 115 127 612,67 zł (2021 r.); 177 319 772,39 zł (2022 r.).

Absencja chorobowa z powodu omawianego problemu stanowi duże wyzwanie ekonomiczne wśród osób w całym kraju. Według badań Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, występowanie problemów zdrowotnych związanych z układem mięśniowo-szkieletowym deklaruje 25% pracowników[[36]](#footnote-36). Wyniki ostatniej edycji europejskiego badania warunków pracy (EWCS) potwierdzają powyższą informację, wskazując jednocześnie na fakt, że na bóle mięśniowo-szkieletowe, uskarża się trzech na pięciu pracowników w Unii Europejskiej.

Z opublikowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych *Raportu o absencji chorobowej w 2022 r.* wynika, że najczęstszą przyczyną absencji chorobowej własnej w Polsce w 2022 roku w kontekście liczby dni absencji w pracy były choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 16,4% wszystkich nieobecności (39,1 mln dni absencji chorobowej). Strukturę absencji przedstawia poniższy **Wykres nr 2**[[37]](#footnote-37).

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

Źródło: Raport o absencji chorobowej w 2022 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, (s.8)

Wydatki w Polsce związane z absencją chorobową w skali 2022 r. były na poziomie 25,5 mld zł (w 2021 r. było to 24,5 mld zł, a w 2020 r. – 22,9 mld zł)[[38]](#footnote-38). Udział % chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w ogólnej liczbie zachorowań z tytułu choroby własnej osoby ubezpieczonej w ZUS wynosił 17,65%, plasując województwo zachodniopomorskie na 4. miejscu w kraju, co przedstawia poniższa **Tabela nr 5**[[39]](#footnote-39).

**Tabela nr 5. Absencja chorobowa z tytułu chorób osoby ubezpieczonej w ZUS w podziale na województwa w 2022 roku.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Zachorowania ogółem** | **W tym: choroby  układu mięśniowo-szkieletowego  i tkanki łącznej** | **Udział chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w ogólnej liczbie zachorowań w (%)** |
| Dolnośląskie | 18 124,5 | 2 926,1 | 16,14 |
| Kujawsko-Pomorskie | 12 716,6 | 2 150,0 | 16,90 |
| Lubelskie | 11 055,5 | 1 623,5 | 14,68 |
| Lubuskie | 6 079,7 | 947,0 | 15,58 |
| Łódzkie | 18 273,6 | 3 017,5 | 16,51 |
| Małopolskie | 19 333,1 | 3 427,8 | 17,73 |
| Mazowieckie | 32 372,0 | 4 817,2 | 14,88 |
| Opolskie | 5 617,6 | 984,1 | 17,52 |
| Podkarpackie | 12 283,9 | 2 163,4 | 17,61 |
| Podlaskie | 5 789,2 | 929,3 | 16,05 |
| Pomorskie | 14 496,1 | 2 269,2 | 15,65 |
| Śląskie | 29 841,3 | 5 197,6 | 17,42 |
| Świętokrzyskie | 7 401,8 | 1 332,0 | 18,00 |
| Warmińsko-Mazurskie | 7 977,7 | 1 454,6 | 18,23 |
| Wielkopolskie | 24 879,6 | 3 643,4 | 14,64 |
| Zachodniopomorskie | 9 946,0 | 1 755,9 | 17,65 |
| nieustalone województwo | 2 817,6 | 458,5 | 16,27 |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w tablicach ZUS opracowania pn. „Absencja chorobowa w 2022 roku”.

Z otrzymanych danych z Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Szczecinie wynika, że w 2022 r. na 9,9 mln dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osoby ubezpieczonej, w ramach chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej - choroby grzbietu stanowiły 0,9 mln dni (tj. 9%).

W ramach powyższych chorób, bóle grzbietu plasują się na 3. miejscu u mężczyzn (5,5%) i 4 u kobiet (3,3%), w rankingu 10 jednostek chorobowych generujących największą liczbę zaświadczeń lekarskich wystawionych z tytułu choroby własnej w 2022 r.

Według danych GUS zawartych w badaniu modułowym *Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą* przeprowadzonym w II kwartale 2020 r. wynika, iż spośród 16,3 mln pracujących we wskazanym czasie, 10,7 mln osób wskazało występowanie w miejscu pracy czynników, które mogą mieć niekorzystny wpływ na ich zdrowie fizyczne (wzrost o 7,0 p. proc. w porównaniu z wynikami badania realizowanego w 2013 r.). Jako czynnik niekorzystny, pracujący wskazywali najczęściej męczącą (wymuszoną, niewygodną) pozycję ciała lub pozycję sprawiającą ból (32,4%.). Najwyższy udział czynników niekorzystnych mających wpływ na zdrowie fizyczne pracowników odnotowano w grupie osób wieku 55-59 lat (70,3%). Osoby te najczęściej wskazywały męczącą (wymuszoną, niewygodną) pozycję ciała lub pozycję sprawiająca ból (37,2%). Według tej analizy, w przypadku województwa zachodniopomorskiego blisko 30% osób pracujących zgłaszało męczącą (wymuszoną, niewygodną) pozycję ciała lub pozycję sprawiającą ból jako dolegliwość zdrowotną związaną z wykonywaną pracą, co przedstawia poniższa **Tabela nr 6.**

**Tabela nr 6. Pracujący w II kwartale 2020 r. oraz pracownicy narażeni w miejscu pracy na wybrane czynniki mające wpływ na zdrowie fizyczne w podziale na województwa.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Ogółem** | **Męcząca (wymuszona, niewygodna) pozycja ciała lub pozycja sprawiająca ból** | **% Udział osób pracujących w województwie zgłaszający męczącą (wymuszoną, niewygodną) pozycję ciała lub pozycję sprawiającą ból podczas wykonywania pracy** |
| Dolnośląskie | 1 250 | 418 | 33,4 |
| Kujawsko-Pomorskie | 835 | 224 | 26,8 |
| Lubelskie | 938 | 338 | 36,0 |
| Lubuskie | 421 | 171 | 40,6 |
| Łódzkie | 1 194 | 445 | 37,3 |
| Małopolskie | 1 357 | 405 | 29,8 |
| Mazowieckie | 2 456 | 788 | 32,1 |
| Opolskie | 379 | 102 | 26,9 |
| Podkarpackie | 822 | 227 | 27,6 |
| Podlaskie | 511 | 166 | 32,5 |
| Pomorskie | 1 012 | 334 | 33,0 |
| Śląskie | 1 762 | 576 | 32,7 |
| Świętokrzyskie | 513 | 171 | 33,3 |
| Warmińsko-Mazurskie | 551 | 167 | 30,3 |
| Wielkopolskie | 1 582 | 531 | 33,6 |
| Zachodniopomorskie | 693 | 204 | 29,4 |
| **POLSKA** | **16 276** | **5 267** | **32,3** |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania modułowego GUS pn. „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” przeprowadzonego w II kwartale 2020 r.,Tab.1.2 Pracujący w II kwartale 2020 r. oraz narażeni w miejscu pracy według czynników, które mogą mieć niekorzystny wpływ na zdrowie fizyczne.

Nadmierne i niewłaściwe obciążenie układu ruchu związane z pracą zawodową jest przyczyną wielu urazów i dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. Różne stanowiska pracy i wykonywane na tych stanowiskach czynności pracy powodują różne obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego. Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego ma bezpośredni wpływ na powstawanie różnego typu dolegliwości, przy czym obciążenie to zależy od charakteru wykonywanych czynności pracy. Inne obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego występuje na skutek wykonywania prac w pozycji siedzącej a innego typu w pozycji stojącej. Inne obciążenie powodują prace powtarzalne, a inne prace wymagające stałego utrzymywania pozycji ciała. Oznacza to, iż określony typ czynności pracy sprzyja określonemu typowi obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego i co za tym idzie sprzyja powstawaniu określonego typu dolegliwości[[40]](#footnote-40).

Podsumowując przedstawione informacje należy stwierdzić, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej, zmniejszając produktywność i udział na rynku pracy tysięcy mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Nasilający się negatywny proces demograficzny, tempo życia, niekorzystna tendencja epidemiologiczna związana z bólami kręgosłupa, generują coraz większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne w tym zakresie.

W związku z powyższym, istnieje potrzeba opracowania programu polityki zdrowotnej będącego wsparciem obecnego systemu ochrony zdrowia stanowiącego uzupełnienie do profilaktyki, rozszerzonego o poprzedzoną niezwykle istotną edukację zdrowotną uczestnika programu.

## I.3. Opis obecnego postępowania

Diagnostyka i różnicowanie bólu kręgosłupa stanowi podstawę umożliwiającą wprowadzenie właściwego, kompleksowego leczenia i prewencji rozwoju przewlekłych chorób. Mnogość przyczyn i nasilenia bólu kręgosłupa może towarzyszyć wielu chorobom, stąd istotny jest wyczerpujący wywiad przeprowadzony przez lekarza podczas postępowania diagnostycznego pacjentów zgłaszających się z tego typu dolegliwościami. Nieodzownym elementem diagnostyki bólu kręgosłupa jest określenie: czy występujący u pacjenta ból ma związek z patologią kręgosłupa, czy też z rozwojem innych chorób.  
W przypadku jakichkolwiek wątpliwości występujących podczas diagnostyki, należy pacjenta skierować do specjalisty, który zadecyduje o dalszym i właściwym leczeniu[[41]](#footnote-41).

Osoby pracujące odczuwające dyskomfort związany z bólem kręgosłupa, często na skutek wykonywanej pracy, aktualnie mają możliwość skorzystania z przedstawionych poniżej refundowanych ze środków publicznych dostępnych świadczeń.

1. Świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

W pierwszej kolejności najczęściej pacjent z bólem kręgosłupa zgłasza się do lekarza POZ, który zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej***, może zlecić wykonanie wybranych świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, a także skierować pacjenta do lekarza specjalisty.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,** umożliwia dostęp m.in. do porad specjalistycznych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Dodatkowo w ramach AOS możliwe jest zlecenie badań diagnostycznych: RTG, TK lub MRI kręgosłupa.

Pacjent po wstępnej diagnostyce w dalszym etapie leczenia zwykle kierowany jest na świadczenia rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków publicznych i udzielane w podmiotach, które zawarły umowy z NFZ na świadczenia z tego zakresu. Zgodnie z **Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,** w Polsce świadczenia te mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub w ramach oddziału dziennego i stacjonarnego, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, umożliwiającego realizację 10 dniowego cyklu terapeutycznego do 5 zabiegów w jednej sesji.

Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom ze schorzeniami kręgosłupa znajdują się również świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego określone w **Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.**Stanowią one element prewencji wtórnej, obejmującej uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne, uzdrowiskową rehabilitację w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne.

1. Świadczenia w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)

Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą zostać udzielone również w ramach prewencji rentowej, prowadzonej przez ZUS. W przypadku schorzeń narządu ruchu ubezpieczony może zostać objęty rehabilitacją prowadzoną w podmiotach w warunkach ambulatoryjnych na terenie Szczecina (2 ośrodki) lub stacjonarnych (3 ośrodki) na terenie województwa zachodniopomorskiego. Rehabilitacja prowadzona jest w ośrodkach, z którymi ZUS zawarł umowę. Standardowy czas jej trwania to 24 dni rozszerzony o szkolenie o tematyce prewencji.

1. Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

Minister Zdrowia realizował program polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Okres realizacji programu 2019-2023”. Projekt miał na celu zwiększenie wczesnego wykrywania oraz prewencję przewlekłych bólów kręgosłupa wśród osób czynnych zawodowo z terenu całego kraju poprzez przeprowadzenie działań edukacyjno-diagnostyczno-terapeutycznych. Na terenie województwa zachodniopomorskiego nie odnotowano placówek realizujących ww. program.

1. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy**.**

Zgodnie z jej zapisami pracownik m.in. chroniony jest przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania. Ustawa tworzy służbę medycyny pracy, która sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi. W zakresie świadczeń związanych z praktyką lekarzy medycyny pracy pracodawca jest zobowiązany do wykonywania profilaktycznych badań lekarskich, zarówno wstępnych, okresowych jak i kontrolnych, przeprowadzanych na swój koszt na podstawie wystawionego skierowania. Ustawa zobowiązuje pracodawcę do zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznej opieki zdrowotnej, daje również lekarzowi przeprowadzającemu badania możliwość poszerzenia diagnostyki, jak również wskazania krótszego terminu następnego badania.

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy.

Najważniejszy akt prawny regulujący obowiązki pracodawców i pracowników. Definiuje zadania spoczywające na pracodawcy związane z zapewnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy określając ogólnie uznawane normy, a także precyzuje indywidualne przeciwskazania związane ze stanem zdrowia lub osobniczymi skłonnościami pracownika.

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie

przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikiem oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.

1. Europejska Dyrektywa Ramowa (89/391/EWG) z dnia 12 czerwca 1989 r. o wprowadzeniu

środków w celu zwiększenia bezpieczeństwa i poprawy zdrowia pracowników podczas pracy. Nakłada na pracodawców obowiązek prawny nakazujący chronić pracowników poprzez ocenę, redukcję i eliminację zagrożeń dla bezpieczeństwa i zdrowia, niezależnie od rodzajów takich zagrożeń. Dyrektywa nakłada również na pracowników ogólny obowiązek stosowania się do środków prewencyjnych określonych przez ich pracodawców.

1. Europejskie Porozumienie Ramowe EU-OSHA 2017; podpisane przez przedstawicieli

pracodawców i pracowników na rzecz przeciwdziałania stresowi i przemocy w pracy.

1. Dyrektywa Rady z dnia 29 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań w dziedzinie

bezpieczeństwa i ochrony zdrowia podczas ręcznego przemieszczania ciężarów w przypadku wystąpienia zagrożenia, zwłaszcza urazów kręgosłupa nr 90/269/EWG.

1. Dyrektywa Rady z dnia 9 maja 1990 r. w sprawie minimalnych wymagań w dziedzinie

bezpieczeństwa i ochrony zdrowia przy pracy z urządzeniami wyposażonymi w monitory ekranowe 90/270/EWG.

## I.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Dolegliwości związane z bólami kręgosłupa w sposób istotny obniżają sprawność psychofizyczną człowieka, ograniczają komfort wykonywanych codziennych czynności życia, wpływają zasadniczo na wykonywaną pracę lub podejmowane zatrudnienie. Bóle kręgosłupa wprawdzie nie przyczyniają się do przedwczesnej umieralności, ale powszechność ich występowania i długi okres utrzymywania się dolegliwości, oddziałuje na jakość życia, a zaniedbane i nieleczone prowadzą do niepełnosprawności. Omawiany problem zdrowotny w dużym stopniu dotyka osób aktywnych zawodowo. Niezależnie od charakteru wykonywanej pracy (siedząca/fizyczna/umysłowa), realizacja jej przez dłuższy okres w niewłaściwej pozycji może przyczynić się do powstawania bólów kręgosłupa. Czynnikami zwiększającymi ryzyko pojawienia się bólu kręgosłupa są również: palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, czy przyjmowanie niewygodnych pozycji[[42]](#footnote-42). W związku z powyższym istnieje konieczność zwiększania świadomości społecznej nt. przyczyn powstawania bólu kręgosłupa i prowadzenia edukacji zdrowotnej oraz dodatkowych działań rehabilitacyjnych stanowiących wsparcie dla samodzielnych działań na rzecz pozytywnych zmian zachowań zdrowotnych i warunków życia wpływających na poprawę naszego samopoczucia.

Świadczenia gwarantowane w pełni nie zabezpieczają potrzeb mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Mimo dostępności lekarzy POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) w wielu miejscach naszego województwa jest ograniczona i okres oczekiwania na wizytę u specjalisty wydłuża w czasie szybką diagnostykę, a wczesna rehabilitacja chorego, która skraca okres leczenia i zapobiega powstawaniu lub utrwalaniu kalectwa, nie jest możliwa na skutek kilkumiesięcznych kolejek oczekiwania.

Wdrożenie programu w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego**,** jest odpowiedzią na niewystarczającą dostępność do świadczeń gwarantowanych w tym zakresie.

Proponowany program przewiduje usługi zdrowotne wymienione w katalogu świadczeń gwarantowanych jako podstawowe, niezbędne do jego realizacji. Jednocześnie zaproponowane w programie interwencje zostały wsparte o działania edukacyjne z zakresu profilaktyki i ergonomii w życiu codzienny i pracy, a także o promocję aktywności fizycznej, co stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. W związku z powyższym może być uznany za wykraczający poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujący świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program jest zgodny z celami, priorytetami, wytycznymi i rekomendacjami dokumentów strategicznych w zakresie ochrony zdrowia:

* **Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027,   
  z perspektywą do 2030 r. tj.:**

Cele określone w obszarze Pacjent:

* + Cel 1.1. (Dostępność) Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.
  + Cel 1.4. (Zdrowie publiczne) Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.

Powyższe cele będą realizowane poprzez kierunki interwencji z udziałem odpowiednich narzędzi:

* Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw zdrowotnych.
  + Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych.
  + Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących.
  + Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia.
* **Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. (MPZ)**

**Załącznik 16.** **Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej. Rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego – 8.6 Zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej.** Rehabilitacja ambulatoryjna najsłabiej rozwinięta w województwie zachodniopomorskim w skali kraju. Dokument wskazuje spodziewany wzrost w Polsce wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. na m.in. choroby układu mięśniowo-szkieletowego. W tym przypadku prognozuje się wzrost o 8,25% (1 878,05 na 100 tys. ludności w 2028 r.) w porównaniu do 2019 r. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne zapotrzebowanie na rehabilitację realizowaną w warunkach ambulatoryjnych będzie rosnąć.

* **Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026** uznaje za priorytet dążenie do poprawy dostępności świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Plan rekomenduje wszelkie działania wspierające dostępność do opieki rehabilitacyjnej na poziomie regionów.
* **Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026**

Działania w obszarze 2.3 (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) i obszarze 2.6 (rehabilitacja medyczna). Dokument rekomenduje w obszarze rehabilitacji medycznej zabezpieczenie dostępności do usług dla pacjentów ze wszystkich powiatów województwa w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

* **Rekomendacja nr 4/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.** w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzenie w ramach programu polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych nakierunkowanych na profilaktykę pierwotną w populacji narażonej na pojawienie się bólu kręgosłupa, działań szkoleniowych dotyczących bólów kręgosłupa w zakładach pracy, wizyt diagnostyczno-terapeutycznych oraz opartych przede wszystkim na kinezyterapii działań rehabilitacyjnych dla osób z bólem kręgosłupa trwającym nieprzerwanie powyżej trzech miesięcy, a także prowadzenie szkoleń dotyczących przewlekłych bólów kręgosłupa dla personelu medycznego.
* **Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025**
* Cel operacyjny: 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, Zadanie 2: Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących.
* Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne, Zadanie 10: Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy.

Program oparto na ww. rekomendacji w związku ze zidentyfikowanym problemem zdrowotnym jaki stanowią choroby układu mięśniowo-szkieletowego wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

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

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

## II.1. Cel główny

Głównym celem programu jest zwiększenie poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne u co najmniej 70% oraz poprawa sprawności u co najmniej 60% uczestników programu w okresie 3 lat.

## II.2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie wzrostu poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie profilaktyki bólów kręgosłupa u co najmniej 70% pacjentów objętych programem w okresie 3 lat.
2. Uzyskanie wzrostu poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie profilaktyki bólów kręgosłupa u co najmniej 70% personelu medycznego objętego programem w okresie 3 lat.
3. Poprawa stanu sprawności funkcjonalnej i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u co najmniej 60% pacjentów programu po zastosowaniu działań edukacyjno-rehabilitacyjnych w okresie 3 lat.

## II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
2. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
3. Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
4. Odsetek osób, u których doszło do poprawy sprawności funkcjonalnej po zakończeniu działań rehabilitacyjnych (ocena wstępna i końcowa za pomocą np. testu marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej).
5. Odsetek osób, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólów (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS).

# III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu polityki zdrowotnej

## III.1. Populacja docelowa

Wynik Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)\* przeprowadzonego w IV kwartale 2022 r. wskazał, że wśród ludności województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej tj. 15-89 lat, było 737 tys. osób i 567 tys. biernych zawodowo. Z opublikowanych danych wynika, że udział osób aktywnych zawodowo w populacji ludności województwa zachodniopomorskiego w wieku   
15-89 lat w IV kwartale 2022 r. w skali roku wyniósł 56,5%**[[43]](#footnote-43).** Kształt piramidy wieku mieszkańców wskazuje na znaczny udział osób starszych. Odsetek ludności w wieku 65 lat wzwyż przewyższa odsetek osób poniżej 14 roku życia. Według danych GUS w kolejnych latach dysproporcje te będą się powiększać. W 2050 r. dominanta wieku wyniesie aż 67 lat[[44]](#footnote-44).

Absencja rejestrowana na choroby kręgosłupa w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców oraz chorobowość rejestrowana na dzień 31 grudnia 2022 r. wg miejsca zamieszkania pacjenta (bezwzględne wartości w tys. pacjentów i wskaźnik na 100 tys. ludności) plasują województwo zachodniopomorskie na 4. miejscu w kraju (co przedstawia **Tabela nr 5 str. 14**). Województwo zachodniopomorskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Liczba osób hospitalizowanych w województwie z powodu schorzeń kręgosłupa wzrasta (co zostało przedstawione w **Tabeli nr 4 str. 12**)**.** W ramach rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych pacjenci z przedziału wiekowego 65 lat i więcej stanowią 42,3 % w województwie (38,0 % Polska). Jest to przedział wiekowy, w którym według prognoz do 2060 roku ma znacząco wzrosnąć liczba tychże osób. Najczęściej występujące zachorowania u pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (województwo 76 %; Polska 78 % ). Według prognoz do 2028 roku, zarówno w województwie, jak i w Polsce wzrośnie zapadalność i chorobowość w tej grupie zachorowań. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne i epidemiologiczne pożądane byłoby zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w trybie rehabilitacji ambulatoryjnej[[45]](#footnote-45).

Nawiązując do powyższego, program adresowany jest do aktywnych zawodowo mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, którzy deklarują występowanie bólu kręgosłupa od co najmniej 3 miesięcy. Zgodnie z literaturą przedmiotu częstość występowania zespołów bólowych kręgosłupa zwiększa się po 30 r.ż., stąd decyzja o wskazaniu tego wieku jako dolnej granicy dla udziału w programie.

W okresie 3 lat planuje się objąć przeprowadzeniem wstępnej kwalifikacji wśród 1 800 osób, z czego   
1 500 osób zostanie włączonych do pełnego udziału w programie.

W ramach programu, planuje się również realizację szkoleń dla 90 osób, stanowiących personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np. lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.

## III.2. Kryteria kwalifikacji udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z niego

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia. Uczestnicy programu rozpoczynający w nim udział będą informowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji oraz warunkach uczestnictwa i rezygnacji.

Szczegółowe zestawienie w/w kryteriów włączenia i wyłączenia prezentuje poniższa **Tabela nr 7**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etapy programu | Kryteria włączenia | Kryteria wyłączenia |
| Szkolenie personelu medycznego | * personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej | * ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat * wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim |
| Działania informacyjno-edukacyjne | * osoby, u których występuje przewlekły (tj. trwający nieprzerwanie powyżej 3 miesięcy) ból kręgosłupa * i/lub osoby deklarujące obecność czynników zwiększających ryzyko pojawienia się przewlekłego bólu kręgosłupa, tj. palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji * miejsce zamieszkania uczestnika na terenie województwa zachodniopomorskiego * wiek od 30 r.ż. * zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę lub zaświadczenie wydane przez właściwy Urząd Pracy o statusie bezrobotnego w którym znajdzie się deklaracja osoby o gotowości do podjęcia pracy * deklaracja występowania bólu kręgosłupa i/lub obecność występowania czynników zwiększających ryzyko pojawienia się bólu kręgosłupa, tj. palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji * oświadczenie własnoręcznie podpisane przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu | * uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat * brak oświadczenia o miejscu zamieszkania w województwie zachodniopomorskim * wiek poniżej 30 r.ż. * brak zaświadczenia o zatrudnieniu wystawionego przez pracodawcę lub przez właściwy Urząd Pracy o statusie bezrobotnego * brak deklaracji występowania nieprzerwanie od co najmniej 3 miesięcy bólu kręgosłupa i/lub obecności występowania czynników zwiększających ryzyko pojawienia się bólu kręgosłupa tj. nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji * brak oświadczenia własnoręcznie podpisanego przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu |
| Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacyjna | * osoby, które deklarują występowanie bólu kręgosłupa trwającego nieprzerwanie od co najmniej 3 miesięcy, i/lub obecność występowania czynników zwiększających ryzyko pojawienia się bólu kręgosłupa | * pozostawanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa * korzystanie obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w programie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z innych środków publicznych w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie |
| Działania rehabilitacyjne | * otrzymanie *indywidualnej karty pacjenta* na działania edukacyjne i rehabilitacyjne w ramach programu podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej | * pozostanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa * obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego  (tzw. „czerwone flagi”) * obecność przeciwskazań medycznych do rehabilitacji, w tym brak współpracy ze strony uczestnika * korzystanie obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w programie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych z innych środków publicznych w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie |
| Wizyta podsumowująca | * osoby, które zakończyły 20-dniowy cykl rehabilitacyjny | * nie ukończenie 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego |

Uczestnicy będą kwalifikowani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób ustalonego w programie (o przyjęciu będzie decydować kolejność zgłoszeń).

## III.3. Planowane interwencje

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

W programie zostaną przeprowadzone następujące interwencje:

* + 1. **Szkolenie personelu medycznego**

W ramach programu Realizator przeprowadzi z najwyższą jakością i efektywnością szkolenia/warsztaty dla personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, który ma kontakt z jego uczestnikiem. W szczególności będą to osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne oraz lekarze i fizjoterapeuci przeprowadzający wizyty diagnostyczno-terapeutyczne i kwalifikacyjne oraz wizyty podsumowujące. Szkolenia prowadzone przez ekspertów przewidywane są w formie stacjonarnej lub on-line. Podczas 3-letniego okresu trwania programu planuje się realizację co najmniej 3 szkoleń dla 90 osób. Prowadzący szkolenia eksperci zapoznają personel medyczny z rekomendowanymi zalecanymi metodami profilaktyki, diagnostyki, różnicowania oraz leczenia bólów kręgosłupa. Personel uczestniczący w szkoleniu będzie również informowany o dążeniu do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za proces terapii aktualnych dolegliwości oraz prewencji ich nawrotu. Główny nacisk kładzie się na działania fizjoprofilaktyczne m.in. formy szeroko pojętej edukacji, promocję aktywności fizycznej, diagnostykę oraz redukcję czynników ryzyka. Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu będzie wypełnienie pre-testu, celem weryfikacji wiedzy uczestników w omawianym temacie. Każda osoba, która weźmie udział w szkoleniu, będzie zobowiązana do wypełnienia również post-testu sprawdzającego poziom nabytej wiedzy. Ankiety wiedzy opracuje Realizator. Prowadzącymi szkolenie będą eksperci tj.: lekarze i/lub fizjoterapeuci, będący w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

* 1. **Działania informacyjno-promocyjne**

Nieodłącznym elementem programu będzie akcja informacyjno-promocyjna prowadzona przez Realizatora programu. Informacje dotyczące programu oraz możliwości uczestnictwa w nim powinny znajdować się w siedzibie Realizatora, na stronie internetowej Realizatora oraz we wszystkich miejscach, gdzie program będzie realizowany. W ramach działań informacyjno-promocyjnych skierowanych do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego odbędzie się organizacja i realizacja akcji informacyjnych poprzez: strony internetowe, prasę, media lokalne, tablice ogłoszeń. Przewiduje się również opracowanie plakatów, broszur i ulotek informujących o realizacji programu. Ważne jest włączenie do przekazu informacji placówek POZ, AOS oraz jednostek medycyny pracy, które mają bezpośredni kontakt z populacją docelową programu. Informacje o podejmowanych w ramach programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych województwa zachodniopomorskiego.

* 1. **Działania informacyjno-edukacyjne**

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zaplanowane będzie przygotowanie przez Realizatora plakatów, broszur i ulotek z informacją na temat profilaktyki bólów kręgosłupa oraz postępowania w przypadku ich występowania, a także przygotowanie i prowadzenie strony/platformy internetowej. Na stronie/platformie zamieszczone będą opracowane przez Realizatora plakaty, ulotki, broszury oraz filmiki z udziałem specjalistów edukujących nt. profilaktyki bólów kręgosłupa, jak również filmiki z instruktażem zalecanych serii ćwiczeń umożliwiających samodzielne ich wykonywanie w domu. Materiały zamieszczone na platformie będą dostępne dla wszystkich mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Każdy pacjent zakwalifikowany do programu odbędzie konsultację fizjoterapeuty lub lekarza w ramach której przeprowadzona zostanie indywidualna edukacja prozdrowotna oraz rozpisany 20-dniowy cykl rehabilitacyjny. Wszyscy zakwalifikowani do programu uczestnicy odbędą edukację grupową w ramach zajęć edukacyjno-rehabilitacyjnych. Edukacja podzielona zostanie na 2 panele: edukacja prozdrowotna i instruktaż samodzielnego wykonywania ćwiczeń. Zajęcia prowadzone będą przez: lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego. Panel edukacyjny będzie miał na celu podniesienie wiedzy uczestników nt.:

* głównych czynników zwiększających ryzyko występowania bólów kręgosłupa
* sposobów zapobiegania występowania bólów kręgosłupa oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia
* zasad ergonomii w życiu codziennym oraz podczas wykonywania czynności w pracy
* ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników ryzyka pojawiania się i/lub nawrotów dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz rozwijanie przydatnych strategii ruchowych
* znaczenia prowadzenia zdrowego trybu życia i korzystnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie
* zasad postępowania w przypadku występowania bólów kręgosłupa (np. ograniczenia odpoczywania w łóżku do maksymalnie 2 dni po wystąpieniu epizodu bólu, kontynuowania zwykłej aktywności zgodnie z tolerancją bólu), w tym roli stosowania się do zaleceń lekarza/fizjoterapeuty oraz samozarządzania.

W ramach panelu instruktażowego prowadzonego przez fizjoterapeutę lub lekarza uczestnikom programu zostaną przedstawione zasady i ćwiczenia z rehabilitacji ruchowej. Odpowiednio dobrane, ogólnousprawniające, łatwe do powtórzenia i zaprezentowane przez prowadzącego ćwiczenia będą mogły być wykonywane przez uczestników programu samodzielnie w domu i w pracy. W ramach panelu instruktażowego każdy uczestnik zobowiązany będzie do wykonania ćwiczeń wskazanych przez prowadzącego, celem weryfikacji ich prawidłowego wykonania. Wszyscy uczestnicy szkolenia otrzymają broszury edukacyjne oraz ulotki z opisem ćwiczeń i ich dawkowaniem do samodzielnego wykonywania w domu. Dopuszcza się pozyskanie materiałów edukacyjnych opracowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, jednak należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej. W miarę możliwości materiały informacyjno-edukacyjne zostaną opracowane w oparciu m.in. o „Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa”.

Działania informacyjno-edukacyjne dla uczestników będą realizowane przez cały okres realizacji programu. Każdy panel będzie realizowany nie krócej niż 2 godziny dydaktyczne. Udział w zajęciach edukacyjnych poprzedzi ankieta wiedzy pre-test, opracowana przez Realizatora, badająca poziom wiedzy uczestników.

**4. Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacyjna**

Podstawę do odbycia wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej przeprowadzonej przez fizjoterapeutę lub lekarza stanowi: wiek, oświadczenie uczestnika o zamieszkaniu na terenie województwa zachodniopomorskiego, zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę lub zaświadczenie wydane przez właściwy Urząd Pracy o statusie bezrobotnego, w którym znajdzie się deklaracja uczestnika o gotowości do podjęcia pracy, oświadczenie własnoręcznie podpisane przez uczestnika o dobrowolnym przystąpieniu do programu, deklaracja występowania bólu kręgosłupa nieprzerwanie od co najmniej 3 miesięcy i/lub obecności występowania czynników zwiększających ryzyko pojawienia się przewlekłego bólu kręgosłupa, tj. palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwaga, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji. Podpisane oświadczenia i zaświadczenia stanowić będą dokumentację medyczną pacjenta.

W czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej w ramach której oceniany będzie stan kliniczny pacjenta, w tym wykluczenie osób u których występują symptomy „czerwonej flagi”, ocena intensywności bólu VAS (wizualna skala analogowa, wykonana także przed właściwym zakończeniem udziału w programie) oraz wykonanie testu funkcjonalnego pacjenta (np. test marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej). Zbierany będzie także wywiad chorobowy. W przypadku powstałych wątpliwości, co do kwalifikacji osoby do programu można wykorzystać będzie narzędzie w postaci kwestionariusza STarT Back. Powyższa ocena stanowi podstawę do ustalenia strategii postępowania fizjoterapeutycznego realizowanego w ramach działań rehabilitacyjnych. Kolejno, jeśli jest to uzasadnione, pacjent zostanie skierowany do realizowanych w ramach programu działań rehabilitacyjnych.

Po zakwalifikowaniu pacjenta do programu, otrzyma on **indywidualną kartę pacjenta,** opracowaną przez Realizatora,która uprawnia do udziału kolejno w:

* **indywidualnej konsultacji** fizjoterapeuty lub lekarza. W ramach przedmiotowej konsultacji na podstawie oceny dokonanej podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej oraz w przypadku konieczności przeprowadzenia oceny palpacyjnej umożliwiającej ustalenie mięśni i więzadeł biorących udział w powstawaniu dolegliwości bólowych kręgosłupa określana jest strategia postępowania fizjoterapeutycznego podczas 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego
* **grupowych zajęciach edukacyjno-rehabilitacyjnych** tj. panel edukacyjny prozdrowotny, panel instruktażowy
* **20-dniowym cyklu rehabilitacyjnym**
* **wizycie podsumowującej.**

**5. Działania rehabilitacyjne**

Działania rehabilitacyjne udzielane będą przez fizjoterapeutę i masażystę podczas 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego. Liczba i rodzaj wykonywanych form aktywności, ćwiczeń terapeutycznych i masaży zgodna będzie z zapisami w **indywidualnej karcie pacjenta**. W ramach cyklu wyklucza się stosowanie zabiegów fizykalnych.

Cykl prowadzony będzie w pomieszczeniach do tego dostosowanych, pod kontrolą fizjoterapeuty.

W ramach jednej sesji przewiduje się ćwiczenia lecznicze o łącznym czasie ich wykonywania nie krótszym niż 2 godziny zegarowe. Zajęcia kinezyterapii mogą odbywać się w grupach osób tworzonych według poszczególnych rodzajów zespołów bólowych kręgosłupa odcinka: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego. W ramach cyklu przewiduje się nie mniej niż 20 dni zabiegów   
z kinezyterapii i 4 masaży. Każdy świadczeniobiorca podczas konsultacji u fizjoterapeuty otrzyma materiały edukacyjne (m.in. broszury i ulotki) z opisem ćwiczeń i zalecaną liczbą powtórzeń, które powinien samodzielnie wykonywać w domu.

Realizując cykl rehabilitacyjny planuje się m.in. interwencje normalizujące napięcie mięśniowe, poprawę zakresu ruchu i ogólnej aktywności pacjenta. Celem jest poprawa ogólnej wydolności, równowagi oraz tolerancji w zakresie obciążeń dnia codziennego. W ramach cyklu planuje się interwencje dobrane indywidualnie do możliwości uczestnika m.in.: ćwiczenia rozluźniające napięcie, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wzmacniające partie mięśni, ćwiczenia rozciągające, kinezyterapia czynna oraz masaże.

W celu osiągnięcia trwałości uzyskanego efektu po zakończeniu cyklu pacjent zostanie poinformowany o zalecanym dalszym postępowaniu.

**6. Wizyta podsumowująca**

Po zakończeniu 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego pacjent zgłosi się z **indywidualną kartą pacjenta** na wizytę podsumowującą. Przedmiotowa wizyta będzie realizowana przez fizjoterapeutę lub lekarza. W ramach przedmiotowej wizyty przeprowadzony zostanie ponownie test funkcjonalny pacjenta weryfikujący stan zdrowia uczestnika po odbytym świadczeniu oraz ankieta dot. oceny intensywności bólu VAS. Prowadzący wizytę zaleci uczestnikowi kontynuację zwykłej aktywności zgodnie z jego tolerancją bólu. Uczestnik otrzyma również do wypełnienia *Anonimową ankietę satysfakcji pacjenta*, umożliwiającą dokonanie oceny programu przez uczestnika (zał. nr 1).

## 

## III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie w szczególności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w procedurze konkursowej w ramach Programu Funduszy Europejskich dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 r. *o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027*.

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej, uczestniczyć w działaniach informacyjno-edukacyjnych z zakresu działań profilaktyki przeciwko bólom kręgosłupa oraz z 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego i wizyty podsumowującej.

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

* świadczenia w ramach programu będą udzielane uczestnikom programu bezpłatnie
* udział w programie będzie dobrowolny
* świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa
* świadczenia w ramach programu będą udzielane przez kadrę posiadającą odpowiednie kwalifikacje
* dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych
* uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu
* uczestnicy będą kwalifikowani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób ustalonego przez Realizatora projektu (o przyjęciu będzie decydować kolejność zgłoszeń).

## III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie powinno nastąpić po zrealizowaniu kolejno wszystkich przewidzianych interwencji zgodnie z **indywidualną kartą pacjenta**. Właściwe zakończenie udziału w programie następuje po odbyciu wizyty podsumowującej podczas której wykonany zostanie ponownie test funkcjonalny, weryfikujący stan zdrowia uczestnika po odbytym świadczeniu, ocena intensywności bólu VAS występującego u uczestnika oraz *Anonimowa ankieta satysfakcji pacjenta*. Po ukończeniu pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu uczestnik otrzyma:

* zalecenia dotyczące dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (w tym otrzyma broszury z opisem ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych)
* zalecenia dotyczące aktywności zgodnie z tolerancją bólu
* informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach finansowania ze środków publicznych.

Należy podkreślić, że dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie, na życzenie pacjenta, na podstawie pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Uczestnik programu zostanie wówczas poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie.

# IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Realizator programu wyłoniony zostanie w procedurze konkursowej w ramach Programu Funduszy Europejskich dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 28 kwietnia 2022 r. *o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027*.

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

**Części składowe, etapy i działania organizacyjne:**

Etap I. Działania organizacyjno-administracyjne

Etap II. Działania informacyjno-promocyjne

Etap III. Szkolenia personelu medycznego

Etap IV. Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacyjna

Etap V. Działania informacyjno-edukacyjne

Etap VI. Działania rehabilitacyjne

Etap VII Wizyta podsumowująca

Etap VIII. Monitorowanie jakości i celowości podejmowanych działań w ramach programu.

**Etap I. Działania organizacyjno-administracyjne**

Realizator programu uruchomi niezbędne prace wdrożeniowe, takie jak zorganizowanie biura organizacyjno-koordynacyjnego. Opracuje niezbędne dokumenty w oparciu o dowody naukowe oraz narzędzia do pomiaru okresowych i końcowych efektów działań w ramach programu na podstawie określonych mierników. W ramach programu powołany zostanie koordynator nadzorujący prawidłową realizację poszczególnych etapów programu. Realizator programu zapewni wymagane prawem warunki, kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń, zgodnie z obowiązującymi wymogami i regulacjami prawnymi.

**Etap II. Działania informacyjno-promocyjne**

Akcja informacyjno-promocyjna będzie prowadzona przez Realizatora programu. Informacje dotyczące programu oraz możliwości uczestnictwa w nim powinny znajdować się w siedzibie Realizatora, na stronie internetowej Realizatora oraz we wszystkich miejscach, gdzie program będzie realizowany.   
W ramach działań informacyjno-promocyjnych skierowanych do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego odbędzie się organizacja i realizacja akcji informacyjnych poprzez: strony internetowe, prasę, media lokalne, tablice ogłoszeń. Przewiduje się również opracowanie plakatów, ulotek i broszur informujących. Ważne jest włączenie do przekazu informacji placówek POZ, AOS oraz jednostek medycyny pracy, które mają bezpośredni kontakt z populacją docelową programu. Informacje o podejmowanych w ramach programu działaniach zostaną zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych województwa zachodniopomorskiego.

**Etap III. Szkolenie personelu medycznego**

W ramach programu, Realizator przeprowadzi z najwyższą jakością i efektywnością szkolenia dla personelu medycznego mającego kontakt z uczestnikami programu (w tym dla lekarzy i fizjoterapeutów) w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Prowadzący szkolenia eksperci (tj. lekarz optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej, posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa oraz fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa) zapoznają personel medyczny z rekomendowanymi zalecanymi metodami profilaktyki, diagnostyki, różnicowania oraz leczenia bólów kręgosłupa. Personel uczestniczący w szkoleniu będzie również informowany o dążeniu do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za proces terapii aktualnych dolegliwości oraz prewencji ich nawrotu, roli działań fizjoterapeutycznych m.in. szeroko pojętej edukacji, promocji aktywności fizycznej, diagnostyki oraz redukcji czynników ryzyka. Podczas 3-letniego okresu realizacji programu przewiduje się organizację co najmniej 3 szkoleń, w tym jednego przed rozpoczęciem zasadniczej części programu. Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu będzie wypełnienie pre-testu, celem weryfikacji wiedzy początkowej uczestników w omawianym temacie. Każda osoba, która weźmie udział w szkoleniu, będzie zobowiązana do wypełnienia również post-testu sprawdzającego poziom nabytej wiedzy.

**Etap IV. Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacyjna**

Kwalifikacja uczestników do programu odbywać się będzie podczas wizyty przeprowadzonej przez fizjoterapeutę (posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii) lub lekarza (posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa lub po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego). W czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej oceniony będzie stan kliniczny pacjenta, weryfikacja przyczyn powstawania bólu i jego intensywność, występowanie „czerwonych flag” oraz przeprowadzenie testu funkcjonalnego. Zebrany będzie także wywiad chorobowy. W przypadku powstałych wątpliwości, co do kwalifikacji osoby do programu można wykorzystać będzie narzędzie w postaci kwestionariusza przesiewowego STarT Back. Powyższa ocena stanowi podstawę do ustalenia strategii postępowania fizjoterapeutycznego realizowanego w ramach działań rehabilitacyjnych. Kolejno jeśli będzie to uzasadnione, pacjent zostanie skierowany do realizowanych w ramach programu działań rehabilitacyjnych.

Po zakwalifikowaniu pacjenta do programu, otrzyma on **indywidualną kartę pacjenta,** która uprawnia do udziału kolejno w:

* indywidualnej konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza
* grupowych szkoleniach edukacyjno-rehabilitacyjnych
* 20-dniowym cyklu rehabilitacyjnym
* wizycie podsumowującej.

Osoby spełniające kryteria uczestnictwa w programie będą kwalifikowane do dalszych procedur. Po otrzymaniu kolejno potwierdzenia zakończenia etapów programu, zrealizowana zostanie wizyta podsumowująca kończąca udział w programie.

**Etap V. Działania informacyjno-edukacyjne**

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych przewiduje się przygotowanie plakatów, ulotek i broszur z informacjami na temat profilaktyki bólów kręgosłupa oraz postępowania w przypadku ich występowania, a także utworzenie platformy internetowej. Na wspomnianej platformie zamieszczone będą opracowane przez Realizatora materiały tj. plakaty, ulotki, broszury oraz filmiki z udziałem specjalistów edukujących nt. profilaktyki bólów kręgosłupa, jak również filmiki z instruktażem zalecanych serii ćwiczeń umożliwiających samodzielne ich wykonywanie w domu. Materiały zamieszczone na platformie będą dostępne dla wszystkich mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Edukacja indywidualna uczestników będzie realizowana podczas konsultacji przeprowadzonej przez fizjoterapeutę (posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii) lub lekarza (posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólu kręgosłupa lub po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego), a także w ramach szkoleń grupowych. Szkolenia organizowane będą w grupach i podzielone zostaną na panel edukacyjny prozdrowotny i panel instruktażu samodzielnego wykonywania ćwiczeń. Szkolenia grupowe prowadzone będą przez: lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenie, kompetencje i umiejętności dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach programu. Przed rozpoczęciem edukacji oraz po jej zakończeniu wszyscy uczestnicy będą zobowiązani do wypełnienia ankiety pre-test i ankiety post-test, opracowanych przez Realizatora, weryfikujących poziom wiedzy początkowej oraz nabytej uczestnika szkolenia. Po zakończeniu szkolenia, każdy pacjent otrzyma materiały edukacyjne, m.in. w postaci broszur i/lub ulotek. Forma prowadzenia działań będzie jak najlepiej dostosowana do grupy docelowej.

**Etap VI. Działania rehabilitacyjne**

W ramach działań rehabilitacyjnych uczestników programu podczas indywidualnej konsultacji u fizjoterapeuty (posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii) lub lekarza (posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa lub lekarza po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego) sporządzony zostanie 20-dniowy cykl rehabilitacyjny. Cykl prowadzony będzie przez fizjoterapeutę (posiadającego doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa lub fizjoterapeutę po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego). Zajęcia kinezyterapii mogą odbywać się w grupach osób tworzonych według poszczególnych rodzajów zespołów bólowych kręgosłupa odcinka: szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego. Realizowane działania będą zgodne z liczbą i rodzajem ustalonych form aktywności i ćwiczeń terapeutycznych, które zapisane zostały w **indywidualnej karcie pacjenta** przez fizjoterapeutę i/lub lekarza na podstawie zebranych informacji w ramach odbytych wizyt/konsultacji. W ramach cyklu przewiduje się nie mniej niż 20 spotkań rehabilitacyjnych podczas których realizowana będzie kinezyterapia i masaże. Realizując cykl rehabilitacyjny planuje się m.in. interwencje normalizujące napięcie mięśniowe, poprawę zakresu ruchu i ogólnej aktywności pacjenta. Celem jest poprawa ogólnej wydolności, równowagi oraz tolerancji w zakresie obciążeń dnia codziennego. W ramach cyklu planuje się interwencje dobrane indywidualnie do możliwości uczestnika, m.in. masaże, ćwiczenia rozluźniające napięcie, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wzmacniające partie mięśni, ćwiczenia rozciągające i kinezyterapię czynną. Każdy uczestnik programu po odbytej kinezyterapii otrzyma materiały z opisem ćwiczeń, które powinien samodzielnie wykonywać w domu. W ramach omawianych działań wyklucza się stosowanie zabiegów fizykalnych. W zakresie jednej sesji przewiduje się ćwiczenia lecznicze o łącznym czasie ich wykonywania nie krótszym niż 2 godziny zegarowe.

**Etap VII. Wizyta podsumowująca**

Wizyta podsumowująca stanowi ostatni etap udziału pacjenta w programie i będzie prowadzona przez fizjoterapeutę (posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii) lub lekarza (posiadającego doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa lub lekarza po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego). W ramach przedmiotowej wizyty przeprowadzony zostanie ponownie test funkcjonalny pacjenta weryfikujący stan zdrowia uczestnika po odbytym świadczeniu oraz przeprowadzona ankieta dot. oceny intensywności bólu VAS. W ramach zaleceń prowadzący wizytę będzie sugerował uczestnikowi kontynuację zwykłej aktywności zgodnie z jego tolerancją bólu. Uczestnik otrzyma również do wypełnienia *Anonimową ankietę satysfakcji pacjenta*, umożliwiającą dokonanie oceny programu przez uczestnika (zał. nr 1).

**Etap VIII. Monitorowanie jakości i celowości podejmowanych działań w ramach programu** Monitorowanie odbywać się będzie w trakcie całego okresu realizacji programu. Analizie i ocenie zostaną poddane m.in. takie elementy, jak: zgłaszalność do programu, uczestnictwo w konsultacjach i spotkaniach edukacyjnych, przyczyny nieobecności i rezygnacji z udziału w programie, analiza ankiet oceny wiedzy przed i po szkoleniach, ankiet satysfakcji pacjenta z udziału w programie oraz sporządzanie okresowych sprawozdań i raportów. Ponadto, bezpośrednio po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy wraz ewaluacją efektów zdrowotnych uzyskanych w wyniku programu, zgodnie z wymogami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.*

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

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.

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

Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych winny spełniać wymogi określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.*

Wybór Realizatora programu w procedurze konkursowej nastąpi w oparciu o posiadane zdolności organizacyjne, zasoby medyczne, kadrowe i administracyjne, doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji programu. Do zadań Realizatora należeć będą zadania z zakresu organizacji, koordynacji i realizacji zaplanowanych interwencji.

**Warunki realizacji programu dotyczące personelu**

* szkolenia personelu medycznego: eksperci (którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu) tj.
* lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa
* fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa
* działania informacyjno-edukacyjne: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia, kompetencji i umiejętności dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach programu
* wizyta diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacyjna:
* fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii
* lub lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa
* lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego
* działania rehabilitacyjne:
* fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa
* lub fizjoterapeuta po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego
* wizyta podsumowująca:

• fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii

• lub lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa

• lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego.

**Warunki realizacji programu dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych ośrodka**

W przypadku wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt oraz warunków lokalowych ośrodka, w którym realizowany będzie program, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz warunków fachowo sanitarnych.

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

**V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

1. System monitorowania i ewaluacji programu będzie spełniał wymogi dla projektów dofinansowanych w ramach regionalnego programu *FEPZ 2021-2027* oraz zasady określone *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.*

Monitorowanie i ewaluacja obejmują ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń oraz efektywności programu.

## V.1. Monitorowanie

Monitorowanie będzie procesem zbierania danych o stanie realizacji programu oraz kontrolowania jego przebiegu i postępu działań. System monitorowania będzie oparty przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach regionalnego programu FEPZ 2021-2027*,* na danych raportowanych przez Realizatora w ramach obowiązków sprawozdawczych, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Monitorowanie odbywać się będzie na bieżąco w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji programu. Polegać będzie na analizie oceny zgłaszalności i uczestnictwa oraz oceny jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych w programie.

Ocena zgłaszalności i uczestnictwa w programie zostanie dokonana na podstawie:

* 1. liczby osób ogółem, które zgłosiły się do udziału w programie
  2. liczby osób, które zostały zakwalifikowane do programu
  3. odsetka osób niezakwalifikowanych do programu
  4. odsetka osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji
  5. liczby osób, które uczestniczyły w grupowych zajęciach edukacyjno-rehabilitacyjnych
  6. liczby osób, które odbyły pełen 20-dniowy cykl rehabilitacyjny
  7. liczby osób, które zakończyły program wizytą podsumowującą
  8. liczby osób personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach z podziałem na zawody medyczne
  9. odsetka osób u których wystąpiło zmniejszenie częstotliwości występowania bólu w ciągu dnia.

Zalecane jest bieżące uzupełnianie informacji o każdym z uczestników programu w formie elektronicznej bazy, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel.

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie badania satysfakcji z udziału w programie (metodą badania ankietowego) przeprowadzonego wśród uczestników programu (zał. nr 1). Ocena ta może być przeprowadzona np. przez zewnętrznego eksperta w danej dziedzinie. W ocenie jakości uwzględnione zostaną ponadto, uwagi pisemnie zgłoszone przez Realizatora realizującego program. Kwestionariusze będą na bieżąco zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Zbiorcze wyniki będą wyrażały odsetek opinii pozytywnych do wszystkich ankiet satysfakcji wypełnionych przez uczestników. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu satysfakcji uczestników. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator programu. Monitorowanie kończy się wraz z zakończeniem realizacji programu.

## V.2. Ewaluacja

Ewaluacja będzie analizą danych z programu, gromadzonych w celu oceny efektywności prowadzonych działań/interwencji w wymiarze jakościowym i ilościowym. Przeprowadzona zostanie dwutorowo, przeprowadzi ją Realizator programu i IZ – Instytucja Zarządzająca FEPZ 2021-2027 po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem m.in. określonych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu:

1. Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
2. Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
3. Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
4. Odsetek osób, u których doszło do poprawy sprawności funkcjonalnej po zakończeniu działań rehabilitacyjnych (ocena wstępna i końcowa za pomocą np. testu marszu 5-minutowego, testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej).
5. Odsetek osób, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólów (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS).

W ramach ewaluacji nastąpi odniesienie się do stopnia zrealizowanych potrzeb zdrowotnych populacji docelowej na obszarze objętym programem, wyrażonej w:

* liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)
* liczbie świadczeniobiorców biorących udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)
* liczbie osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga)
* liczbie osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej zdiagnozowano przeciwskazanie do podjęcia rehabilitacji
* liczbie osób, które w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej zostały skierowane na działania rehabilitacyjne
* liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu).

Ewaluacja dokonana przez Realizatora w formie raportu końcowego nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji programu i dotyczyć będzie jego całości, zgodnie z wymogami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.*

# VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację 3-letniego Regionalnego Programu Zdrowotnego Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego zaplanowano kwotę całkowitą **6 820 000 zł**.

**VI.1 Koszty jednostkowe**

Koszty programu ujęto w następujących grupach:

* **Koszty bezpośrednie:**

1. Koszty szkolenia personelu medycznego
2. Koszty wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej
3. Koszty indywidualnej konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza
4. Koszty informacyjno-edukacyjne
5. Koszty cyklu rehabilitacyjnego
6. Koszty wizyty podsumowującej udział w programie
7. Koszty zakupu sprzętu

* **Koszty pośrednie,** w tym: koszty działań informacyjno-promocyjnych, koszty monitorowania i koszty ewaluacji

1. **Koszty szkolenia personelu medycznego: 135 000 zł**

Wydatki obejmują organizację szkoleń/warsztatów stacjonarnych wewnętrznych i/lub zewnętrznych, dla 90 osób personelu medycznego. Zakłada się, że każdy pracownik medyczny uczestniczący   
w programie zostanie przeszkolony. Prelegentami szkoleń/warsztatów będą eksperci, którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Szkolenia będą dotyczyły zwiększenia umiejętności indywidualnych uczestników w zakresie metod profilaktyki, diagnostyki, różnicowania, leczenia i rehabilitacji bólów kręgosłupa. Szacowana kwota uwzględnia koszty dofinansowania szkolenia zewnętrznego w zakresie tematyki objętej programem lub koszty organizacji własnego szkolenia przez Realizatora programu. W przypadku organizacji wewnętrznych szkoleń/warsztatów kwota obejmuje koszty: wynajmu sali, obsługi technicznej, wynagrodzenia prelegentów (ekspertów), cateringu, materiałów szkoleniowych, przygotowania certyfikatów/zaświadczeń ukończenia szkolenia. Szacunkowy koszt całkowity szkolenia personelu medycznego uczestniczącego przy realizacji programu wyniesie:

90 osób x 1 500 zł = 135 000 zł.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba uczestników** | **Liczba  szkoleń** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Koszty ogółem**  **(w zł)** |
| Szkolenie personelu medycznego | 90 | 1 | 1 500 | 135 000 |
| **Razem** | | | | **135 000** |

1. **Koszty wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej uczestników: 360 000 zł**

Wydatki procesu kwalifikacyjnego do programu obejmą wizytę udzieloną przez: fizjoterapeutę lub lekarza, w tym przeprowadzenie m.in.: oceny stanu klinicznego pacjenta, oceny intensywności bólu VAS, testu funkcjonalnego pacjenta, zebranie wywiadu chorobowego, a w przypadku powstałych wątpliwości, co do kwalifikacji osoby do programu można będzie wykorzystać kwestionariusz przesiewowy STarT Back i podjęcia ostatecznie decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do programu. Zakłada się przeprowadzenie procesu kwalifikacyjnego u 1 800 osób, z czego 1 500 osób zostanie zakwalifikowanych do programu. Szacunkowy koszt wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej to 200 zł.

W związku z powyższym koszt całkowity kwalifikacji wyniesie:

1 800 osób x 200 zł = 360 000 zł.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba uczestników** | **Liczba świadczeń** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Koszty ogółem**  **(w zł)** |
| Konsultacja diagnostyczno-terapeutyczna i kwalifikacja uczestników do programu | 1 800 | 1 | 200 | 360 000 |
| **Razem** | | | | **360 000** |

1. **Koszty indywidualnej konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza: 300 000 zł**

Na koszty związane z konsultacjami realizowanymi przez fizjoterapeutę lub lekarza, składają się koszty związane z odbyciem porady edukacyjnej w ramach której zostanie przeprowadzona indywidualna edukacja prozdrowotna uczestnika wraz z propozycją ćwiczeń dostosowanych do możliwości fizycznych pacjenta do samodzielnego wykonywania w domu oraz koszty opracowania   
20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego.

Mając na uwadze ostateczne zakwalifikowanie się do programu 1 500 osób oraz cenę pogłębionej dalszej indywidualnej konsultacji w kwocie 200 zł za jedną odbytą wizytę, łączne koszty indywidualnej konsultacji szacowane są na kwotę:

1 500 osób x 200 zł = 300 000 zł.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba uczestników** | **Liczba świadczeń** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Koszty ogółem**  **(w zł)** |
| Indywidualna konsultacja fizjoterapeuty lub lekarza | 1 500 | 1 | 200 | 300 000 |
| **Razem** | | | | **300 000** |

1. **Koszty informacyjno-edukacyjne: 705 000 zł**

W ramach kosztów informacyjno-edukacyjnych uwzględnione zostaną: koszty przeprowadzenia grupowych zajęć edukacyjnych dla uczestników programu, koszty opracowania projektów i aktualizacji treści materiałów edukacyjnych przekazywanych uczestnikom programu tj.np. broszury, ulotki, koszty ich wydruk, a także koszty przygotowania oraz prowadzenia strony/platformy internetowej na której zostaną zamieszczone wcześniej opracowane materiały w tym filmiki z udziałem specjalistów edukujących nt. profilaktyki bólów kręgosłupa, jak również filmiki z instruktażem zalecanych serii ćwiczeń umożliwiających samodzielne ich wykonywanie w domu. Materiały będą dostępne dla wszystkich mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Powyższe koszty stanowią:

koszty grupowych zajęć edukacyjnych dla pacjentów: 1 500 osób x 200 zł = 300 000 zł

koszt opracowania i aktualizacji treści materiałów edukacyjnych: 1 500 osób x 80 zł = 120 000 zł

koszty materiałów edukacyjnych (projekt i wydruk): 1 500 osób x 50 zł = 75 000 zł

koszty przygotowania i aktualizacji treści edukacyjnych na platformę i stronę internetową:

3 lata x 70 000 zł = 210 000 zł.

Koszt całkowity działań informacyjno-edukacyjnych: 705 000 zł.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba** | **Cena jednostkowa  (w zł)** | **Koszty ogółem  (w zł)** |
| Grupowe szkolenia dla pacjentów | 1 500 osób | 200 | 300 000 |
| Opracowanie i aktualizacja treści materiałów edukacyjnych | 1 500 osób | 80 | 120 000 |
| Materiały edukacyjne (projekt i wydruk) | 1 500 osób | 50 | 75 000 |
| Przygotowanie i prowadzenie strony/platformy internetowej | 3 lata | 70 000 | 210 000 |
| **Razem** | | | **705 000** |

1. **Koszty cyklu rehabilitacyjnego: 3 600 000 zł**

Koszty cyklu rehabilitacyjnego obejmują zestaw ćwiczeń z zakresu kinezyterapii i masaży, których rodzaj i częstotliwość zależna jest od przyjętej przez fizjoterapeutę lub lekarza indywidualnej ścieżki pracy z pacjentem podczas 20-dniowego cyklu rehabilitacyjnego. W ramach cyklu, każdego dnia przez co najmniej 2 godziny zegarowe zakłada się wykonywanie zaplanowanych form aktywności i ćwiczeń leczniczych. Dopuszcza się realizację ćwiczeń indywidualnych i w grupach osób dobranych według poszczególnych rodzajów występowania bólu.

Koszt cyklu rehabilitacyjnego jednej osoby: 2 400 zł.

Koszt całkowity przeprowadzonych cykli rehabilitacyjnych: 1 500 osób x 2 400 zł = 3 600 000 zł.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba uczestników** | **Liczba  spotkań** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Koszt zabiegów uczestnika** | **Koszt ogółem  (w zł)** |
| Masaż (30 min.) | 1 500 | 4 | 100 | 400 | 600 000 |
| Kinezyterapia (2 godz.) | 1 500 | 20 | 100 | 2 000 | 3 000 000 |
|  |  |  |  | **2 400** | **3 600 000** |

1. **Koszty wizyty podsumowującej udział w programie: 300 000 zł**

Koszty zakończenia udziału uczestnika w programie obejmują wizytę podsumowującą realizowaną przez fizjoterapeutę lub lekarza. W ramach wizyty zaplanowany jest: test funkcjonalny pacjenta, ankieta weryfikująca poziom bólu kręgosłupa, ankieta satysfakcji oraz przekazanie zaleceń lekarskich.

Szacunkowy koszt wizyty podsumowującej to 200 zł.

Koszt całkowity wizyty podsumowującej: 1 500 osób x 200 zł = 300 000 zł.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Liczba uczestników** | **Liczba świadczeń** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Koszty ogółem**  **(w zł)** |
| Wizyta podsumowująca | 1 500 | 1 | 200 | 300 000 |
| **Razem** | | | | **300 000** |

1. **Koszty zakupu sprzętu: 800 000 zł**

Program umożliwia zakup sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu do ćwiczeń, materiałów i urządzeń sportowych m.in.: bieżni rehabilitacyjnych z regulowanym kątem nachylenia, rowerów rehabilitacyjnych poziomych i pionowych, orbitreków, stołów do masażu, taśm rehabilitacyjnych, mat rehabilitacyjnych, hantli, ciężarków, obciążników, piłek rehabilitacyjnych, poduszek sensomotorycznych, balanserów, platform równoważnych, a także innej aparatury i materiałów medycznych w tym jednorazowych zapewniających odpowiedni standard prowadzenia edukacji/szkoleń/ćwiczeń oraz innych elementów wyposażenia niezbędnych do realizacji działań zaplanowanych w programie.

Całkowity szacowany koszt: 800 000 zł.

1. **Koszty pośrednie (w tym: koszty informacyjno-promocyjne, koszty monitorowania   
   i koszty ewaluacji): 620 000 zł**

Koszty pośrednie obejmują m.in. koszty administracyjne związane z obsługą realizacji programu tj. koszty koordynatora, personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych, koszty wynagrodzeń personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, działań informacyjno-promocyjnych. Pełen opis rodzaju kosztów pośrednich znajduje się w *Podrozdziale 3.12 Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027.*

Działania informacyjno-promocyjne mające na celu wdrożenie programu mogą być przeprowadzane przy współudziale i we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi. Polegać będą na przygotowaniu i dystrybucji informacji o programie, korespondencji, zaprojektowaniu i wydruku ulotek, broszur, plakatów i materiałów informacyjnych, utworzeniu i prowadzeniu strony internetowej o programie.

Monitorowanie programu obejmie przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników, przeprowadzenie badań satysfakcji pacjenta, analiz kwestionariuszy ankiet przeprowadzanych podczas całego okresu realizacji programu, opracowanie raportów okresowych i innych dokumentów w ramach monitorowania przebiegu programu oraz końcowej ewaluacji bezpośrednio po zakończeniu programu.

Koszty ww. działań, za wyjątkiem łącznych kosztów pośrednich, których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, zostaną oszacowane przez wnioskodawcę zamierzającego realizować program i przedstawione na etapie składania wniosku o dofinansowanie. Będą też uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej oraz planowanych form wsparcia.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SZOP FEPZ 2021-2027, co może poszerzyć katalog wydatków w programie w stosunku do katalogu zapisanego w programie.

## VI.2. Koszty całkowite

Przewidywany łączny koszt 3-letniej realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wynosi: **6 820 000 zł.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kategoria kosztów** | **Koszty (zł)** |
|  | **Koszty bezpośrednie** |  |
| 1 | Koszty szkolenia personelu medycznego | 135 000 |
| 2 | Koszty wizyty diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacyjnej | 360 000 |
| 3 | Koszty indywidualnej konsultacji fizjoterapeuty lub lekarza | 300 000 |
| 4 | Koszty informacyjno-edukacyjne | 705 000 |
| 5 | Koszty cyklu rehabilitacyjnego | 3 600 000 |
| 6 | Koszty wizyty podsumowującej udział w programie | 300 000 |
| 7. | Zakup sprzętu | 800 000 |
|  | Suma kosztów bezpośrednich (1-7) | 6 200 000 |
| 8. | **Koszty pośrednie** (do 10% kosztów bezpośrednich), w tym: koszty informacyjno-promocyjne, koszty monitorowania i koszty ewaluacji) | 620 000 |
|  | **Koszty całkowite** | **6 820 000** |

## 

## VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ 2021-2027) zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów FEPZ 2021-2027: Priorytet FEPZ.06 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie FEPZ.06.07 Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, typ projektu 4: Wdrożenie działań z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy.

Zgodnie z założeniami FEPZ 2021-2027, maksymalny poziom dofinansowania do wysokości 85% kosztów będzie pochodzić z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, 5% wydatków kwalifikowanych ze środków krajowych, a minimalnie 10% całkowitego budżetu programu, powinno stanowić wkład własny Realizatora.

# VII. Bibliografia

1. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych, Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Raport nr: OT.423.3.2019, Warszawa, 2020
2. Domżał Teofan, Bóle krzyża – rozpoznawanie i leczenie, Medycyna po dyplomie, artykuł, 2011(20), 12(189)
3. Główny Urząd Statystyczny w Szczecinie, Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa, 2023
4. Główny Urząd Statystyczny, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., 2021
5. <https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=23201&html_tresc_id=23201&html_klucz=19558>, Centralny Instytut Ochrony Pracy, obciążenia mięśniowo-szkieletowe, [dostęp: 17.01.2024]
6. <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639>, Rymarczyk A., Ból krzyża,2012, [dostęp:20.06.2023]
7. <https://www.solidarnosc.org.pl/aktualnosci/wiadomosci/kraj/item/20856-choroby-ukladu-miesniowo-szkieletowego-zwiazane-z-praca>, [dostęp: 22.06.2023]
8. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2022 rok, Kraków 2023
9. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczuk K., Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Probl. Pielęgniarstwa 19(1), 2011
10. Krasuski M., Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w zespołach bólowych kręgosłupa. Prewencja Rehabil., 2006
11. Malińska M., Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą– promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy (1) , publikacja 2014
12. Milanow Iwan, Zespoły bólowe, 10 (3), publikacja 2014, [http://pimr.pl/artykul.php?a=696, [dostęp](http://pimr.pl/artykul.php?a=696,%20%5bdostęp): 20.06.2023]
13. Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, <https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_zachodniopomorskie.pdf>, [dostęp: 20.06.2023]
14. Ministerstwo Zdrowia: Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf>, [dostęp: 20.06.2023]
15. Ministerstwo Zdrowia: Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>, [dostęp: 05.10.2023]
16. Morton M., Zespoły bólowe kręgosłupa. Przewodnik lekarza, 2008
17. Rekomendacja nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 czerwca 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
23. Szczepanowska-Wołowiec B., Lorkowski J., Kotela A., Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych, artykuł, 2016
24. Szpala M., Skorupińska A., Kostarz K., Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa – przyczyny i leczenie, artykuł, 2017
25. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych
26. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
27. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy
28. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
29. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta
30. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Raport o absencji chorobowej w 2022 r., <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2021.pdf>, [dostęp: 25.09.2023]
31. Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych, Absencja chorobowa w 2022 roku, Warszawa 2023, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>, [dostęp: 20.06.2023]

**Załącznik nr 1**

**ANONIMOWA ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA**

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat

**„Regionalnego Programu Zdrowotnego Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych   
z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”**

*Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć   
w przyszłości.*

*Proszę o udzielenie odpowiedzi, podkreślając właściwą odpowiedź.*

1. **Płeć**
2. Kobieta
3. Mężczyzna
4. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w programie?**
5. tak
6. raczej tak
7. raczej nie
8. zdecydowanie nie
9. trudno powiedzieć
10. **Czy wziąłby Pan/wzięłaby Pani ponownie udział w podobnym programie?**
11. tak
12. raczej tak
13. raczej nie
14. zdecydowanie nie
15. trudno powiedzieć
16. **Czy poleciłby Pan/poleciłaby Pani ten program innym osobom?**
17. tak
18. raczej tak
19. raczej nie
20. zdecydowanie nie
21. trudno powiedzieć
22. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w programie (godziny udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.)?**
23. tak
24. raczej tak
25. raczej nie
26. zdecydowanie nie
27. trudno powiedzieć
28. **Czy jest Pan/i zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń   
    w programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania uczestnikiem, fachowości)?**
29. tak
30. raczej tak
31. raczej nie
32. zdecydowanie nie
33. trudno powiedzieć
34. **Jak Pan/Pani ocenia swój stan wiedzy nt. profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa po zakończeniu udziału w programie?**
35. bardzo dobrze
36. dobrze
37. przeciętnie
38. niezadowalająco
39. źle
40. **Jak Pan/Pani całościowo ocenia Program?**
41. bardzo dobrze
42. dobrze
43. przeciętnie
44. niezadowalająco
45. źle

Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |

1. Milanow I., *Zespoły bólowe*, Pediatr Med Rodz 2014, 10(3), s.253-264, <http://pimr.pl/artykul.php?a=696>, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-1)
2. Domżał T., artykuł, *Medycyna po dyplomie 2011*(20), 12(189), s.34-45 [↑](#footnote-ref-2)
3. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych, *Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa* *Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów,* Raport nr: OT.423.3.2019, Warszawa, lipiec 2020 [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza>, Rymarczyk A., *Ból krzyża,* 26.09.2012, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/812/original/Strony_od_MpD_2011_12-7.pdf?1468584310>, prof. dr hab. med. Teofan M. Domżał, *Bóle krzyża – rozpoznawanie i leczenie*, 2011(20), 12(189):34-45, [dostęp: 21.06.2023] [↑](#footnote-ref-5)
6. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczuk K., Jankowiak B.(2011), *Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa.* Probl. Pielęgniarstwa 19(1) s.47-54. [↑](#footnote-ref-6)
7. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczuk K., Jankowiak B.(2011), *Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa*. Probl. Pielęgniarstwa 19(1) s.47-54. [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza>, lek. med. A. Rymarczyk, *Ból krzyża*, 2012, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-8)
9. Morton M., *Zespoły bólowe kręgosłupa. Przewodnik lekarza*, publikacja 2008, (5), s. 45-52 [↑](#footnote-ref-9)
10. <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/812/original/Strony_od_MpD_2011_12-7.pdf?1468584310>,  
    Domżał T., *Bóle krzyża - rozpoznawanie i leczenie.* Medycyna po dyplomie, artykuł2011 (20); 12(189), [dostęp:16.11.2023] [↑](#footnote-ref-10)
11. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, *Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów* (art. 48aa ust. 1 Ustawy r.), Raport nr: OT.423.3.2019, Warszawa, lipiec 2020, s.2 [↑](#footnote-ref-11)
12. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Rekomendacja nr 4/2020 z dnia 30 listopada 2020 r., str. 3 [↑](#footnote-ref-12)
13. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, *Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów* (art. 48aa ust. 1 Ustawy r.), Raport nr: OT.423.3.2019, Warszawa, lipiec 2020, s.2 [↑](#footnote-ref-13)
14. Milanow I., *Zespół bólowy kręgosłupa,* Pediatr Med Rodz 2014, 10(3), s.253-264, <http://pimr.pl/artykul.php?a=696>, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-14)
15. Milanow I., *Zespół bólowy kręgosłupa*, 2014, <http://pimr.pl/artykul.php?a=696>, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-15)
16. Ibidem [↑](#footnote-ref-16)
17. <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/74209/201410311957&BP_3_2014_s25_29.pdf>, Malińska M., *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą– promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy* (1), s.25, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-17)
18. Malińska M., *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą – promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy* (1), 2014, <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-24b4c834-7f4b-4878-8e44-d6cdbc1b0005?q=bwmeta1.element.baztech-cdf299ed-e047-49b7-b25d-aaf976a7da9f;4&qt=CHILDREN-STATELESS>, [dostęp: 16.11.2023] [↑](#footnote-ref-18)
19. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Raport o absencji chorobowej w 2022 r., <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2021.pdf>, ZUS, *Raport o absencji chorobowej w 2022 r.* [dostęp: 11.07.2023] [↑](#footnote-ref-19)
20. Szpala M., Skorupińska A., Kostarz K., *Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa – przyczyny i leczenie*, [https://www.researchgate.net/profile/Karolina-Kostorz/publication/320209916\_Wystepowanie\_zespolow\_bolowych\_kregoslupa\_-\_przyczyny\_i\_leczenie/links/5c58479d299bf12be3fbbcef/Wystepowanie-zespolow-bolowych-kregoslupa-przyczyny-i-leczenie.pdf z dnia 27.06.2023](https://www.researchgate.net/profile/Karolina-Kostorz/publication/320209916_Wystepowanie_zespolow_bolowych_kregoslupa_-_przyczyny_i_leczenie/links/5c58479d299bf12be3fbbcef/Wystepowanie-zespolow-bolowych-kregoslupa-przyczyny-i-leczenie.pdf%20z%20dnia%2027.06.2023), [dostęp: 27.06.2023] [↑](#footnote-ref-20)
21. Szczepanowska-Wołowiec B., Lorkowski J., Kotela A., *Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych, 2016* [↑](#footnote-ref-21)
22. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026, s. 4 [↑](#footnote-ref-22)
23. Wojewódzki Plan Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026, s.14-29 [↑](#footnote-ref-23)
24. Urząd Statystyczny w Szczecinie, opracowanie sygnalne, Stan i ruch naturalny ludności w województwie zachodniopomorskim w 2022 r., <https://szczecin.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/ludnosc/stan-i-ruch-naturalny-ludnosci-w-wojewodztwie-zachodniopomorskim-w-2022-r-informacja-sygnalna,1,16.html>, [dostęp: 22.09.2023] [↑](#footnote-ref-24)
25. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego*, <https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_zachodniopomorskie.pdf>, s. 37, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-25)
26. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030* r., s. 17 [↑](#footnote-ref-26)
27. *Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026, str. 52,* https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/, [dostęp:22.09.2023] [↑](#footnote-ref-27)
28. *Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, s. 53, <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf>, [dostęp:22.09.2023] [↑](#footnote-ref-28)
29. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.,* s. 18-19 [↑](#footnote-ref-29)
30. <https://www.solidarnosc.org.pl/aktualnosci/wiadomosci/kraj/item/20856-choroby-ukladu-miesniowo-szkieletowego-zwiazane-z-praca>, [dostęp: 22.06.2023] [↑](#footnote-ref-30)
31. *Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026, str. 72-75,* https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/, [dostęp:22.09.2023] [↑](#footnote-ref-31)
32. Stan zdrowia ludności Polski w 2019, 31.03.2021 r., Główny Urząd Statystyczny, s. 3 [↑](#footnote-ref-32)
33. Mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Epidemiologia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>, dane wg BASIW (baza analiz systemowych i wdrożeniowych), dostęp: 12.03.2024 [↑](#footnote-ref-33)
34. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego*, <https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_zachodniopomorskie.pdf>, [dostęp: 11.07.2023] [↑](#footnote-ref-34)
35. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2022 rok, Kraków 2023r., s. 126-127 [↑](#footnote-ref-35)
36. Malińska M., *Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą – promocja aktywności fizycznej w miejscu pracy,* (1),s.25, <https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/74209/201410311957&BP_3_2014_s25_29.pdf>, [dostęp: 20.06.2023] [↑](#footnote-ref-36)
37. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>, [dostęp 11.07.2023] [↑](#footnote-ref-37)
38. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Raport absencja chorobowa w 2022 r.,* <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2022+roku.pdf/3b513577-14ff-b305-c027-057185113d4b?t=1690961887922>, [dostęp 25.09.2023] [↑](#footnote-ref-38)
39. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego <https://mpz.mz.gov.pl/wp-conten..t/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_zachodniopomorskie.pdf>,

    s.37-42, [dostęp: 18.09.2023] [↑](#footnote-ref-39)
40. <https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=23201&html_tresc_id=23201&html_klucz=19558>, Centralny Instytut Ochrony Pracy, obciążenia mięśniowo-szkieletowe, dostęp: 17.01.2024 [↑](#footnote-ref-40)
41. Krasuski M., *Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w zespołach bólowych kręgosłupa. Prewencja i Rehabilitacja,* 2006, s.1-13 [↑](#footnote-ref-41)
42. Rekomendacja nr 4/2022 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzonych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa., s.6 [↑](#footnote-ref-42)
43. <https://szczecin.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/praca-wynagrodzenie/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-w-wojewodztwie-zachodniopomorskim-w-4-kwartale-2022-r-informacja-sygnalna,2,48.html>, Urząd Statystyczny w Szczecinie, *Aktywność ekonomiczna ludności w województwie zachodniopomorskim w 4 kwartale 2022 roku*, [dostęp 06.11.20023] [↑](#footnote-ref-43)
44. Ministerstwo Zdrowia, Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Załącznik 16, s.1-2 [↑](#footnote-ref-44)
45. Wojewódzki plan transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego na lata 2022-2026, s.30 [↑](#footnote-ref-45)