



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Załącznik nr 10

Projekt programu polityki zdrowotnej pn.: "Plecy bez bólu" Regionalny program profilaktyki i leczenia przewlekłych bólów pleców w województwie opolskim w latach 2026–2028

Szymon Ogłaza

Zuzanna Donath-Kasiura

Robert Węgrzyn

Antoni Konopka

Opole, styczeń 2026 r.

Projekt programu polityki zdrowotnej pn.:

"Plecy bez bólu"

**Regionalny program profilaktyki i leczenia
przewlekłych bólów pleców
w województwie opolskim
w latach 2026–2028**

Podstawa prawna realizacji programu:

**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**

Nazwa programu:

"Plecy bez bólu" – Regionalny program profilaktyki i leczenia przewlekłych bólów pleców w województwie opolskim w latach 2026–2028

Okres realizacji programu: 2026–2028

Program opracowany na podstawie Rekomendacji 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

Samorząd Województwa Opolskiego:

Szymon Ogłaza

Zuzanna Donath-Kasiura

Dorota Rutkowska

Joanna Wołek

Adriana Urbaniak

Sylwia Hulbój

Aleksandra Buczarska-Linkiewicz

Program przygotowany przy wsparciu merytorycznym:

mgr Grzegorz Skiba, Specjalista fizjoterapii

Dane kontaktowe:

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Ostrówek 5, 45-088 Opole

Tel. 77 44 45 500

Fax. 77 44 45 524

e-mail: dzd@opolskie.pl

Data opracowania programu: sierpień 2025

Spis treści

Spis treści	3
Słowniczek.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
I.1. Opis problemu zdrowotnego	5
I.2. Dane epidemiologiczne	7
I.3. Opis obecnego postępowania	32
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	33
II.1. Cel główny.....	33
II.2. Cele szczegółowe	33
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	34
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	34
III.1. Populacja docelowa	34
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	35
III.3. Planowane interwencje	37
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	48
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	48
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	49
IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	49
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	49
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	51
V.1. Monitorowanie	51
V.2. Ewaluacja	51
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	52
VI.1. Koszty jednostkowe	52
VI.2. Koszty całkowite	54
VI.3. Źródła finansowania	54
VII. Bibliografia	54
VIII. Załączniki.....	57
VIII.1. Załącznik nr 1 Ankieta satysfakcji uczestników Programu.....	57
VIII.2. Załącznik nr 2 Ankieta satysfakcji uczestników Programu – personelu medycznego.....	59

Słowniczek

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ICD–10 – (ang. *International Classification of Diseases, 10th Revision*) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja 10

ICD–11 – (ang. *International Classification of Diseases, 11th Revision*) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja 11

ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia

MPZ – Mapa Potrzeb Zdrowotnych

WHO – (ang. „*World Health Organization*”) – Światowa Organizacja Zdrowia

ZBK – zespół bólowy kręgosłupa

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 Szacuje się, że ponad 70% populacji do 40. r.ż. doświadczyło bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego. Z kolei ból odcinka szyjnego kręgosłupa jest drugim pod względem częstości, zespołem bólowym i dotyczy nawet 50% populacji.²

Najczęściej występuje ból nieswoisty (biomechaniczny), czyli taki, któremu nie da się przypisać konkretnego czynnika lub czynników sprawczych. Z reguły nie oznacza poważnej choroby i mija bez leczenia, aczkolwiek ma tendencję do nawrotów.³ Przebieg występowania bólu kręgosłupa może mieć charakter: ostry (trwa około 4–6 tygodni), podostry (upośledza wykonywanie czynności przez ponad 6 tygodni, ale nie dłużej niż 3 miesiące), przewlekły (trwa ponad 3 miesiące) i nawrotowy. Ból nawrotowy jest bólem ostrym i pojawia się po okresie bezobjawowym u pacjentów, którzy w przeszłości doświadczyli epizodów bólowych w podobnej lokalizacji.⁴

Uważa się, że przyczyny biomechaniczne, związane ze statycznym i dynamicznym przeciążaniem aparatu stawowo-więzadłowego kręgosłupa, odgrywają najistotniejszą rolę w powstawaniu zespołów bólowych. Najważniejsze mechaniczne czynniki ryzyka to:

- podnoszenie dużych ciężarów lub częste dźwiganie,
- poddawanie ciała działaniu wibracji (jazda samochodem),
- częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia oraz długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji. Szczególną rolę ogrywa szkodliwe działanie nieprawidłowej postawy w pozycji siedzącej, która związana jest z utrzymywaniem zgięcia lędźwiowego i piersiowego odcinka kręgosłupa.⁵

Ogromny wpływ na zahamowanie procesu chorobowego ma tryb życia, przestrzeganie zasad profilaktyki oraz leczenie zachowawcze. Istotnym jest prowadzenie aktywnego trybu życia dla zachowania odpowiedniej masy ciała, siły mięśniowej oraz utrzymania zakresów ruchu w stawach. Znajomość oraz stosowanie zasad ergonomii w pracy oraz podczas wykonywania codziennych czynności pomaga uniknąć przeciążeń kręgosłupa. Leczenie zachowawcze powinno zawierać kompleksowe leczenie fizjoterapeutyczne, psychoterapię, edukację oraz elementy farmakoterapii.⁶

¹ Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. *Pediatr. Med. Rodz.* 10 (3): 253–264

² Szczepanowska-Wołowiec B., Lorkowski, J., Kotela, A., Hładki, W., & Kotela, I. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych, Pozyskano z: <http://ostry-dyzur.net/wpcontent/uploads/Str.69-72.pdf>, dostęp w dniu 10.06.2020 r.

³ Rymarczyk A. Ból krzyża. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza>, dostęp z 10.06.2020; Guła Z. Ból krzyża, Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/objawy/63737,bolkrzyza>; dostęp w dniu 10.06.2020 r.

⁴ Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. *Pediatr. Med. Rodz.* 10 (3): 253–264

⁵ Massalski Ł. System klasyfikacji zespołów bólowych kręgosłupa według metody McKenzie. *Fizjoterapia* 19 (3); 63–71

⁶ Szczepanowska-Wołowiec B., Lorkowski, J., Kotela, A., Hładki, W., & Kotela, I. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych, Pozyskano z: <http://ostry-dyzur.net/wpcontent/uploads/Str.69-72.pdf>, dostęp w dniu 10.06.2020 r.

Częstość występowania ZBK zwiększa się po 30 roku życia 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. Zespół bólowy kręgosłupa (ZBK) występuje najczęściej u osób wykonujących zawody fizyczne. Ocenia się, że nowe przypadki w skali rocznej stanowią 20–30%.⁷

Ból dolnego odcinka kręgosłupa jest najczęstszą przyczyną ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego i pracy zawodowej oraz okresowej lub długoterminowej niepełnosprawności osób poniżej 45 roku życia. Uważa się, że w przypadku przerwy w pracy dłuższej niż 6 miesięcy do aktywności zawodowej wraca 50%. W przypadku osób niepełniących obowiązków zawodowych powyżej 12 miesięcy, do aktywności zawodowej wraca jedynie 25% pacjentów.⁸

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych (MPZ) zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” w roku 2016 wyniosła 542,2 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 1410,9. Najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w woj. śląskim (1713/100 tys.), z kolei najmniejszy w woj. pomorskim (1172,3/100 tys.).⁹

Dane zawarte w MPZ wskazują również poziom chorobowości rejestrowanej. Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 5341,9 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 13,9 tys.). Najwyższy wskaźnik chorobowości odnotowano w woj. śląskim (17 860,2/100 tys.), z kolei najmniejszy w woj. pomorskim (11 563,6/100 tys.).¹⁰

Z mapy potrzeb zdrowotnych wynika również, że pacjenci z chorobami zwyrodnieniowymi kręgosłupa byli najliczniejszą grupą pod względem liczby hospitalizacji w Polsce spośród analizowanych chorób kręgosłupa. Z powodu chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa odnotowano 68,23 tys. hospitalizacji, co stanowiło 21,3% z analizowanej grupy rozpoznań. Zwraca uwagę zróżnicowanie wskaźnika udziału tej podgrupy chorób między województwami (od 16,3% w województwie dolnośląskim do 30,9% w województwie warmińsko-mazurskim) oraz wysokie wartości wskaźnika hospitalizacji na 100 tys. ludności we wschodnich województwach. Odsetek hospitalizacji operacyjnych w Polsce wynosił 50,1%.¹¹

Wysoki jest również odsetek porad udzielanych z powodu chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa w zakładach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Stanowią one około 10,8% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkakrotnych w ciągu roku). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa są najczęstszym powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych, stanowiąc 51,1% wszystkich porad.¹²

⁷ Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. Pediatr. Med. Rodz. 10 (3): 253–264

⁸ Jw.

⁹ Ministerstwo Zdrowia. Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego, Pozyskano z: https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf, dostęp w dniu 13.06.2020 r.

¹⁰ Jw.

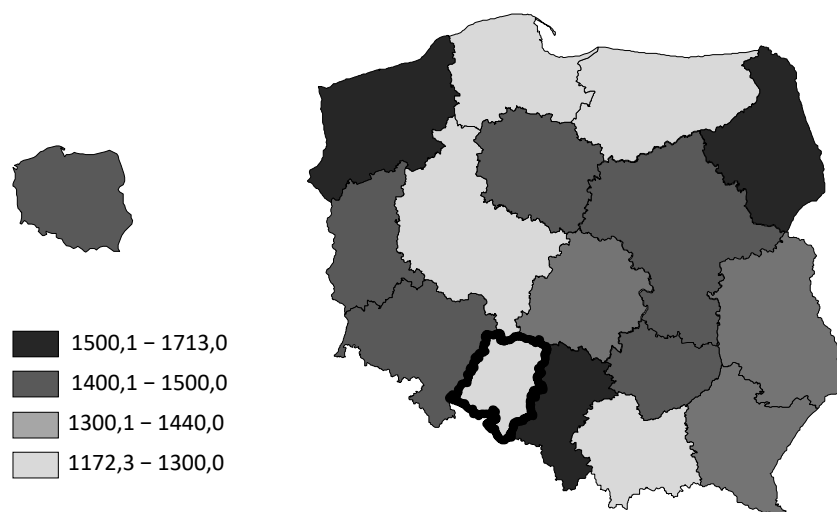
¹¹ Ministerstwo Zdrowia. Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla Polski. Pozyskano z: <http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/polska-1.pdf>, dostęp w dniu 25.01.2019 r.

¹² Jw.

I.2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z *Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego*, w 2016 r. zapadalność rejestrowana (tj. „liczba nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia”¹³) dla rozpoznania „choroby kręgosłupa” jako choroby przewlekłej oscylowała w województwie opolskim na poziomie 12,6 tys. przypadków przy 542,2 tys. notowanych w kraju.

Mapa 1. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, *Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego*, Warszawa 2018, s. 37

Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (wyrażanej na 100 tys. ludności) wyniósł w województwie opolskim 1268,5 (przeciętnie w kraju – 1410,9), co uplasowało region w grupie województw o najniższej rejestrowanej zapadalności w omawianej grupie rozpoznań.

W aspekcie funkcjonowania rynku pracy warto przeanalizować, jak kształtowała się zapadalność rejestrowana na 100 tys. ludności w podziale na grupy wieku.

Tabela 1. Wskaźnik zapadalności według wybranych grup wieku dla rozpoznania z grupy „choroby kręgosłupa” w 2016 r.

Wyszczególnienie	Grupy wieku:		
	18–44 lata	44–54	54–64 lata
Polska	1045,9	1824,8	2021,0
Województwo opolskie	977,9	1525,8	1811,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, *Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego*, Warszawa 2018, s. 38, 39–40

W stosunku do wartości krajowych wskaźniki notowane dla województwa opolskiego osiągały niższe wartości, jednakże m.in. w kontekście aktualnej sytuacji demograficznej regionu zaprezentowane

¹³ Ministerstwo Zdrowia, *Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego kobiet dla województwa opolskiego*, Warszawa 2018, s. 6

wyniki wskazują, że należy podjąć konkretne działania profilaktyczne ukierunkowane na odbudowę potencjału siły roboczej.

Równie niepokojące są prognozy zapadalności rejestrowanej dla 2031 r. dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” jako choroby przewlekłej prezentowane przez Ministerstwo Zdrowia w *Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego*. Z uwagi na fakt, że „współczynniki zapadalności zostały określone na bazie danych rejestrowych i nie jest możliwe pełne zweryfikowanie z jakiego powodu zapadalność rejestrowana różni się między województwami: mogą być to przyczyny stałe (np. prawdziwe czynniki ryzyka choroby), albo przejściowo-systemowe (tzw. up-coding, dostępność itp.)”¹⁴ Ministerstwo Zdrowia przedstawia cztery scenariusze prognozy, tj.:

- ✓ **„wariant demograficzny „minimalny”**: w związku z powiązaniem wyceny niektórych świadczeń z jednostką chorobową, a tym samym z występowaniem zjawiska tzw. up-codingu, obserwuje się nadrozpoznawalność tej jednostki chorobowej. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania, w dostępnych danych, jaki jest stopień up-codingu przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest najmniejsza występuje on w najmniejszym stopniu. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najniższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw,
- ✓ **wariant demograficzny „maksymalny”**: ze względu na różnice w dostępności do systemu ochrony zdrowia choroby w niektórych regionach kraju są rzadziej i później wykrywane. Z racji, że nie ma możliwości zweryfikowania w jednoznaczny sposób w dostępnych danych stopnia wykrywalności chorób to przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest największa to zjawisko jest najbardziej zaawansowane. Wobec czego zasadnym jest przyjęcie najwyższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej i przyjęcie jej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw,
- ✓ **wariant demograficzny „indywidualizowany”**: istnieją czynniki różnicujące współczynnik zapadalności rejestrowanej na poszczególne choroby pomiędzy województwami. Przyjmuje się, że obserwowane obecnie różnice we współczynnikach zapadalności rejestrowanej nie będą zanikały w czasie (czynniki powodujące różnice są trwałe i nie należy się spodziewać, że przestaną występować w przyszłości). Wobec czego zasadnym jest przyjęcie dla każdego województwa wartości współczynnika obserwowanego dla danego województwa,
- ✓ **wariant demograficzny „uśredniony”**: przyjmuje się, że różnice pomiędzy województwami w długim okresie się wyrównają, a przyczyny powodujące zaobserwowane różnice w danych historycznych były tylko przejściowe (będzie następowała konwergencja w ramach kraju, ponieważ różnice nie wynikają z systematycznych różnic w rzeczywistym ryzyku między województwami). Wobec czego przyjmuje się, że współczynniki zapadalności rejestrowanej dla wszystkich województw są równe wartości dla Polski”.¹⁵

¹⁴ Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego, Warszawa 2018, s. 470

¹⁵ Jw.

Tabela 2. Prognozowana zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” dla 2031 r.

Wyszczególnienie	Wariant demograficzny			
	„minimalny”	„maksymalny”	„zindywidualizowany”	„uśredniony”
	w tys.			
Polska	448,9	670,4	551,4	552,2
Województwo Opolskie	11,0	16,2	12,0	13,4

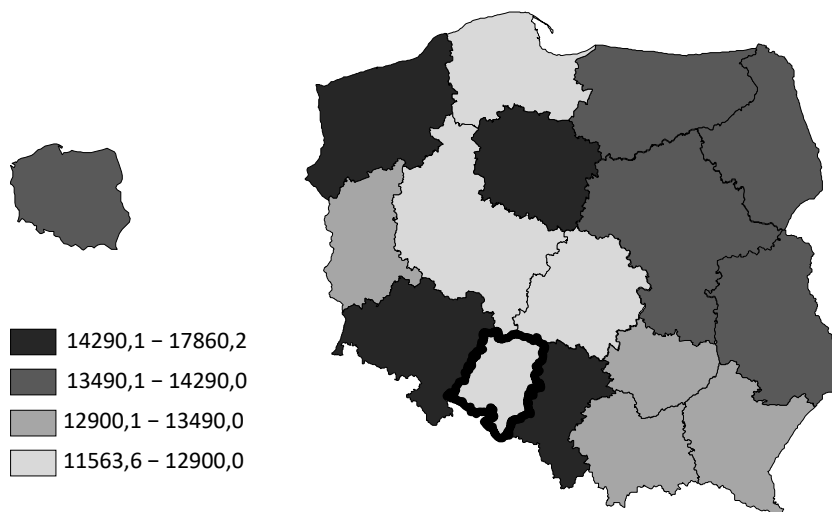
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego, Warszawa 2018, s. 519–520, 521, 523, 524, 526, 527 oraz 529

Jak ilustrują powyższe dane, trzy z ww. wariantów wskazują, że zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” będzie w przyszłości w województwie opolskim wzrastać.

Statystyki zaprezentowane w Mapach Potrzeb Zdrowotnych wskazują, że w 2016 r. w województwie opolskim chorobowość rejestrowana w grupie rozpoznań „choroby kręgosłupa” jako choroby przewlekłej wynosiła 127,3 tys., przy przeciętnej dla kraju wynoszącej – 5341,9 tys. Chorobowość rejestrowana ujmuje „wszystkich żyjących na dzień 31 grudnia 2016 pacjentów (którzy pojawili się z chorobą przewlekłą od roku 2009), niezależnie od tego czy świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ zostały im udzielone w roku 2016”.¹⁶

Wskaźnik chorobowości rejestrowanej (tj. liczba chorych w przeliczeniu na 100 tys. ludności) ukształtował się w województwie opolskim w 2016 r. na poziomie 12 814,3 (średnio w kraju – 13,9 tys.) plasując się wraz z województwami: pomorskim (11 563,6), łódzkim (12 270,4) oraz wielkopolskim (12 637,2) w grupie województw o najniższej wartości.

Mapa 2. Wskaźnik chorobowości rejestrowanej dla rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa” w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego, Warszawa 2018, s. 41

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego kobiet dla województwa opolskiego, Warszawa 2018, s. 6

W województwie opolskim w 2022 r. w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielono łącznie 137,4 tys. świadczeń z następującymi rozpoznaniem (zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”, M51 „inne choroby kręzka międzykręgowego” oraz M54 „ból grzbietu”. W stosunku do 2016 r. liczba udzielonych świadczeń, zarówno w województwie opolskim, jak i przeciętnie w kraju uległa zmniejszeniu, przy czym zdecydowanie mniejszy spadek notowano w regionie: 0,4% kontra 6,0% w kraju.

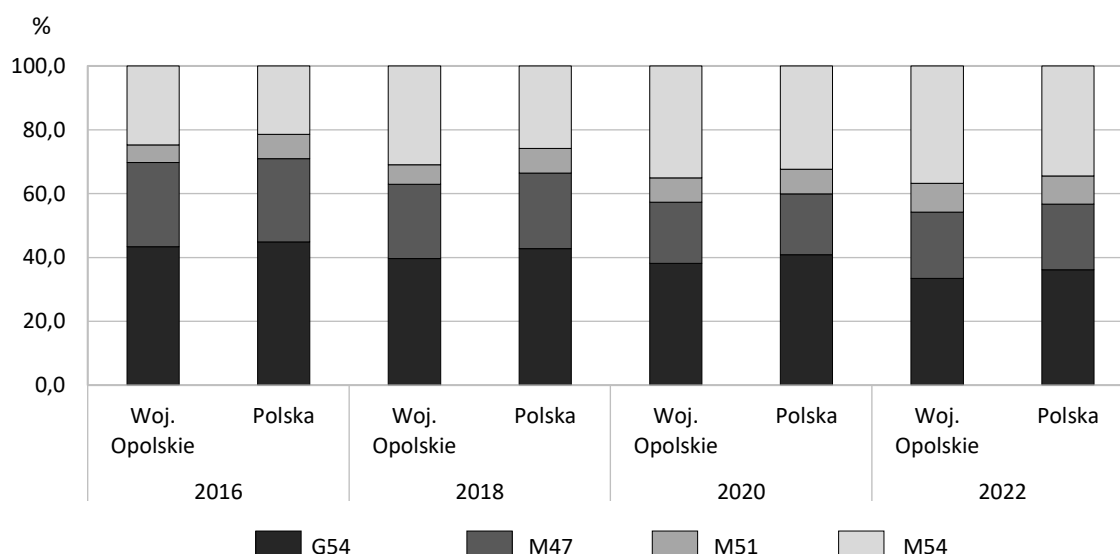
Tabela 3. Liczba udzielonych świadczeń w POZ wg wybranych rozpoznań

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLITÓW NERWOWYCH” (w tys.)							
POLSKA	2994,8	2879,0	2791,9	2717,7	2275,5	2302,3	2267,8
Województwo Opolskie	59,8	57,4	53,6	54,7	45,0	46,3	45,9
M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA” (w tys.)							
POLSKA	1736,6	1660,0	1538,8	1463,3	1056,2	1236,8	1288,4
Województwo Opolskie	36,4	34,3	31,3	31,5	22,6	28,0	28,6
M51 „INNE CHOROBY KRĄŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO” (w tys.)							
POLSKA	512,9	515,8	508,8	529,2	433,2	509,2	554,1
Województwo Opolskie	7,6	7,9	8,3	9,8	9,0	10,9	12,4
M54 „BÓLE GRZBIETU” (w tys.)							
POLSKA	1427,4	1554,2	1682,0	1819,7	1798,1	2015,2	2157,8
Województwo Opolskie	34,2	38,1	41,8	44,0	41,3	47,3	50,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 22.07.2024 r.

Na przestrzeni lat 2016–2022, struktura udzielonych świadczeń w ww. grupie rozpoznań w POZ (podobnie jak w kraju), uległa w województwie opolskim wyraźnym przeobrażeniom.

Wykres 1. Struktura świadczeń udzielonych w POZ wg wybranych rozpoznań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 22.07.2024 r.

W 2016 r. najwięcej świadczeń udzielonych w regionie dotyczyło rozpoznania G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”. Ich odsetek kształtował się w województwie opolskim na poziomie 43,3% (przeciętnie w kraju – 44,9%) podczas gdy w 2022 r. obniżył się o 9,9 p. proc. osiągając poziom 33,4% (w kraju analogicznie: spadek o 8,7 p. proc. oraz 36,2%). Najmniej natomiast w 2016 r. zarówno w regionie, jak i w kraju odnotowano świadczeń z rozpoznaniem M51 „inne choroby krążka międzykręgowego”. Spośród ogółu udzielonych świadczeń w województwie opolskim, świadczenia wg ww. rozpoznania stanowiły w 2016 r. – 5,5% (średnio w kraju – 7,7%), a w 2022 r. – 9,0%, tj. wyższy o 3,5 p. proc. (w kraju odpowiednio: 8,8% oraz wzrost o 1,1 p. proc.).

Analiza międzywojewódzka zmian liczby udzielonych świadczeń w POZ w stosunku do 2016 r. wykazała, że województwo opolskie było regionem, w którym w największym stopniu zwiększyła się liczba porad z rozpoznaniem M51 „inne choroby krążka międzykręgowego”, tj. o 64,0% podczas gdy przeciętnie w kraju o 8,0%.

Tabela 4. Dynamika świadczeń udzielonych w POZ wg wybranych rozpoznań w 2022 r. (2016=100)

Wyszczególnienie	Typ rozpoznania:			
	G54	M47	M51	M54
POLSKA	75,7	74,2	108,0	151,2
Dolnośląskie	67,1	64,6	94,1	147,3
Kujawsko-Pomorskie	74,2	67,7	110,9	139,5
Lubelskie	95,3	78,6	101,7	140,5
Lubuskie	87,4	74,4	114,2	133,9
Łódzkie	68,0	69,8	107,8	153,9
Małopolskie	73,4	78,1	112,7	156,8
Mazowieckie	72,8	68,8	110,2	160,7
Opolskie	76,8	78,5	164,0	147,7
Podkarpackie	72,0	79,5	99,5	171,2
Podlaskie	77,1	72,6	113,4	159,7
Pomorskie	73,2	74,1	123,9	139,5
Śląskie	72,7	77,6	119,5	164,1
Świętokrzyskie	76,8	73,7	84,7	139,4
Warmińsko-Mazurskie	83,0	74,8	109,2	130,6
Wielkopolskie	76,5	80,6	104,6	153,2
Zachodniopomorskie	85,5	73,4	104,9	143,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Wśród rozpoznań M54 województwo opolskie również zajmowało wysoką lokatę ze wzrostem na poziomie 47,7%. W grupie rozpoznań: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” oraz M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa” zanotowano spadki względem 2016 r., aczkolwiek były one niższe niż obserwowane przeciętnie w kraju (odpowiednio: o 23,2% wobec 24,3% oraz 21,5% wobec 25,8%).

Mając na uwadze, iż niniejszy Program zgodnie z zapisami w dokumencie *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027* ukierunkowany jest na „zapobiegania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy poprzez m.in. rehabilitację medyczną”¹⁷ należy poddać analizie również świadczenia medyczne udzielane osobom w wieku produkcyjnym, tj. w „wieku zdolności do pracy”.¹⁸

Statystyki Ministerstwa Zdrowia wskazują, że w województwie opolskim (podobnie jak w kraju) spośród ww. wyselekcjonowanych na poczet niniejszego Programu rozpoznań (z wyjątkiem M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”), ponad połowę stanowiły świadczenia udzielone osobom w grupie wieku 18–60 lat.

Tabela 5. Odsetek świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat w ogółem świadczeń danego rozpoznania

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLOTÓW NERWOWYCH” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	72,7	71,5	69,3	68,1	70,7	67,6	65,9
Województwo Opolskie	67,7	66,4	65,4	64,7	66,9	64,6	62,4
M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	52,5	50,9	48,6	46,8	49,4	45,1	43,3
Województwo Opolskie	49,4	47,7	45,3	43,7	46,2	40,3	38,8
M51 „INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	74,1	72,9	71,0	69,6	71,4	67,7	65,8
Województwo Opolskie	72,1	70,9	67,6	64,3	66,8	62,1	59,8
M54 „BÓLE GRZBIETU” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	73,6	72,8	71,3	70,6	73,7	70,8	69,2
Województwo Opolskie	69,6	69,1	68,0	67,3	71,4	67,7	65,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 22.07.2024 r.

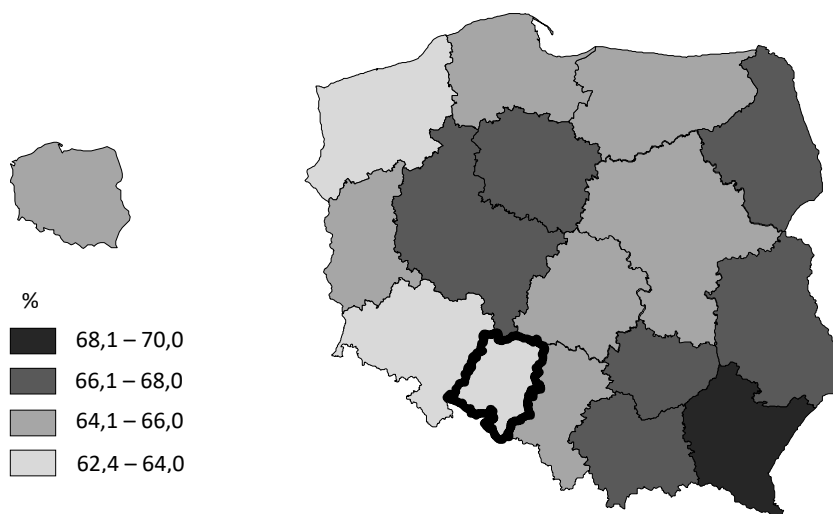
W 2022 r. w ujęciu międzywojewódzkim, województwo opolskie plasowało się w grupie województw o najniższych odsetkach świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat w ogółem świadczeń danego rozpoznania.

¹⁷ https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2022/12/FEO-2021-2027_DECYZJA-KE.pdf, dostęp w dniu 19.06.2024 r.

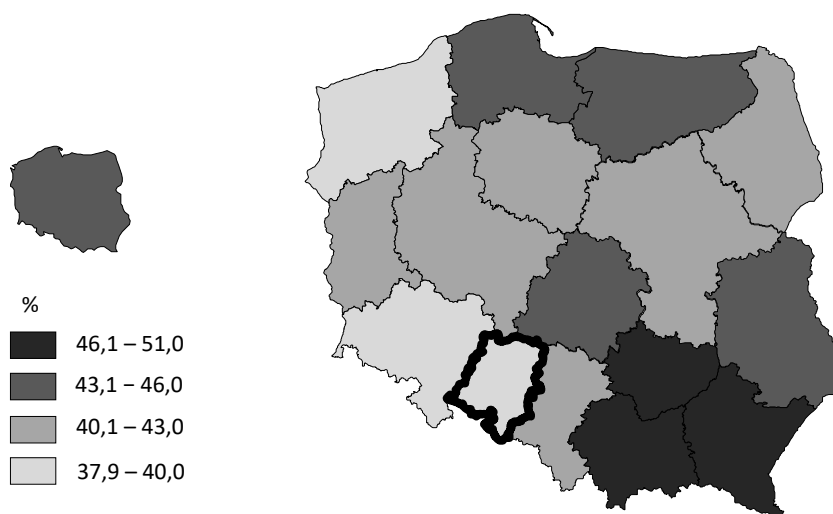
¹⁸ <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html>, dostęp w dniu 19.06.2024 r.

Mapa 3. Odsetek świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat w ogółem świadczeń danego rozpoznania w 2022 r.

G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLOTÓW NERWOWYCH”



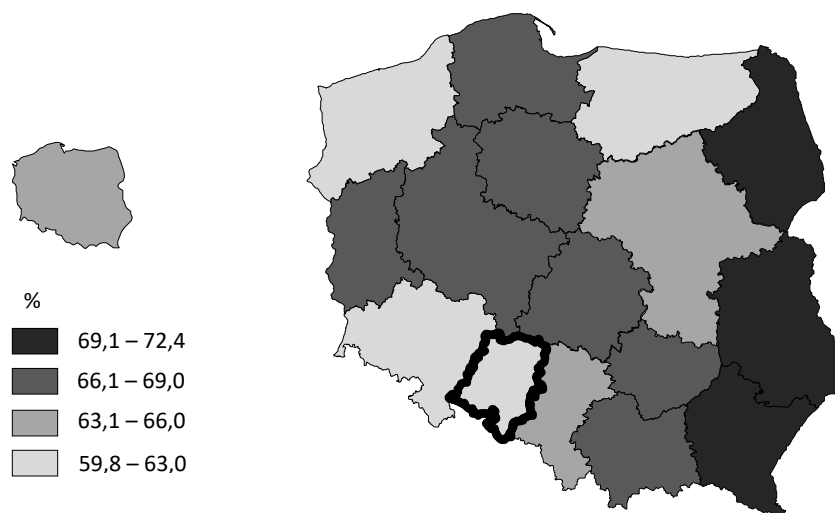
M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA”



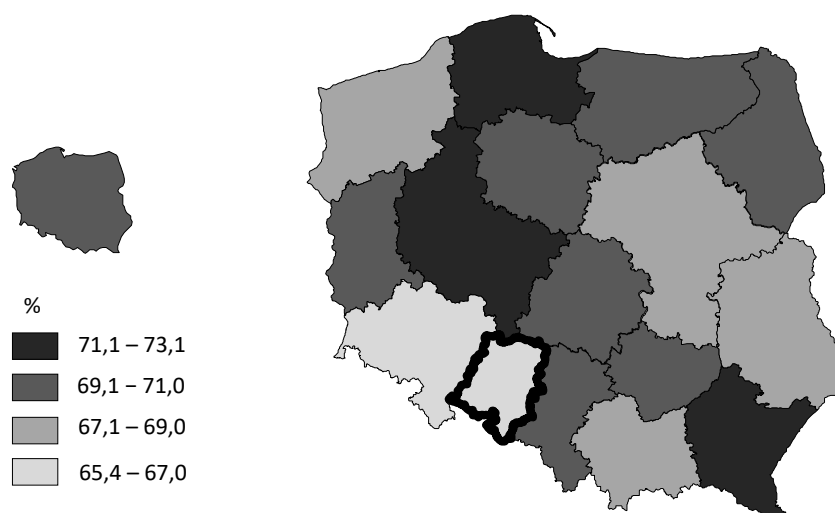
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 24.07.2024 r.

Mapa 3. Odsetek świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat w ogółem świadczeń wg wybranego rozpoznania w 2022 r. (dok.)

M51 "INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO"



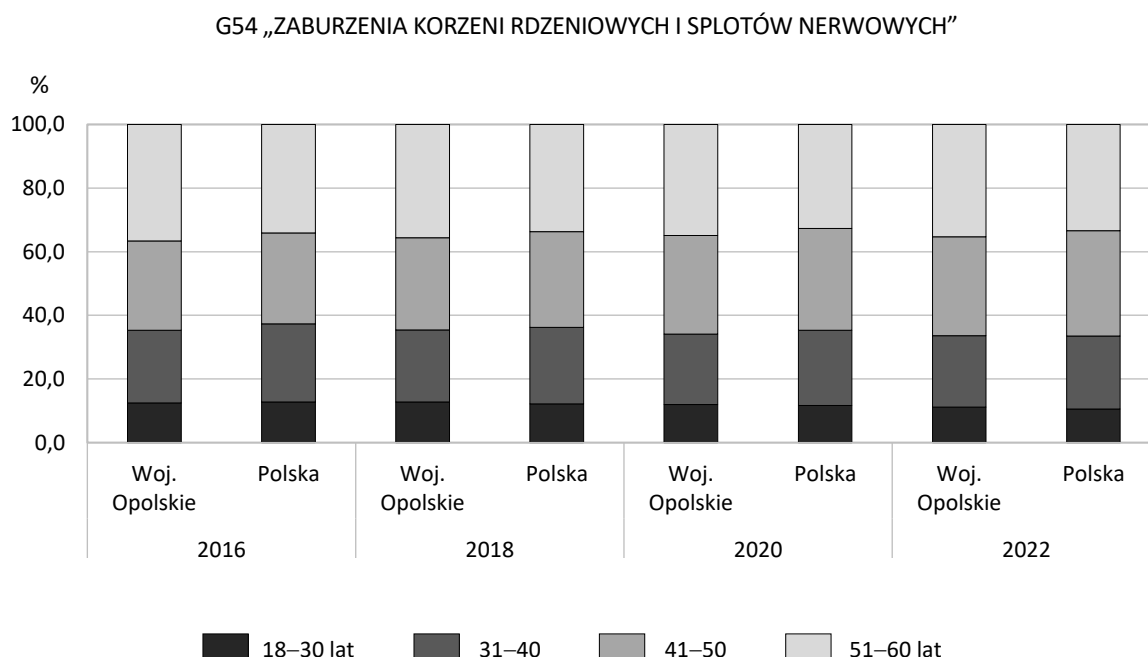
M54 "BÓLE GRZBIETU"



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 24.07.2024 r.

Szczegółowa analiza struktury świadczeń udzielonych w POZ w grupie osób w wieku zdolności do pracy w latach 2016–2022 wykazała, że spośród ww. wyselekcjonowanych na poczet niniejszego Programu rozpoznań największy udział w województwie opolskim (podobnie jak w kraju) stanowiły świadczenia udzielone pacjentom w grupie wieku 51–60 lat, przy czym w regionie osiągały wyższe poziomy niż średnio w kraju. W województwie opolskim (podobnie jak w kraju) spośród wszystkich wybranych w niniejszym Programie rozpoznań, najbardziej niekorzystne zmiany w strukturze wg wieku pacjentów dotyczyły świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 41–50 lat. Odsetki świadczeń udzielonych pacjentom w ww. grupie wieku w 2022 r. w stosunku do odsetków notowanych w 2016 r. wyraźnie wzrosły. W omawianym okresie udziały świadczeń z rozpoznaniem: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” oraz M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa” zwiększyły się w regionie o 3,0 p. proc. (w kraju odpowiednio: o 3,9 p. proc. oraz o 4,6 p. proc.), natomiast udziały świadczeń wg rozpoznań: M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” oraz M54 „ból grzbietu” o 3,8 p. proc. (w kraju analogicznie o 4,9 p. proc.). Osoby w grupie wieku 41–50 lat to osoby najczęściej już mocno osadzone na rynku pracy, legitymujące się dłuższym stażem pracy, a przede wszystkim stanowiące liczną zbiorowość w populacji pracujących. Dane średnioroczne GUS dot. Aktywności Ekonomicznej Ludności w wieku 15–89 lat wg BAEL wskazują, że w 2023 r. odsetek osób w grupie wieku 40–49 lat wynosił blisko ⅓ ogółu pracujących, zatem utrzymanie tej grupy w dobrej kondycji zdrowotnej ma istotne znaczenie.

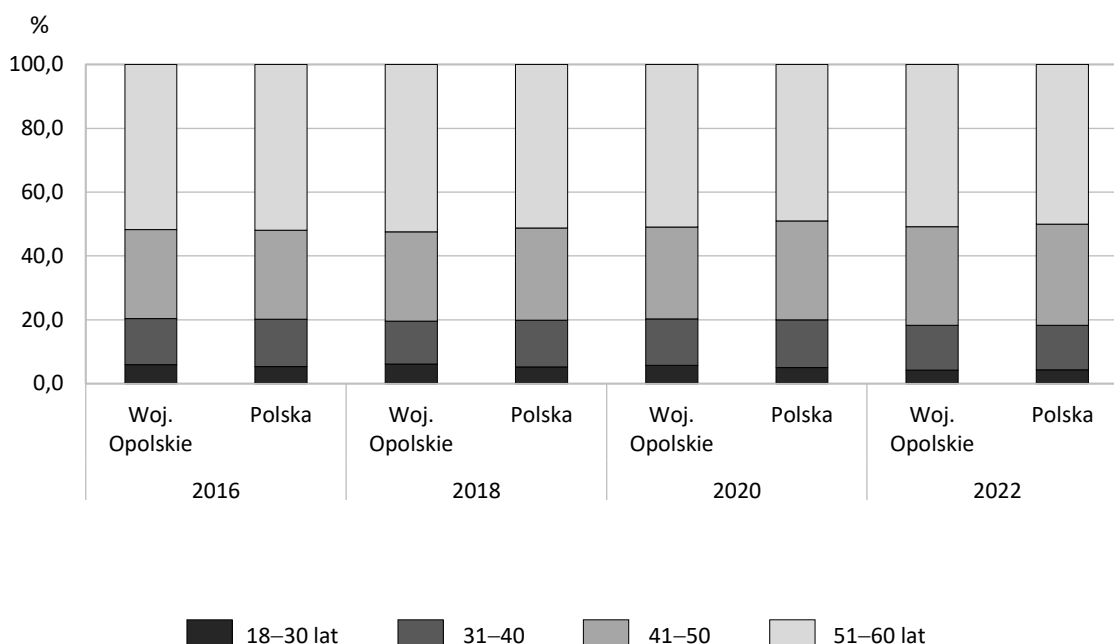
Wykres 2. Struktura świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat wg wybranych rozpoznań i szczegółowych grup wieku



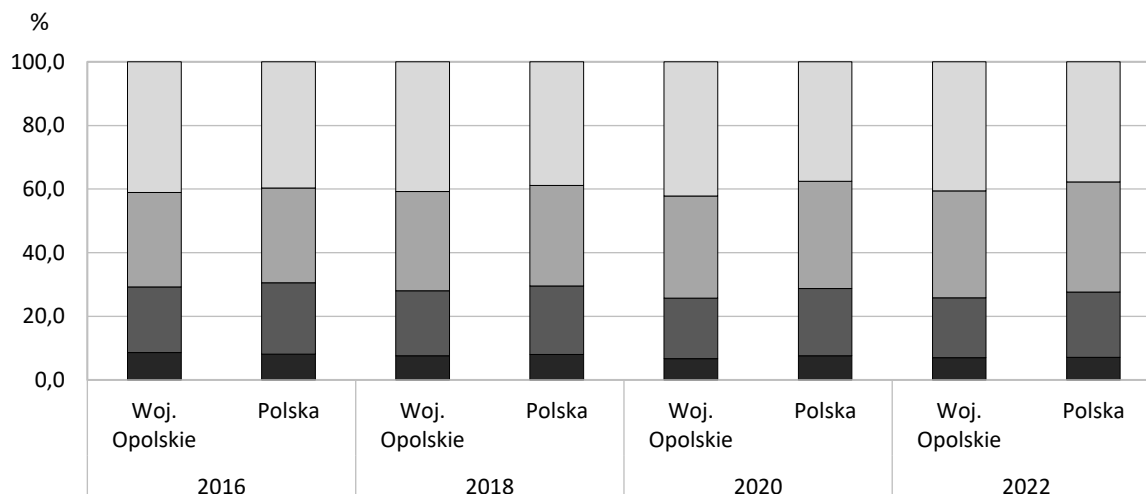
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 24.07.2024 r.

Wykres 2. Struktura świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat wg wybranych rozpoznań i szczegółowych grup wieku (cd.)

M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA”

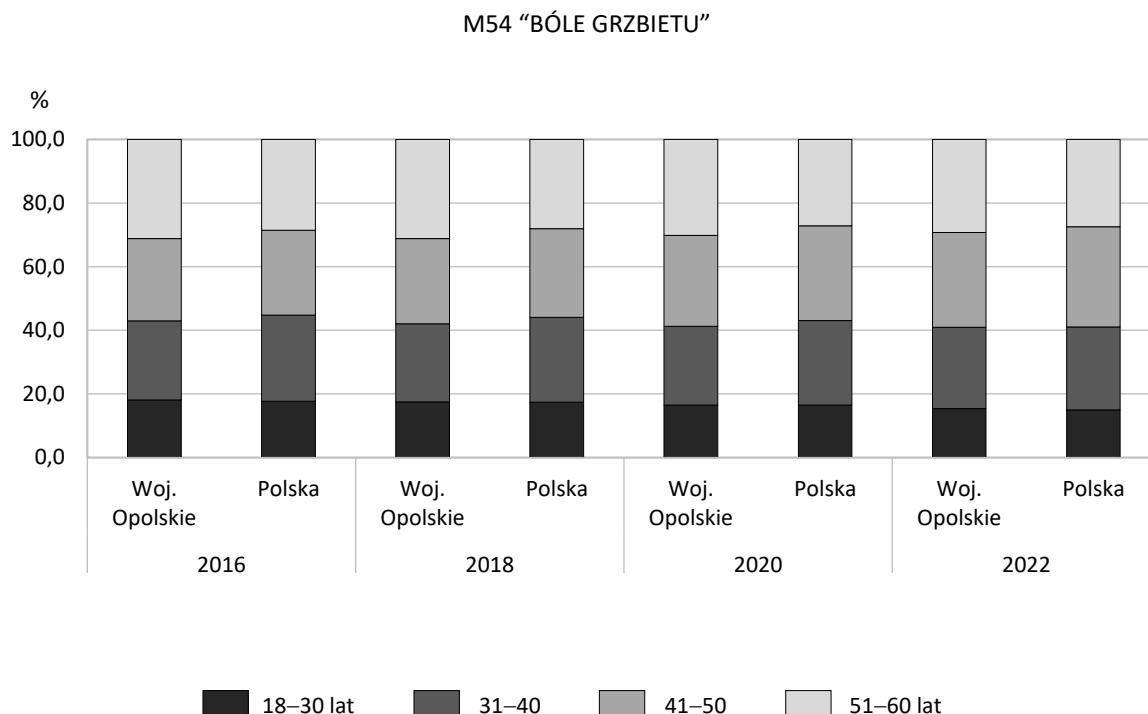


M51 “INNE CHOROBY KRĄŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO”



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 24.07.2024 r.

Wykres 2. Struktura świadczeń udzielonych w POZ osobom w grupie wieku 18–60 lat wg wybranych rozpoznai i szczegółowych grup wieku (dok.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>, dostęp w dniu 24.07.2024 r.

W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie opolskim w 2022 r. udzielono łącznie 71,9 tys. porad z rozpoznaniem: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”, M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”, M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” oraz M54 „bóle grzbietu”. W relacji do 2016 r. ich liczba zwiększyła się w regionie o 9,7%, natomiast średnio w kraju zmniejszyła się o 3,0%. Analizując zaistniałe zmiany wg poszczególnych typów rozpoznai można stwierdzić, że w województwie opolskim w większości ww. rozpoznai (z wyjątkiem M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”) odnotowano wzrosty liczby udzielonych porad i były one znacząco wyższe od obserwowanych w kraju. W regionie w omawianym okresie w największym stopniu zwiększyła się liczba porad z rozpoznaniem G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”, tj. o 64,9% podczas gdy średnio w kraju o 49,8%.

Tabela 6. Liczba porad udzielonych w AOS wg wybranych rozpoznai

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLITÓW NERWOWYCH” (w tys.)							
POLSKA	1389,5	1362,3	1319,0	1314,0	1097,2	1229,6	1265,7
Województwo Opolskie	24,8	26,0	26,2	27,9	23,7	25,0	24,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 25.07.2024 r.

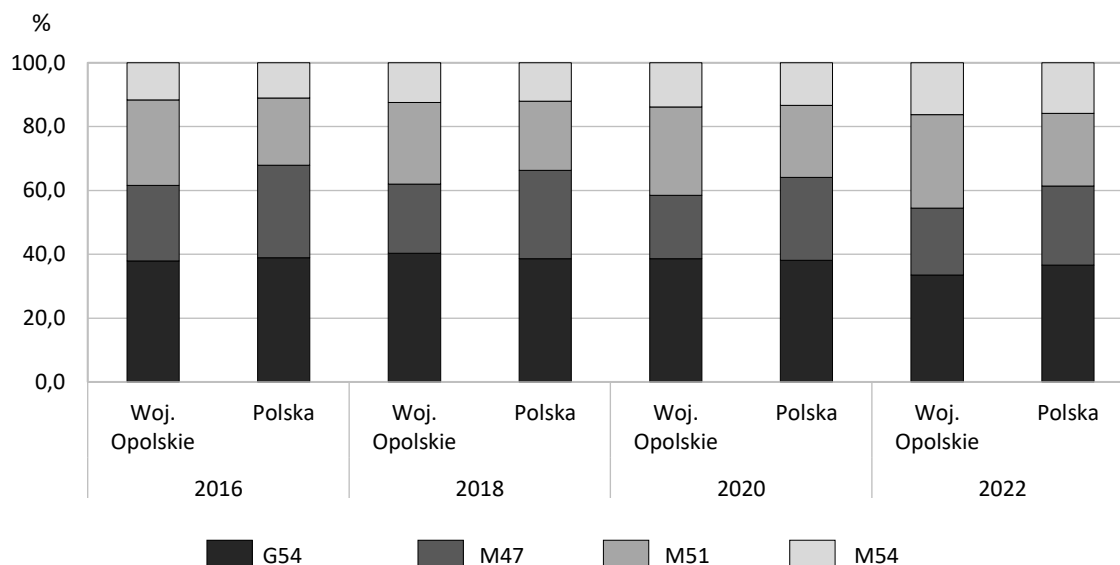
Tabela 6. Liczba porad udzielonych w AOS wg wybranych rozpoznań (dok.)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA” (w tys.)							
POLSKA	1034,0	987,4	946,6	946,8	746,2	834,6	859,3
Województwo Opolskie	15,5	14,9	14,1	14,8	12,1	13,5	15,1
M51 „INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO” (w tys.)							
POLSKA	753,6	752,5	741,5	766,7	648,3	752,5	788,2
Województwo Opolskie	17,6	17,5	16,6	18,5	17,0	19,4	21,0
M54 „BÓLE GRZBIETU” (w tys.)							
POLSKA	393,0	406,4	412,5	434,7	383,8	488,1	548,6
Województwo Opolskie	7,7	7,6	8,1	8,7	8,5	10,0	11,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 25.07.2024 r.

Struktura porad udzielonych w AOS wg. wyselekcjonowanych typów rozpoznań (tak jak i w kraju) nie wykazywała istotnych zmian.

Wykres 3. Struktura porad udzielonych w AOS wg wybranych rozpoznań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 25.07.2024 r.

Nadal najwięcej udzielonych porad, zarówno w województwie opolskim, jak i w kraju, miało określone rozpoznanie G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”, choć ich udział malał na rzecz rosnącego udziału rozpoznań M54 „bóle grzbietu”. W 2016 r. odsetek porad z powodu rozpoznania G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” wynosił w województwie opolskim 37,9% (przeciętnie w kraju – 38,9%), a w 2022 r. uległ zmniejszeniu o 4,4 p. proc. do poziomu 33,5% (w kraju odpowiednio: spadek o 2,4 p. proc. oraz 36,6%). Udział porad z rozpoznaniem M54 „bóle grzbietu” w 2016 r. w województwie opolskim ukształtował się na poziomie 11,7% (średnio w kraju – 11,0%) podczas gdy w 2022 r. wzrósł do poziomu 16,3%, tj. o 4,6 p. proc. (w kraju analogicznie: 15,8%, tj. o 4,8 p. proc.).

Tendencje zaprezentowane powyżej potwierdza analiza w ujęciu międzywojewódzkim. W stosunku do 2016 r. województwo opolskie plasowało się w czołówce województw pod względem wysokości osiągniętych wzrostów, jak i najniższych spadków, co oznacza, że problem epidemiologiczny dot. występowania chorób kręgosłupa jest w regionie nadal istotny.

Tabela 7. Dynamika porad udzielonych w AOS wg wybranych rozpoznań w 2022 r. (2016=100)

Wyszczególnienie	Typ rozpoznania:			
	G54	M47	M51	M54
POLSKA	149,8	83,1	104,6	139,6
Dolnośląskie	124,5	73,0	98,3	139,6
Kujawsko-Pomorskie	148,1	62,7	102,5	146,9
Lubelskie	157,1	82,5	96,5	191,0
Lubuskie	146,6	69,5	98,6	66,5
Łódzkie	157,9	90,5	114,0	172,4
Małopolskie	144,9	97,6	105,2	127,9
Mazowieckie	147,9	78,9	111,4	139,1
Opolskie	164,9	95,8	119,8	153,1
Podkarpackie	137,0	98,5	98,6	126,6
Podlaskie	196,7	77,0	114,7	114,5
Pomorskie	163,0	92,1	113,8	192,1
Śląskie	147,9	85,5	97,1	131,3
Świętokrzyskie	135,6	74,7	124,7	181,0
Warmińsko-Mazurskie	124,1	77,1	112,3	132,0
Wielkopolskie	169,5	73,4	103,4	146,5
Zachodniopomorskie	138,8	87,5	99,3	134,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Z uwagi na cele niniejszego Programu, warto spojrzeć, jak kształtowała się sytuacja w zakresie porad udzielanych osobom w grupie wieku produkcyjnym w AOS wg. wskazanych uprzednio rozpoznań. Jak wynika z danymi pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych Ministerstwa Zdrowia, w analizowanym okresie w województwie opolskim (podobnie jak w kraju) średnio co drugą poradę wg. uprzednio określonych rozpoznań udzielono osobom w grupie wieku 18–64 lata.

Tabela 8. Odsetek porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata w ogółem porad danego rozpoznania

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLOTÓW NERWOWYCH” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	74,5	73,0	71,0	69,4	69,7	68,4	66,2
Województwo Opolskie	71,9	71,0	69,8	68,1	66,7	65,2	63,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 25.07.2024 r.

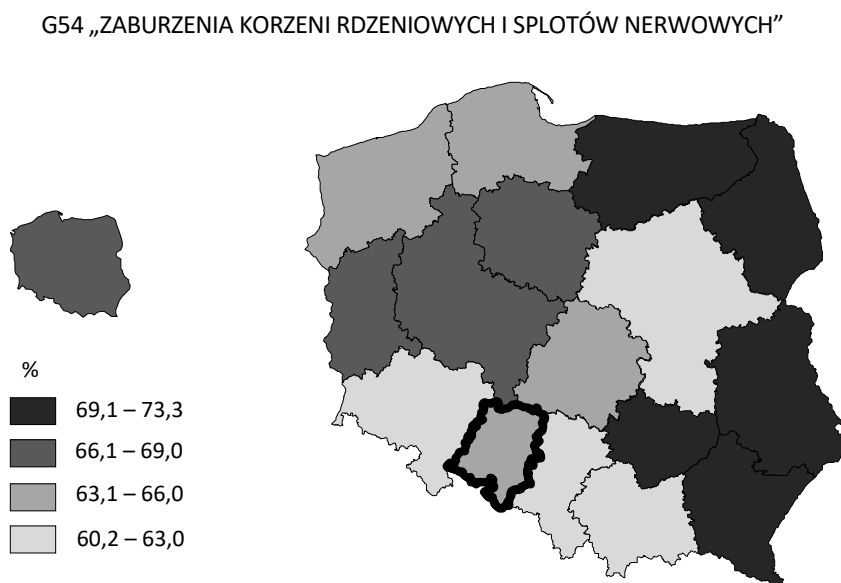
Tabela 8. Odsetek porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata w ogółem porad danego rozpoznania (dok.)

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	57,3	55,8	53,5	51,8	52,8	51,7	49,4
Województwo Opolskie	60,0	57,2	55,8	54,1	55,5	54,3	52,3
M51 “INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	76,9	75,5	73,3	71,5	72,3	70,9	68,3
Województwo Opolskie	76,6	74,5	73,3	71,2	72,8	69,1	67,3
M54 “BÓLE GRZBIETU” (w % ogółem rozpoznania)							
POLSKA	75,3	73,8	71,9	70,8	72,2	71,1	68,6
Województwo Opolskie	74,9	73,0	71,6	69,3	72,5	70,0	68,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 25.07.2024 r.

Analiza międzywojewódzka porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata, wykazała, że województwo opolskie pod tym względem osiągało wartości, które lokowały je w środkowej części kraju.

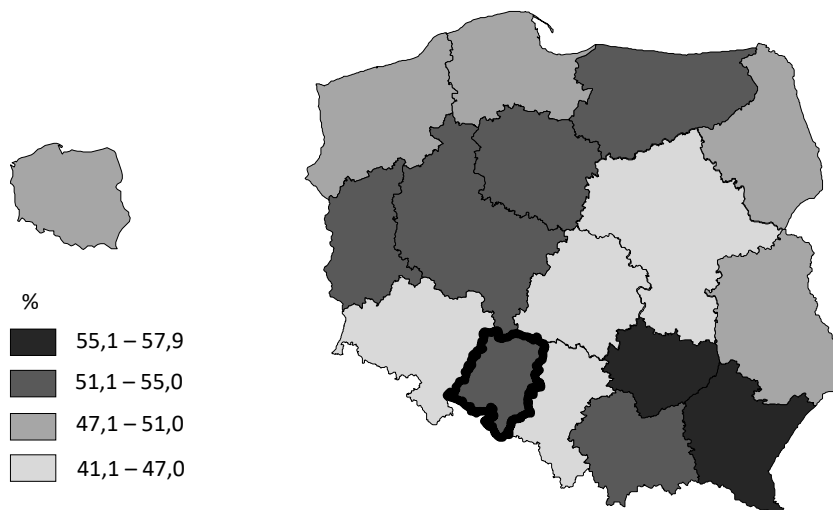
Mapa 4. Odsetek porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata w ogółem świadczeń danego rozpoznania w 2022 r.



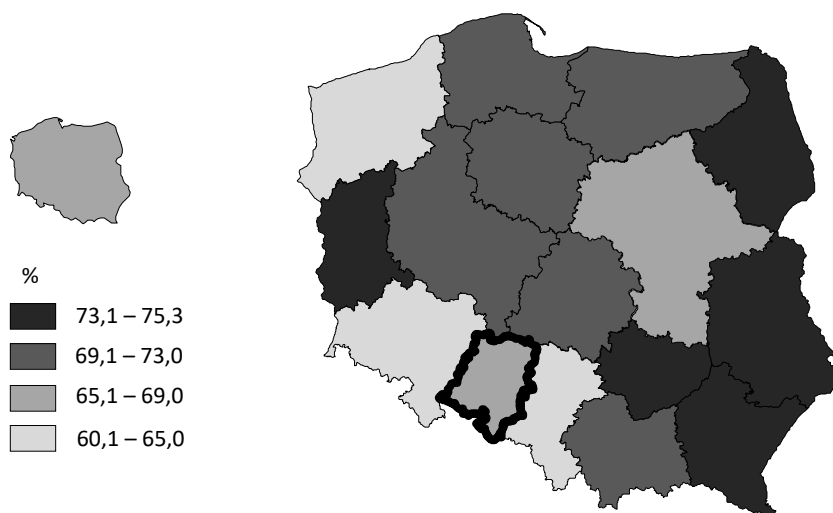
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Mapa 4. Odsetek porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata w ogółem świadczeń danego rozpoznania w 2022 r. (cd.)

M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA”



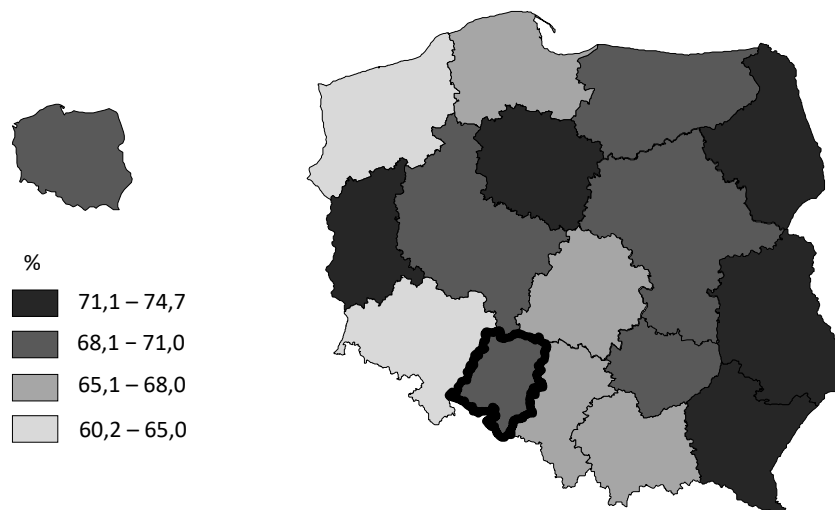
M51 “INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO”



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Mapa 4. Odsetek porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata w ogółem świadczeń danego rozpoznania w 2022 r. (dok.)

M54 "BÓLE GRZBIETU"

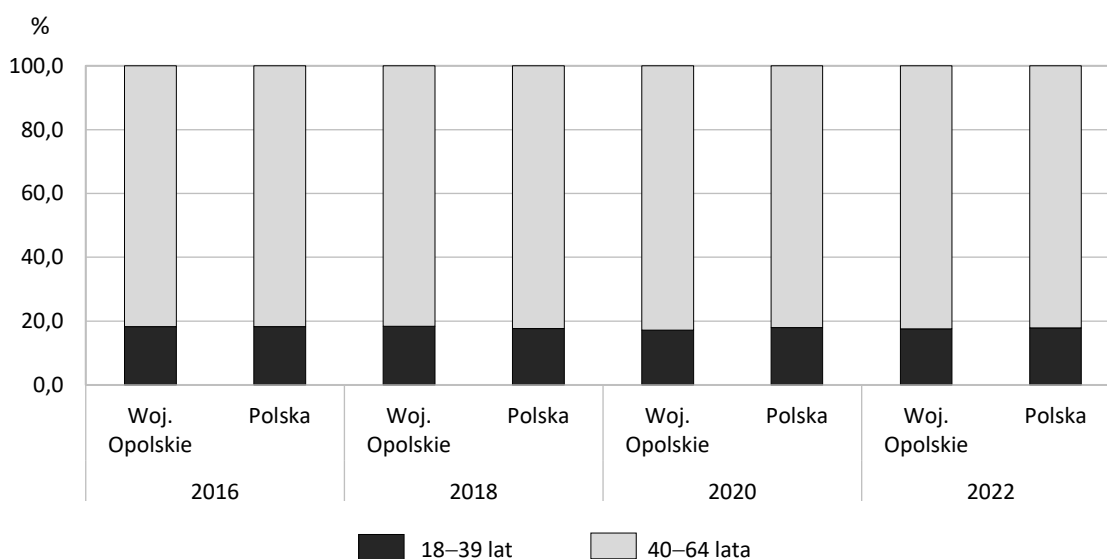


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

W województwie opolskim (podobnie jak w kraju) w populacji osób w wieku zdolności do pracy, tj. 18–64 lata (tożsamo jak w przypadku świadczeń udzielonych w POZ), porad w AOS z ww. określonymi typami rozpoznań najczęściej udzielano osobom w grupie wieku 40–64 lata.

Wykres 4. Struktura porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata wg wybranych rozpoznań i szczegółowych grup wieku

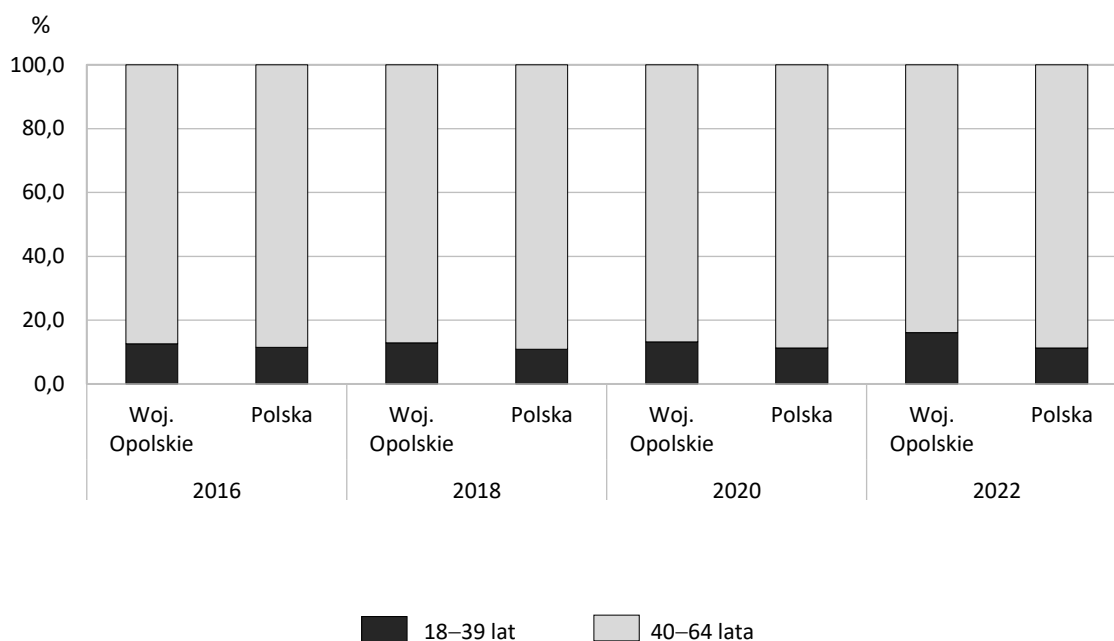
G54 „ZABURZENIA KORZENI RDZENIOWYCH I SPLOTÓW NERWOWYCH”



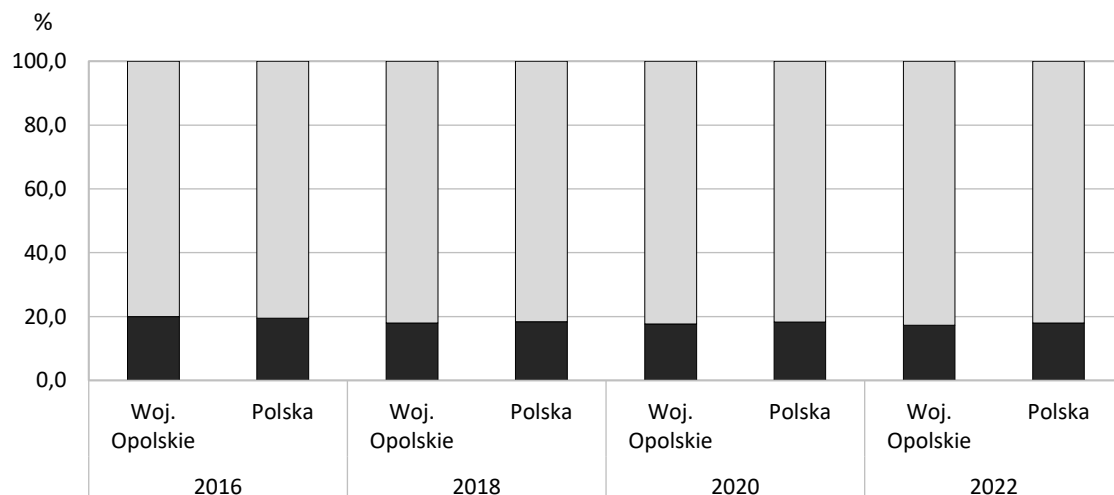
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Wykres 4. Struktura porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata wg wybranych rozpoznai i szczegółowych grup wieku (cd.)

M47 „ZMIANY ZWYRODNIENIOWE KRĘGOSŁUPA”

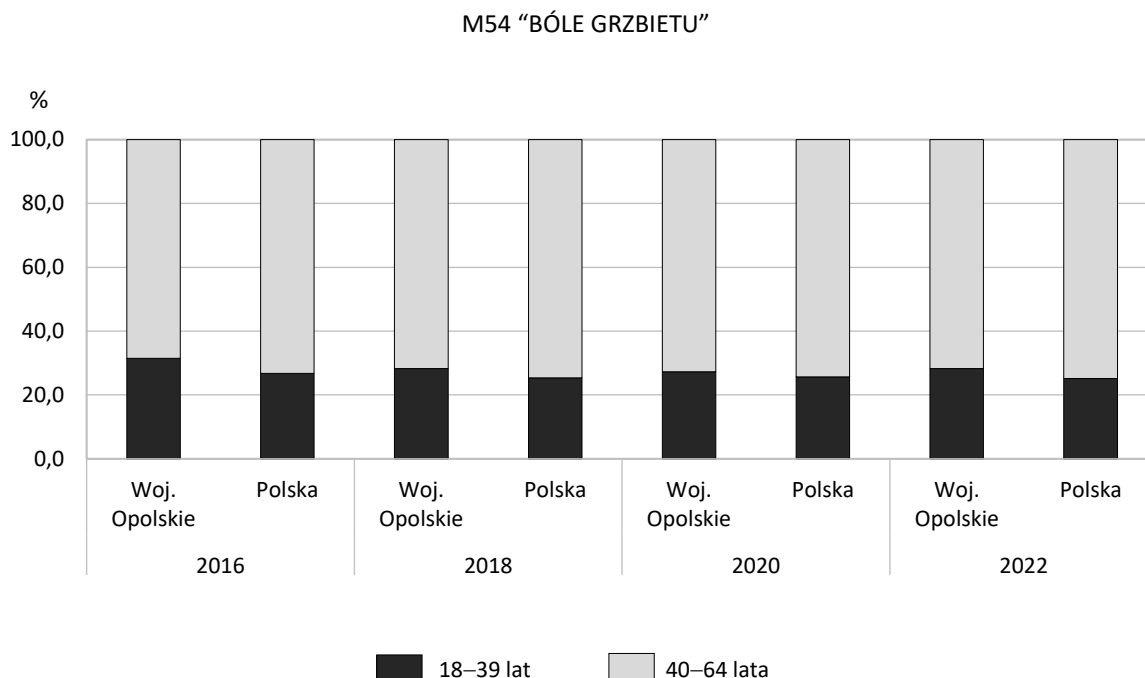


M51 „INNE CHOROBY KRAŻKA MIĘDZYKRĘGOWEGO”



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Wykres 4. Struktura porad udzielonych w AOS osobom w grupie wieku 18–64 lata wg wybranych rozpoznań i szczegółowych grup wieku (dok.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

W porównaniu z danymi dla kraju, w regionie dla rozpoznań: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” oraz M51 „inne choroby krążka międzykręgowego”, notowano wyższe udziały dla porad udzielonych pacjentom w ww. wskazanej grupie wieku (odpowiednio: w województwie 82,4% podczas gdy w kraju 82,2% oraz 82,7% oraz 82,0%). Natomiast dla rozpoznań: M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa” oraz M54 „bóle grzbietu” udziały porad udzielonych pacjentom w grupie wieku 40–64 lata były niższe niż zaobserwowane przeciętnie w kraju (analogicznie: 83,9% wobec 88,7% oraz 71,8% kontra 74,9%).

Przeprowadzona analiza struktury udzielonych porad w AOS wg. szczegółowych grup wieku wykazała, że bardziej znaczące zmiany zaistniały wśród porad udzielonych pacjentom w grupie wieku 40–64 lata (co jest zbieżne z tendencją obserwowaną wśród świadczeń udzielanych w POZ). W województwie opolskim w 2022 r. dla trzech spośród wyselekcjonowanych na poczet niniejszego Programu typów rozpoznań odnotowano wzrost udziałów w strukturze względem 2016 r. Odsetek porad udzielonych dla rozpoznania G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” uległ zwiększeniu w regionie o 0,7 p. proc. (w kraju o 0,5 p. proc.), dla rozpoznania M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” o 2,6 p. proc. (w kraju analogicznie o 1,6 p. proc.), a dla rozpoznań M54 „bóle grzbietu” o 3,3 p. proc. (w kraju odpowiednio o 1,6 p. proc.). Mając zatem na względzie argumentację zaprezentowaną przy analizie świadczeń w POZ, zasadnym jest podjęcie działań ukierunkowanych na objęcie tej grupy pacjentów opieką specjalistyczną.

Podsumowując, jak prezentuje poniższa tabela, część pacjentów ze stwierdzonym w POZ rozpoznaniem nie trafia z różnych przyczyn na dalszą diagnostykę do AOS.

Tabela 9. Różnica pomiędzy liczbą świadczeń udzielonych w POZ a liczbą porad udzielonych w AOS wg wybranych rozpoznai w województwie opolskim

Typ rozpoznania	2016		2022	
	POZ	AOS	POZ	AOS
	w tys.			
OGÓŁEM				
G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”	59,8	24,8	45,9	24,1
M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”	36,4	15,5	28,6	15,1
M51 “inne choroby krążka międzykręgowego”	7,6	17,6	12,4	21,0
M54 “bóle grzbietu”	34,2	7,7	50,5	11,7
W WIEKU ZDOLNOŚCI DO PRACY				
G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”	40,5	17,9	28,7	15,2
M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”	18,0	9,3	11,1	7,9
M51 “inne choroby krążka międzykręgowego”	5,5	13,5	7,4	14,2
M54 “bóle grzbietu”	23,8	5,7	33,0	8,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna> oraz <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>, dostęp w dniu 26.07.2024 r.

Można przypuszczać, że pacjenci ci z różnych przyczyn są poza systemem publicznej służby zdrowia, m.in. z powodu podjęcia leczenia komercyjnego, ustąpienia dolegliwości lub zaniechania dalszej diagnostyki. W przypadku grupy pacjentów, którzy nie kontynuowali działań diagnostycznych pomimo wskazań lekarza POZ, konsekwencje w przyszłości mogą być wysoce niekorzystne. Przede wszystkim w dalszej perspektywie mogą skutkować kolejnymi dolegliwościami zdrowotnymi, które mogą generować wyższe koszty społeczne w opiece zdrowotnej, szczególnie dotkliwe z uwagi na zasoby pracy w grupie osób w wieku produkcyjnym.

Ważnymi przesłankami silnie uargumentowującymi potrzebę wdrożenia niniejszego Programu w województwie opolskim są nasilające się procesy depopulacyjne w regionie, starzenie się społeczeństwa, kurczące się zasoby pracy, długi czas oczekiwania na świadczenie rehabilitacyjne oraz wzrastające koszty społeczne systemu opieki zdrowotnej, które bezpośrednio rzutują zarówno na zaprojektowany wachlarz wsparcia, jak również na grupę docelową, której to wsparcie zostanie udzielone podczas realizacji niniejszego Programu.

Tabela 10. Ludność oraz wybrane wskaźniki charakteryzujące sytuację demograficzną oraz społeczno-gospodarczą

Wyszczególnienie	Województwo opolskie	Polska
Liczba ludności (stan w dniu 31 grudnia 2023 r.; w tys.)	936,7	37 636,5
Prognozowana liczba ludności w 2060 r. (w tys.)	691,9	30 925,6
Mediana wieku w 2023 r. (w latach): Kobiet Mężczyzn	46,1 43,1	44,4 41,2
Prognozowana mediana wieku w 2050 r.: Kobiet Mężczyzn	58,3 53,8	54,8 50,1
Liczba ludności w wieku produkcyjnym (stan w dniu 31 grudnia 2023 r.; w tys.)	552,5	21985,5
Prognozowana liczba ludności w wieku produkcyjnym w 2060 r. (w tys.)	327,7	15 102,9
Liczba pracujących w gospodarce narodowej (stan w dniu 31 grudnia 2023 r.; bez pracujących za granicą; w tys.)	342,9	15 142,5
Średnia wieku pracujących w gospodarce narodowej (stan w dniu 31 grudnia 2023 r.; bez pracujących za granicą)	43,0	42,6
Mediana czasu oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych w przypadku stabilnym (stan na grudzień 2023 r.; w dniach)	234	193
Liczba dni absencji chorobowych z powodu rozpoznanych w grupie „M00–M99 choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej” osób w grupie wieku 19–65 lat na 100 tys. mieszkańców w 2022 r.	104 371	104 326
Przeciętna kwota wydatków ogółem na świadczenie związane z niezdolnością do pracy na 1 osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym dla rozpoznania M00–M99 „choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej” w 2022 r. (w PLN)	211,11	265,88

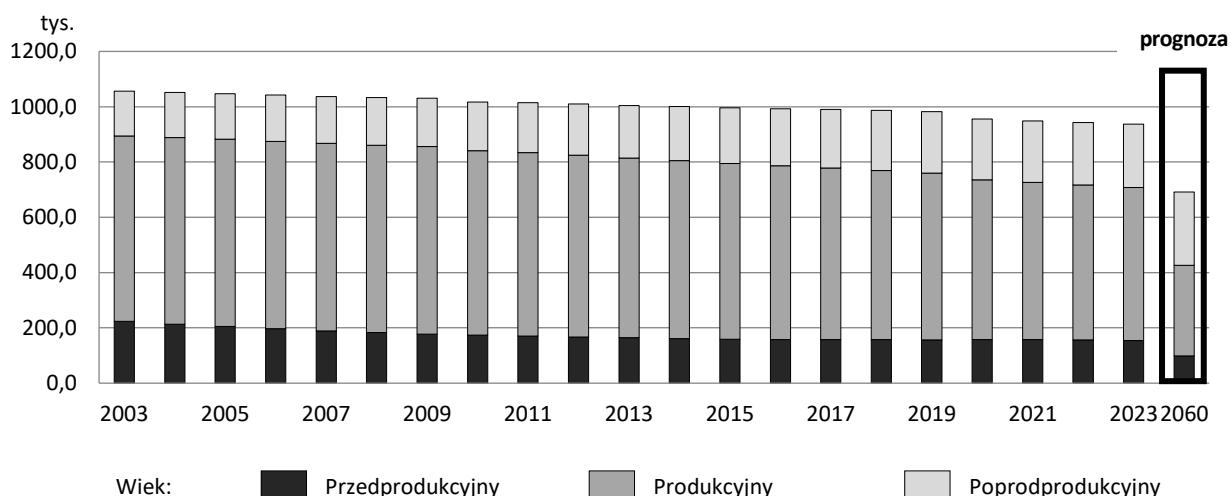
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: GUS Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>, Ministerstwa Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/> oraz Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 31, 34

W województwie opolskim w strukturze ludności według wieku obserwuje się niepokojące symptomy, które z roku na rok nasilają się. Systematycznie maleje liczba dzieci i młodzieży, a równocześnie wzrasta liczba ludności w starszych rocznikach. Pogłębia się proces starzenia się społeczeństwa, na co wskazują m.in.: rosnący poziom współczynnika starości demograficznej, indeksu starości oraz zwiększająca się wartość mediany wieku ludności.

Na koniec grudnia 2023 r. w województwie opolskim mieszkało 936,7 tys. osób, natomiast zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego do 2060 r. liczba mieszkańców regionu zmniejszy się o ok. 26%. Jak zasygnalizowano powyżej, zachodzące w regionie „zmiany demograficzne (m.in. systematyczny ubytek ludności oraz postępujący proces starzenia się) wpływają na stan i strukturę ludności według

ekonomicznych grup wieku"¹⁹, a ta w województwie opolskim jak wskazuje poniższy wykres jest wysoce niekorzystna, a prognoza również nie jest optymistyczna.

Wykres 5. Ludność w województwie opolskim według ekonomicznych grup wieku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>

Odzwierciedleniem obserwowanych w województwie opolskim zmian w strukturze ludności wg ekonomicznych grup wieku jest „wartość współczynnika obciążenia demograficznego, wyrażanego relacją liczby osób w wieku nieprodukcyjnym (tj. przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym) do liczby osób w wieku produkcyjnym”²⁰. W końcu 2023 r. ww. miernik ukształtował się w regionie na poziomie 70 osób (przeciętnie w kraju – 71) i w okresie dwóch dekad zwiększył się o 12 osób (w kraju również o 12 osób), natomiast szacuje się, że w perspektywie kolejnych lat jeszcze się zwiększy osiągając poziom 111 osób w 2060 r. (średnio w kraju – 105 osób).

Na rynku pracy w województwie opolskim obserwuje się symptomy świadczące o zmniejszającym się potencjale siły roboczej. Spada liczba pracujących w gospodarce narodowej, wzrasta średnia wieku pracujących oraz zwiększa się liczba biernych zawodowo za przyczyną „choroby, niepełnosprawność”. W końcu grudnia 2023 r. w województwie opolskim odnotowano 342,9 tys. pracujących, tj. o 3,8 tys. mniej niż jeszcze przed rokiem (spadek o 1,1%), a średnia wieku pracujących wynosiła w regionie 43,0 lata (i była wyższa niż notowana przeciętnie w kraju – 42,6 lat) wobec 42,8 lat przed rokiem. Dane średnioroczne GUS dot. Aktywności Ekonomicznej Ludności wg BAEL wskazują, że w 2023 r. z powodu „choroby, niepełnosprawności” odnotowano w województwie opolskim 24,0 tys. osób o statusie biernych zawodowo w grupie wieku 15–74 lata podczas gdy w 2021 r. ich liczba kształtowała się na poziomie 21,0 tys. osób.

Dane z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia, wskazują, że mediana czasu oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych wg stanu na grudzień 2023 r. wynosiła w województwie opolskim 234 dni wobec 193 dni przeciętnie w kraju.

Niekorzystnym trendom demograficznym oraz kurczącym się zasobom pracy towarzyszy również wzrost absencji chorobowych w populacji osób zdolnych do pracy. Według danych pozyskanych z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia w 2022 r. w województwie opolskim

¹⁹ Sytuacja demograficzna województwa opolskiego w latach 2010–2019, Urząd Statystyczny w Opolu, <https://opole.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-wojewodztwa-opolskiego-w-latach-2010-2019,2,16.html>, Opole 2020, s. 39

²⁰ Jw., s. 41

liczba dni absencji z powodu rozpoznania „M00–M99 choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej” wynosiła 983,6 tys. i względem 2016 r. zwiększyła się o 10,8% podczas gdy przeciętnie w kraju wzrosła o 8,9%. Analiza wg szczegółowych rozpoznaw wyselekcjonowanych na poczet niniejszego Programu wykazała, że dla rozpoznania M54 „bóle grzbietu” liczba dni absencji w omawianych latach zwiększyła się w województwie opolskim aż o 58,9% tymczasem średnio w kraju o 49,9%. Wśród pozostałych rozpoznaw liczba dni absencji w 2022 r. w stosunku do 2016 r. uległa zmniejszeniu, jednakże w mniejszym stopniu niż przeciętnie w kraju. W województwie opolskim w 2022 r. osobom w grupie wieku 19–65 lat z powodu rozpoznaw: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i spłotów nerwowych”, M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”, M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” oraz M54 „bóle grzbietu” wydano łącznie 593,8 tys. zaświadczeń lekarskich o charakterze absencji chorobowej, tj. o 1,2% więcej niż w 2016 r. podczas gdy średnio w kraju o 6,9% mniej.

Zgodnie z danymi Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w latach 2016–2023 r. w województwie opolskim lekarze orzecznicy ZUS wydali 0,5 tys. pierwszorazowych orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z rozpoznaniem „M00–M99 choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej” oraz 0,4 tys. orzeczeń ponownych. W skali kraju, w 2023 r. jak podają źródła ZUS „najwyższy udział orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy (łącznie z orzeczeniami o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji) w ogólnej liczbie orzeczeń z ustalonym stopniem niezdolności do pracy wystąpił w województwie podlaskim i opolskim – odpowiednio wynosił 64,4% i 60,1%.”²¹

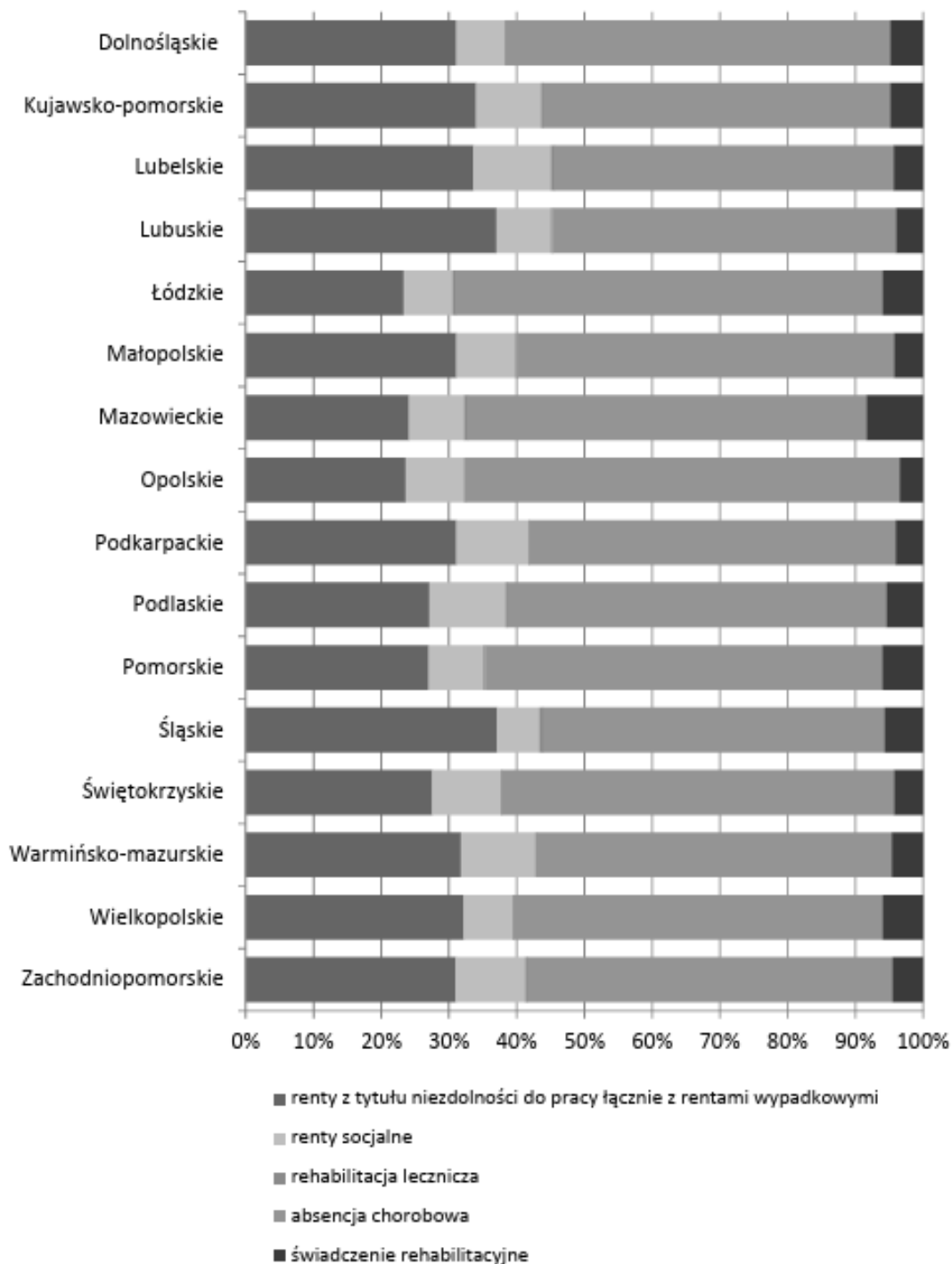
Wartość kosztów rocznego obciążenia budżetu powodowane LBP (G54–G55, M45–M51), w tym RK w populacji polskiej oszacowana na lata 2019–2021 (opracowanie własne na bazie danych NFZ, ZUS ww. latach 2019–2021) wynosi 3 186 778 994,95 zł. W literaturze wskazuje się, że ponad 80% całkowitych kosztów przypisywanych LBP wynika z kosztów pośrednich, takich jak utrata zdolności do pracy, koszty świadczeń zdrowotnych itp. Przyjmując założenie, że dzienny koszt świadczenia chorobowego wynosi obecnie 80,3 zł (obliczony dla pracownika o dochodach minimalnych, który jest zatrudniony na umowę o pracę), w latach 2019–2021 koszt wynagrodzeń chorobowych wyniósł sumarycznie 8 052 152 843 zł (średniorocznie koszt wynosi 2 684 050 948 zł) (opracowanie własne).

W 2022 r. województwo opolskie na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wydatkowało 943 406,7 tys. zł (tj. 2,1% wydatków ogółem w kraju), z czego aż 606 200,0 tys. na absencje chorobowe. W strukturze wydatkowanych środków, podobnie jak w kraju i wszystkich województwach, „wydatki na absencję chorobową przewyższały wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy”, a najwyższy ich udział notowano w województwie opolskim – 64,2%.²²

²¹ Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2023 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2024, s. 21

²² Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 23

Wykres 6. Struktura wydatków ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2022 r. według rodzajów wypłaconych świadczeń



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 24

Oceniając wydatki przeznaczone na świadczenia związane z niezdolnością do pracy należy zwrócić uwagę jak kształtuje się „wskaźnik wydatków przypadających na jedną osobę objętą

ubezpieczeniem zdrowotnym".²³ W regionie przeciętna kwota wydatków ogółem na 1 osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2022 r. wyniosła 1581,94 zł przy przeciętnej dla kraju – 1810,49 zł.

Tabela 11. Przeciętna kwota wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na 1 osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2022 r. wg rodzajów świadczeń

Wyszczególnienie	Rodzaj świadczenia:				
	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty z tytułu niezdolności do pracy – wypadkowe	Renty socjalne	Świadczenia rehabilitacyjne	Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszy
POLSKA	552,58	187,54	153,30	98,17	1001,21
Dolnośląskie	537,28	209,73	124,86	83,11	977,82
Kujawsko-Pomorskie	691,46	156,39	195,75	98,06	1044,65
Lubelskie	637,00	198,75	217,24	82,16	950,21
Lubuskie	720,02	268,58	158,77	76,94	988,99
Łódzkie	435,26	115,01	136,10	11,82	1177,63
Małopolskie	539,48	214,89	152,15	73,49	966,42
Mazowieckie	381,48	90,76	129,18	130,87	932,28
Opolskie	372,72	147,78	137,39	53,59	1016,50
Podkarpackie	593,42	155,72	204,61	76,26	1031,83
Podlaskie	441,53	106,23	183,44	85,43	911,75
Pomorskie	471,48	154,00	142,14	104,11	1021,80
Śląskie	751,83	360,90	128,46	112,97	1021,23
Świętokrzyskie	507,13	170,53	189,21	77,15	1067,87
Warmińsko-Mazurskie	599,00	175,67	206,94	85,72	989,66
Wielkopolskie	675,32	233,31	152,41	123,93	1143,04
Zachodniopomorskie	555,58	145,46	184,08	79,01	965,86

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 24

Jak podaje Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w kraju „drugą grupą chorobową pod względem wysokości przeciętnej kwoty wydatków przypadających na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym była grupa chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00–M99)”.²⁴ W województwie opolskim wydatek ten kształtował się na poziomie 211,11 zł podczas gdy średnio w kraju na poziomie 265,88 zł. Biorąc pod uwagę jednostki chorobowe (zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10) wyselekcjonowane na poczet niniejszego Programu powodujące

²³ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 31

²⁴ Jw., s. 34

niezdolność do pracy, a co za tym idzie generujące wydatki na świadczenie związane z niezdolnością do pracy, w 2022 r. stanowiły w kraju łącznie 9,4% ogółu poniesionych wydatków. Kształtowały się następująco: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych” – 2,5%, M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa” – 1,6%, M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” – 3,3%, oraz M54 „bóle grzbietu” – 2,0%.²⁵

Spośród wypłacanych przez ZUS rent z tytułu niezdolności do pracy, w 2022 r. w kraju najwyższe koszty społeczne „wystąpiły w związku z urazami, zatruciami – 18,4%, chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 16,7%, chorobami układu krążenia – 15,7%, oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 14,3%”.²⁶ W grupie wydatków poniesionych „z tytułu absencji chorobowej finansowanej z FUS i funduszy zakładów pracy, najwyższe wydatki zostały poniesione na absencję chorobową spowodowaną chorobami okresu ciąży, porodu i połogu – 21,8% ogółu wydatków na absencję chorobową, chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 13,5%, chorobami układu oddechowego – 12,5%, urazami, zatruciami i innymi określonymi skutkami czynników zewnętrznych – 11,2% oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania – 11,0%”.²⁷ W strukturze wydatków na świadczenie rehabilitacyjne, schorzenia należące do grupy M00–M99 „choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej” generowały największe wydatki na świadczenia rehabilitacyjne w związku z niezdolnością do pracy. W kraju w 2022 r. ich udział w strukturze wydatków na świadczenia rehabilitacyjne oscylował w granicach 32,3%.”²⁸ Natomiast „w strukturze wydatków na rehabilitację leczniczą przeważają wydatki związane z rehabilitacją schorzeń występujących w grupie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 57,4%, urazów i zatruc – 9,9%, chorób układu nerwowego – 8,9%, chorób układu oddechowego – 7,5%, chorób układu krążenia – 5,3% oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 3,1%”.²⁹

Zaprezentowane dane demograficzne, jak: „zaburzona struktura demograficzna ludności regionu i związana z tym intensyfikacja procesów starzenia także zasadniczo wpływa na przyszły rozwój województwa opolskiego. Starzenie się mieszkańców regionu, w konsekwencji skutkuje i będzie skutkować: dalszym zmniejszaniem się liczby ludności regionu, zmniejszeniem nakładów siły roboczej na regionalnym i lokalnych rynkach pracy, koniecznością zapewnienia infrastruktury społecznej dostosowanej do potrzeb osób starszych, przy jednoczesnym obniżeniu wpływów podatkowych do budżetów JST.”³⁰

Mając na uwadze powyższe „niezbędne jest podjęcie działań sprzyjających aktywności zawodowej mieszkańców, w tym również w obszarze ochrony zdrowia”, ponieważ „zwiększenie długości życia w zdrowiu wpłynie na wzrost liczby osób aktywnych na rynku pracy - im dłużej dana osoba żyje w dobrym zdrowiu, tym dłużej jest zdolna do pracy i może przyczynić się m.in. do zmniejszenia luki na rynku pracy.” Samorząd Województwa Opolskiego, wychodząc naprzeciw zdiagnozowanym w regionie ww. problemom już na etapie opracowywania Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027” podniósł omawiane kwestie i ustawicznie inicjuje „wsparcie przyczyniające się do zapobiegania przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy, poprzez m.in.

²⁵ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2023, s. 36

²⁶ Jw., s. 43

²⁷ Jw., s. 46

²⁸ Jw., s. 47

²⁹ Jw., s. 48

³⁰ <https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/za%C5%82-1-Analiza-EFS-wojew%C3%B3dztwo-opolskie.pdf>, dostęp w dniu 19.06.2024 r.

realizację programów zdrowotnych dotyczących rehabilitacji medycznej ułatwiającej powrót do pracy pracownikom i osobom bezrobotnym"³¹ A niniejszy Program stanowi jedno z takich przedsięwzięć.

Mając zatem na względzie powyższe, niniejszy Program będzie stanowić kompleksowe wsparcie dla pacjentów borykających się z przewlekłymi bólami pleców, a poprzez podejmowanie działań profilaktycznych i zawierających elementy leczenia przyczyni się do ich powrotu na rynek pracy w województwie opolskim, co ma fundamentalne znaczenie na wielu płaszczyznach: zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych.

I.3. Opis obecnego postępowania

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dostępna jest m.in. porada specjalistyczna w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Dodatkowo w ramach AOS możliwe jest zlecenie badań diagnostycznych: RTG, TK lub RM kręgosłupa.³²

Działania mające na celu diagnostykę oraz rehabilitację występujących już schorzeń zawarte są w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.³³

Na każdym pracodawcy spoczywa obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Obejmuje on nie tylko przestrzeganie ogólnie uznawanych norm w tym zakresie, lecz również indywidualnych przeciwwskazań związanych ze stanem zdrowia lub osobniczymi skłonnościami pracownika. Obowiązek ten wynika z Konstytucji RP (art. 66), przepisów prawa międzynarodowego oraz z przepisów prawa pracy. Z kolei jego szczegółowy zakres określają przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 277) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (t.j. Dz.U. z 2023, poz. 607).³⁴

Rozpatrując zakres działań medycyny pracy w ujęciu legislacyjnym należy również wspomnieć o Europejskiej Dyrektywie Ramowej (89/391/EWG). Nakłada ona na pracodawców obowiązek prawny nakazujący chronić pracowników poprzez ocenę, redukcję i eliminację zagrożeń dla bezpieczeństwa i zdrowia, niezależnie od rodzajów takich zagrożeń. Dyrektywa nakłada również na pracowników ogólny obowiązek stosowania się do środków prewencyjnych określonych przez ich pracodawców. Ponadto, istnieją również europejskie porozumienia ramowe podpisane przez przedstawicieli pracodawców i pracowników na rzecz przeciwdziałania stresowi i przemocy

³¹ https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2022/12/FEQ-2021-2027_DECYZJA-KE.pdf, dostęp w dniu 19.06.2024 r.

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357>, dostęp z 20.05.2025

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180000465/O/D20180465.pdf>, dostęp z 20.05.2025

³⁴ Badania profilaktyczne pracowników - wybrane zagadnienia. Pozyskano z:

<https://m.ciop.pl/CiOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?nfpb=true&pageLabel=P39200118>, dostęp z 22.06.2020

w pracy.³⁵

Zgodnie z powyższym każdy pracodawca, bez względu na stan zatrudnienia, jest zobowiązany do zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznej opieki zdrowotnej. W tym celu zawiera umowę z podstawową jednostką służby medycyny pracy o przeprowadzanie badań pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne wynikające z ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. 2022 poz. 437).³⁶ Zadania służby medycyny pracy wykonują: lekarze, pielęgniarki, psychologowie i inne osoby o kwalifikacjach niezbędnych do wykonywania zadań tej służby.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników Programu.

* Wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 85% prawidłowych odpowiedzi.

II.2. Cele szczegółowe

- 1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 85% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia bólów kręgosłupa.***
- 2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji wystąpienia bólów kręgosłupa.***
- 3. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego* poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% osób we włączonych do programu zakładach pracy w zakresie profilaktyki pierwotnej, ergonomii pracy oraz postępowania w sytuacji wystąpienia bólów kręgosłupa.***

* Wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 85% prawidłowych odpowiedzi.

³⁵ Dyrektywa ramowa dotycząca bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, Pozyskano z:

<https://osha.europa.eu/pl/legislation/directives/the-osh-frameworkdirective/the-osh-framework-directive-introduction>, dostęp w dniu 22.06.2020 r.

³⁶ Badania profilaktyczne pracowników - wybrane zagadnienia, Pozyskano z:

<https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?nfpb=true&pageLabel=P39200118>, dostęp w dniu 22.06.2020 r.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela 12. Zestawienie mierników efektywności w powiązaniu z celami Programu

Cel	Miernik
Główny	<i>Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.</i>
1	<i>Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.</i>
2	<i>Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.</i>
3	<i>Odsetek osób we włączonych do programu zakładach pracy, u których w post-teście odnotowano wysoki* poziom wiedzy, względem wszystkich osób z włączonych do Programu zakładów pracy, którzy wypełnili pre-test.</i>

* Wysoki poziom wiedzy oznacza uzyskanie min. 85% prawidłowych odpowiedzi.

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

III.1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS w 2023 r. w województwie opolskim grupa osób aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym (tj. osób w wieku: 18–64 lata dla mężczyzn oraz 18–59 lat dla kobiet) liczyła 552 484 osoby (z czego 293 966 mężczyzn oraz 258 518 kobiet).

W celu precyzyjnego doboru populacji docelowej w niniejszym Programie przyjęto dodatkowe kryterium w postaci statystyk dot. występowania chorób i dolegliwości przewlekłych trwających co najmniej 6 miesięcy w oparciu o *Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)*, które jest „narzędziem realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich”.³⁷

Zgodnie z wynikami ww. badania „w 2019 r. najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi w Polsce, dotyczącymi ponad 1/4 osób dorosłych (w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. Problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, „dominowały w grupie osób w wieku 30–49 lat, a w grupie wieku 50–59 lat należały do dwóch najczęstszych schorzeń”.³⁸ W grupie osób w wieku 30–39 lat na „ból dolnej partii pleców” uskarżało się 13,6%, w grupie wieku 40–49 lat –

³⁷ GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>, s. 41

³⁸ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,6,7.html>, s. 34

24,0% osób i 35,6% w wieku 50–59 lat.”³⁹ Dodatkowym kryterium, które przyjęto jest odsetek absencji w województwie opolskim w 2023 r. dla rozpoznań z grupy: G54 „zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych”, M47 „zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa”, M51 „inne choroby krążka międzykręgowego” oraz M54 „bóle grzbietu” w określonych grupach wieku w relacji do ogólnej liczby absencji z ww. wymienionych grupach chorób.

W oparciu o powyższe statystyki, przyjmując, że na koniec 2023 r. w województwie opolskim populacja osób w grupie wieku:

- 30–39 lat liczyła 135 432 osoby, a 13,6% z nich odczuwało dolegliwości w dolnej partii pleców, uzyskamy grupę: 18 419 osób,
- 40–49 lat stanowiła 151 999 osób, z których 24,0% uskarżało się na ból pleców, otrzymamy grupę: 36 480 osób,
- 50–59 lat wyniosła 127 133 osoby, z czego 35,6% zgłaszało problem z kręgosłupem dolnego odcinka, co daje 45 259 osób.

Odsetek absencji w województwie opolskim w 2023 r. dla ww. rozpoznań⁴⁰ w następujących grupach wieku wynosił odpowiednio:

- dla 30–39 lat – 19,6%, zatem uzyskamy grupę: 3 610 osób,
- dla 40–49 lat – 28,2%, otrzymamy grupę: 10 287 osób,
- dla 50–59 lat – 31,4%, co daje 14 211 osób.

Mając na względzie powyższe kryteria, wielkość populacji docelowej w niniejszym Programie oszacowano na ok. 28 000 osób, z czego ok. 3720 osób zostanie włączonych do Programu przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu polityki zdrowotnej.

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

Do Programu zostanie zakwalifikowana osoba:

- będąca mieszkańcem województwa opolskiego,
- będąca osobą pracującą albo osobą bezrobotną zarejestrowaną,
- u której w oparciu o wypełnioną ankietę rekrutacyjną oraz odbytą wizytę diagnostyczno-terapeutyczną zdiagnozowano chorobę układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej wg rozpoznania: M40 (nie obejmuje kifoskolioz), M47, M48, M50, M51, M53, M54 oraz G54,
- której stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym,
- która wyraziła pisemną zgodę na udział w Programie,
- która złożyła oświadczenie potwierdzające niekorzystanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania z innych środków

³⁹ GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>, s. 44

⁴⁰ Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>, dostęp w dniu 05.03.2025 r.

publicznych, w tym NFZ.

Kandydaci na uczestników Programu mogą zgłaszać się bezpośrednio do podmiotów realizujących projekty (beneficjentów). W podmiotach zostaną przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji.

Ze względu na preferencje przewidziane w pierwszeństwie dostępu do projektów przy rekrutacji należy też uwzględnić osoby w wieku 50+ (z uwagi na preferencję dotyczącą udziału osób wieku 50+).

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w niniejszym Programie należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Tabela 13. Zestawienie kryteriów włączenia oraz kryteriów wyłączenia w powiązaniu z etapami Programu

Etapy Programu	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia 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 trzech miesięcy) ból kręgosłupa, – lub osoby deklarujące w formularzu zgłoszeniowym obecność czynników zwiększających ryzyko pojawienia się przewlekłego bólu kręgosłupa (NASS 2020, ISCI 2018, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016, OPTIMa 2016, SIMFER 2013), tj.: palenie tytoniu, cukrzyca, choroby naczyń krwionośnych, infekcje, podeszły wiek, przewlekły stres, depresja, nadwagę, słaba kondycja fizyczna, podnoszenie dużych ciężarów, częste dźwiganie, poddawanie ciała działaniu wibracji, częste wykonywanie ruchów pochylania lub skręcania tułowia, długotrwałe przyjmowanie niewygodnych pozycji	– uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

Tabela 13. Zestawienie kryteriów włączenia oraz kryteriów wyłączenia w powiązaniu z etapami Programu (dok.)

Etapy Programu	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia w zakładach pracy	– pracodawcy i pracownicy zakładów pracy, które zostały zgłoszone do udziału w Programie	– uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat
Wizyta diagnostyczno- terapeutyczna	– osoby, które w formularzu zgłoszeniowym do Programu zadeklarują trwający na czas złożenia formularza ból kręgosłupa trwający nieprzerwanie od co najmniej trzech miesięcy	– pozostawanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa
Działania rehabilitacyjne z elementami edukacyjnymi	– otrzymanie skierowania na działania rehabilitacyjne w czasie realizowanej w ramach Programu wizyty diagnostyczno- terapeutycznej	– pozostawanie pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa, – obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. „czerwone flagi”), – obecność przeciwwskazań medycznych do rehabilitacji, w tym brak współpracy ze strony świadczeniobiorcy

III.3. Planowane interwencje

Świadczenia medyczne w ramach niniejszego Programu stanowią wartość dodaną do oferowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej. Program zawiera dodatkowe interwencje, niemieszczące się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Niniejszy Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

1. Szkolenia personelu:

Aby zapewnić odpowiednio wysoki i skuteczny poziom świadczeń zdrowotnych w ramach Programu przewidziano następujące szkolenia dla personelu medycznego:

- **Manualna diagnostyka i leczenie kręgosłupa,**
- **Kinesiotaping medyczny ze szczególnym uwzględnieniem schorzeń kręgosłupa,**
- **Praca z pacjentem z przewlekłym bólem kręgosłupa jako pacjentem trudnym – podejście psychologiczne.**

Powyższe szkolenia zostaną przeprowadzone przez realizatora Programu, a w przypadku niemożności organizacji takiego szkolenia, w drodze konkursu wyłonione zostaną profesjonalne firmy szkolące personel medyczny w wybranej tematyce.

Leczenie manualne (ukierunkowane manipulacje i mobilizacje) w przypadku przewlekłych dolegliwości ze strony kręgosłupa zostało wskazane w najnowszej rekomendacji WHO jako jeden z czterech podstawowych środków leczenia tego typu zaburzeń.

Kinesiotaping pełni rolę wspomagającą właściwe leczenie, aplikacja ma długotrwały charakter bez potrzeby codziennej konsultacji oraz jest łatwa do wyuczenia przez samego uczestnika. Aby łagodzić dolegliwości już po zakończeniu Programu, może on samodzielnie stosować wyuczone oklejania taśmami wskazanymi przez fizjoterapeutę, a dostępnymi na otwartym rynku.

Szkolenie z zakresu pracy psychologicznej pomoże personelowi realizującemu Program na lepsze przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w bólach przewlekłych kręgosłupa, pomoże w motywowaniu pacjenta do własnej pracy nad utrzymaniem stanu optymalnego zdrowia. Będzie stanowiło ułatwienie w łagodzeniu lub likwidowaniu tzw. żółtych flag – problemów psychospołecznych w leczeniu przewlekłego bólu pleców.

2. Kwalifikacja medyczna do programu polityki zdrowotnej:

Interwencja obejmuje następujące kroki:

- **Rekrutacja – wypełnienie ankiety rekrutacyjnej PPZ,**
- **Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna.**

Kwalifikacja pacjenta do Programu przeprowadzona zostanie przez personel spełniający wymogi określone w Tabeli 13.

W ankiecie uwzględnione zostaną następujące zagadnienia:

- ✓ krótki opis dolegliwości bólowych (czas trwania, okolica występowania bólu),
- ✓ czynniki zwiększające ryzyko pojawienia się przewlekłego bólu kręgosłupa (NASS 2020, ISCI 2018, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016, OPTIMa 2016, SIMFER 2013),
- ✓ kwestionariusz STarT Back – oceniający ryzyko wystąpienia przewlekłego bólu kręgosłupa,
- ✓ oświadczenie dotyczące niepozostawiania pod opieką poradni w związku z występowaniem przewlekłego bólu kręgosłupa od co najmniej trzech miesięcy,
- ✓ oświadczenie dotyczące niekorzystania w ciągu ostatnich 6 miesięcy z takich świadczeń rehabilitacji leczniczej, jak oferowane w niniejszym Programie, finansowanych przez NFZ, a także z innych środków publicznych.

Szczegółowa ankieta zostanie opracowana przez Radę ds. Programu i będzie kwalifikować uczestnika do wejścia do Programu. Ankiety będą mogły być składane przez potencjalnych uczestników osobiście lub przez inne osoby do tego upoważnione, drogą mailową lub telefonicznie.

Osoby zakwalifikowane na podstawie powyższej ankiety, będą zapraszane do odbycia wizyty diagnostyczno-terapeutycznej. Osoba nie spełniająca wstępnych kryteriów kwalifikacji nie będzie zapraszana do dalszych etapów Programu.

Wymagane jest, aby do oceny pacjentów w trakcie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zostało wykorzystane narzędzie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – w skrócie znane jako ICF.

Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. ICF określa składniki zdrowia i niektóre powiązane ze zdrowiem warunki dobrostanu, czyli dobrego samopoczucia.⁴¹

Rada ds. Programu opracuje w pierwszej kolejności listę podstawową ICF, która będzie stosowana u każdego uczestnika Programu na początku i na końcu Programu.⁴²

Każda osoba przystępująca do wizyty diagnostyczno-terapeutycznej przedkłada własną dokumentację medyczną (jeśli taką posiada). Skompletowanie dokumentacji medycznej i wymaganych badań diagnostycznych leży po stronie uczestnika programu. **Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne** (NASS 2020, ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017, KCE 2017, NICE 2016).

Wizyta diagnostyczno-terapeutyczna będzie obejmować:

- **badanie lekarskie** potwierdzające rozpoznanie kwalifikujące do wejścia do Programu,
- **wywiad przeprowadzany przez specjalistę fizjoterapii**, który uwzględnia m.in. takie aspekty jak: opis niesprawności/zaburzenia, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej (określające warunki pracy: praca siedząca, wymagająca schylania się, wymuszonej pozycji, podnoszenia/noszenia ciężarów), nawykach ruchowych, aktywności fizycznej,
- **badanie i analizę ruchu, ocenę chodu i ocenę postawy ciała** (osoba dokonująca kwalifikacji tj. specjalista fizjoterapii wykonuje odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu – zakres i miejsce występowania bólu). Dodatkowo wykonane będą następujące pomiary:
 - ✓ badanie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta zgodnie z klasyfikacją ICF, testy zgodne z ICF i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera, test SLR i PKB, test uciskowy prowokacji bólu w segmencie itp. (zaburzenia funkcjonalne),
 - ✓ pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy skali VAS (wizualna skala analogowa/ Visual Analog Scale),
 - ✓ Testy sprawności fizycznej: 5 minutowy test marszu, test przejścia z siadu do stania, test wytrzymałości prostowników i zginaczy (ICC 0,93–0,97, ICC 0,90–0,97, ICC 0,89–0,99, ICC 0,91–0,99),
 - ✓ określenie wskaźnika masy ciała BMI,
- **wykluczenie czerwonych i żółtych flag obowiązujących w fizjoterapii** (Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich

⁴¹ Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustun TB. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* (2002) 24:281–2. doi: 10.1080/09638280110105222

⁴² Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S, et al. ICF core sets for low back pain. *J Rehabil Med.* (2004) (Suppl. 44):69–74. doi: 10.1080/16501960410016037

opisywania w dokumentacji medycznej) – ankieta do wypełnienia przez pacjenta.

W czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej pacjent będzie wypełniać dodatkowo:

- **Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ),**
- **Kwestionariusz STarT Back Tool (IHE 2017, DAI 2017, NICE 2016),**
- **test wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i ergonomii (test wstępny).**

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

Wszystkie wyniki należy odnotować w karcie pacjenta opracowanej przez Radę ds. Programu niezależnie od decyzji o zakwalifikowaniu go do dalszych etapów. Rada ds. Programu opracuje szczegółową kartę oceny pacjenta stosowaną dla każdego uczestnika w trakcie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej oraz na końcu działań rehabilitacyjnych.

Pacjentów, u których w trakcie badania wystąpią somatyczne symptomy ostrzegawcze tzw. "**czerwone flagi**", powinno się pokierować do dalszej diagnostyki, aby wykonali dalsze badania obrazowe lub laboratoryjne lub pokierować do specjalisty (w zależności od przewidywanej diagnozy i stopnia pilności danego przypadku).⁴³

Zidentyfikowanie, na którymś etapie badania lub leczenia poniższych objawów lub symptomów powinno skłonić do szczególnej ostrożności i podjęcia decyzji o odesłaniu pacjenta na dalsze badania i konsultacje z lekarzami specjalistami. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i ich dynamiki narastania (ICSI 2018, IHE 2017, DAI 2017).

Do przedmiotowych objawów/symptomów należy:

- choroba nowotworowa w przeszłości lub obecnie,
- nagła utrata masy ciała, bez uchwytnej (definiowanej) przyczyny,
- narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytnej przyczyny,
- gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura),
- ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytnej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności,
- ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący,
- obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny,
- niezdiagnozowany uraz w wywiadzie,
- świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy,
- nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa,
- zaburzenia napięcia mięśniowego – obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/czterokończynowe bez wyjaśnionej przyczyny,
- zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny,
- zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości,

⁴³ Tworząc założenia dotyczące somatycznych symptomów ostrzegawczych w niniejszym programie kierowano się Wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.

- nagle lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem,
- pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej,
- tętno spoczynkowe powyżej 100 ud. /min. i mniej niż 50,
- ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95,
- ciśnienie tętnicze poniżej 90/50.

Po wizycie diagnostyczno-terapeutycznej i kwalifikacji do działań rehabilitacyjnych Pacjent zostanie poinformowany o przebiegu Programu i udziela pisemnej zgody na udział w nim.

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

Na tym etapie dokonywana jest ostateczna kwalifikacja pacjenta do Programu.

3. Działania rehabilitacyjne z elementami edukacyjnymi:

Działania rehabilitacyjne przewidują 10-dniowy cykl zabiegów (min. 3 dni zabiegowe w tygodniu), nie mniej niż 5 zabiegów dziennie (w tym co najmniej 3 zabiegi z zakresu kinezyterapii).

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

O rodzaju zlecanych zabiegów u poszczególnych pacjentów każdorazowo decyduje specjalista fizjoterapii w ramach wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, kierując się wskazaniem i wytycznymi o jak największej sile dowodowej. IPR powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010). Częstotliwość i czas trwania każdego z zabiegów określa fizjoterapeuta. Każda zmiana powinna zostać odnotowana w karcie pacjenta i tym samym powinien zostać zaktualizowany IPR po konsultacji z osobą układającą IPR (specjalista fizjoterapii) dla danego pacjenta.

Zabiegi obejmują m.in:

- **kinezyterapię indywidualną** (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, działanie przeciwbólowe, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. indywidualna praca z pacjentem – nie mniej niż 30 min, ukierunkowane mobilizacje lub manipulacje (NASS 2020, ICSI 2018, ACP 2017), nadzorowane ćwiczenia lecznicze dobrane indywidualnie do pacjenta, wyciągi, itp.

- **kinezyterapia nadzorowana w wodzie** (zajęcia na basenie ukierunkowane na przewlekły ból kręgosłupa prowadzone przez fizjoterapeutę; szacuje się, że z terapii w wodzie skorzysta ok. 15% uczestników),⁴⁴
- **ciepłolecznictwo** – wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa w tym kręgosłupa (Kwolek (red), 2012),
- **krioterapię** – wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zesztywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (Kwolek (red), 2012),
- **masaże** (m.in. masaż suchy, masaż podwodny, masaż mechaniczny) – wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu (w tym kręgosłupa), zaburzenia czynności mięśni w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu (Kwolek (red), 2012); (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP).

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych ⁴⁵ „istotne jest ograniczenie liczby zabiegów fizykoterapii i popularyzację kinezyterapii”. Jednocześnie Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (Goertz i in.2012) w nieswoistym bólu krzyża, w pierwszej kolejności rekomenduje model rehabilitacji oparty na zastosowaniu kinezyterapii.

Wybór zabiegów w zakresie masażu wynika z najnowszych wytycznych WHO rekomendujących masaż jako jeden z czterech podstawowych środków fizjoterapeutycznych do leczenia przewlekłych bólów kręgosłupa.⁴⁶

Zaplanowano do realizacji masaż dla wszystkich uczestników Programu, z uwzględnieniem ewentualnych przeciwwskazań do jego wykonania (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).

W ramach Programu przewidziano realizację metod (szeroko rozumianej kinezyterapii) w leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa: metoda McKenzie, PNF, czy Kinesiology Taping. Kompleksowa fizjoterapia, to nie tylko ćwiczenia ruchowe i oddziaływanie na chorego bodźcami fizykalnymi, ale również specjalistyczne metody kinezyterapeutyczne, takie jak terapia manualna, PNF czy metoda McKenzie. Metoda Robina McKenzie, jest bardzo popularna nie tylko w Polsce, ale także w całej Europie⁴⁷. Skuteczność tej metody potwierdzają badania Rąpały i wsp. przeprowadzone na grupie pacjentów z ostrym i przewlekłym bólem kręgosłupa.⁴⁸

⁴⁴ Ji Ma , Teng Zhang , Yapeng He , Xin Li , Haoyang Chen , Qian Zhao Effect of aquatic physical therapy on chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2022 Dec 2; 23:1050. doi: 10.1186/s12891-022-05981-8

⁴⁵ Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. przyjęta Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Warszawa 30 sierpnia 2021 r., str. 346

⁴⁶ Wytyczne WHO dotyczące niechirurgicznego leczenia przewlekłego, pierwotnego bólu dolnej części pleców u dorosłych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki społecznej; 7 grudnia 2023 r. ISBN 978-92-4-008178-9 (electronic version)

⁴⁷ A. Berwecki, A. Spannbaauer, T. Ridan, M. Berwecka, Ł. Talaga, „Ocena skuteczności leczenia zachowawczego u chorych z zespołem bólowym bólem odcinka szyjnego kręgosłupa”

⁴⁸ A. Rąpała, K. Rąpała, W. Lachowicz, S. Łukawski, „Ocena kliniczna metody McKenzie w chorobie dyskowej w materiale Kliniki Ortopedii CMKP w Otwocku”, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2004; 6(2): 183–189

Podstawowym celem metody PNF jest osiągnięcie możliwie najwyższego poziomu sprawności funkcjonalnej. Głównym celem metody PNF (proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie) jest odbudowa czynności ruchowych (reedukacja) podporządkowana fizjologicznej sekwencji rozwoju ruchowego i prowadzona w oparciu o ruchy zbliżone do tych, jakie się wykonuje w życiu codziennym. (...) Całość ruchu jest wynikiem świadomych starań pacjenta, wspieranych elementami torującymi, do których można zaliczyć: rozciągnięcie mięśni i innych elementów okołostawowych, ciąg i nacisk, wzmocnienie aktywności mięśni poprzez odpowiednio stawiany opór, właściwy chwyt oraz zapewnienie odpowiednich warunków i kolejności pracy mięśni.⁴⁹

Kofotolis i Kelis⁵⁰ zbadali skuteczność leczenia metodą PNF kobiet w wieku 40–50 lat cierpiących na chroniczny ból kręgosłupa lędźwiowego. Wielowymiarowa analiza wyników badań wykazała, iż grupy poddane leczeniu techniką rytmicznej stabilizacji i kombinacji skurczów izotonicznych wykazały istotną poprawę ruchomości, statycznej i dynamicznej siły mięśni tułowia oraz wskaźników bólu i sprawności.

Kinesiotaping – naklejanie plastrów w charakterystyczny sposób, w celu utrwalenia nawyku prawidłowej postawy. Podstawą działania kinesiotapingu jest przede wszystkim oddziaływanie sensoryczne. Aplikacje kinesiotapingu pozwalają na zachowanie pełnego zakresu ruchu, korygowanie pozycji stawu, zmniejszają ból i nadwrażliwość czuciową w skórze i mięśniach, świadomą normalizację napięcia mięśniowego, aktywowanie mięśni uszkodzonych, likwidują zastoje i obrzęki limfatyczne, korygują niewłaściwe pozycje partnerów stawowych oraz ułożenie powięzi i skóry, mają na mikrokążenie.⁵¹

Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa.⁵²

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

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

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

⁴⁹ M. Grudzień, „Potential applications of the PNF method and kinesiotaping in the treatment of juvenile thoracic kyphosis”

⁵⁰ N. Kofotolis, E. Kelis, „Effects of two 4-week proprioceptive neuromuscular facilitation programs on muscle endurance, flexibility, and functional performance in women with chronic low back pain”. Phys Ther 2007, 86(7): 1001–101

⁵¹ M. Grudzień, „Potential applications of the PNF method and kinesiotaping in the treatment of juvenile thoracic kyphosis”

⁵² P. Gajewski, A. Szczekliak, „Interna Szczeklika 2016 - Podręcznik chorób wewnętrznych”, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2016

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

Element edukacyjny – **fizjoprofilaktyka** to pojęcie, które oficjalnie funkcjonuje w obszarze kultury zdrowotnej od dnia uprawomocnienia się Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (31.05.2016). Zapisano w niej, że wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wśród których na 8 pozycji wskazano działalność fizjoprofilaktyczną. Jej zadaniem jest popularyzowanie zachowań prozdrowotnych oraz kształtowanie i podtrzymywanie sprawności i wydolności osób w różnym wieku w celu zapobiegania niepełnosprawności. Holistyczny model fizjoterapii funkcjonuje w nielicznych pracach naukowych. Zgodnie z nim celem współczesnej fizjoterapii jest nie tylko leczenie procesów chorobowych i ich następstw, ale także zapobieganie im. Od kilkunastu lat coraz częściej mówi się ponownie o medycynie traktującej problemy zdrowotne pacjentów w szerokim zakresie, obejmującym epidemiologię, statystykę, higienę, oświatę zdrowotną oraz profilaktykę.⁵³

Celem fizjoprofilaktyki jako elementu edukacyjnego jest niedopuszczenie do wystąpienia stanów patologicznych i oddalanie w czasie bólu, cierpienia, choroby, konieczności stosowania procedur medycznych (terapeutycznych, farmakologicznych i operacyjnych). Fizjoprofilaktyka to całonocowa potrzeba zdrowotna (normatywna, odczuwana, wyrażana i porównawcza) polegająca na poprawnym, wg zasad ergonomii ruchu, wykonywaniu czynności dnia codziennego tj. leżenie, stanie, siedzenie, chodzenie, dźwiganie, podnoszenie, mocowanie, wspinanie, skakanie i inne. Jej treść stanowią również zdrowotne ćwiczenia fizyczne: oddechowe, rozciągające rozluźniające, relaksacyjne i in. Kolejną grupę stanowią ćwiczenia usprawniające (kondycyjne): wytrzymałościowe, siłowe (dynamiczne, izometryczne), gibkościowe, koordynacyjne, równoważne i hybrydowe.

Należy pamiętać, że fizjoprofilaktyka może być realizowana nie tylko w każdym wieku, ale i w każdym stanie zdrowia i choroby, dostosowanie jej jakościowego profesjonalnego wymiaru do problemu zdrowotnego osób chcących uniknąć choroby czy pacjentów wymaga profesjonalnych kompetencji i czyni ją ustawowym świadczeniem zdrowotnym w rękach wykwalifikowanego fizjoterapeuty.⁵⁴

W ramach niniejszego Programu fizjoprofilaktyka jako edukacja prozdrowotna obejmować będzie w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w przewlekłym bólu kręgosłupa. Aspekt edukacyjny będzie stanowił średnio 2 godziny na 1 pacjenta w trakcie lub

⁵³ Z. Kubińska, K. Zaworski, "Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne", Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii

⁵⁴ Z. Kubińska, K. Zaworski, "Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne", Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii; za: Z. Kubińska, „Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całonocowej edukacji zdrowotnej”. Polish Journal of Continuing Education 2017; 3:128 132

po zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych. O wyznaczonym czasie edukacji postanowi fizjoterapeuta prowadzący indywidualny program rehabilitacji.

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

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

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

Edukacja obejmie także temat radzenia sobie z bólem ostrym, który może w przyszłości pojawić się u uczestnika Programu. Pozwoli to w niektórych przypadkach na samodzielne poradzenie sobie z ostrym incydentem bólowym bez konieczności pomocy ze strony specjalistów. Uczestnik otrzyma zalecenia dotyczące postępowania w przypadku ostrego bólu kręgosłupa zgodnie z rekomendacjami (NASS 2020, ICSI 2020, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).

4. Terapia psychologiczna z elementami terapii behawioralno-poznawczej:

W **terapii psychologicznej z elementami terapii behawioralno-poznawczej** weźmie udział uczestnik, u którego lekarz w trakcie wizyty diagnostyczno terapeutycznej stwierdził konieczność jej odbycia.

Szacuje się, że z terapii skorzysta około 10% uczestników.⁵⁵

Terapia psychologiczna obejmować będzie wstępną diagnostykę oraz wskazówki jak radzić sobie z czynnikami ryzyka, stresem oraz bóle przewlekłym kręgosłupa.^{56,57}

⁵⁵ Robert J. Gatchel* and Akiko Okifuji†. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost- Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. The Journal of Pain, Vol 7, No 11 (November), 2006: pp 779–793

⁵⁶ Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. Clin Psychol Rev 2006; 26:17–31.

⁵⁷ Castro MM, Daltro C, Kraychete DC, et al. The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. Arq Neuropsiquiatr 2012; 70:864–8.

W przypadku, gdy konieczne będzie kontynuowanie terapii uczestnik zostanie poinformowany o konieczności kontynuowania terapii we własnym zakresie (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017).

Terapia psychologiczna prowadzona będzie przez psychologa (2 spotkania prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne).

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

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

5. Badanie końcowe:

Po zakończonym cyklu zabiegowym rehabilitacji w ostatnim dniu wykonywane jest badanie końcowe. Powinno ono być prowadzona przez osobę, która odpowiada za planowanie i ocenę postępowania fizjoterapeutycznego (specjalista fizjoterapii). Zalecane jest, aby była to osoba przeprowadzająca wizytę diagnostyczno-terapeutyczną danego pacjenta.

W czasie badania końcowego powinny zostać przeprowadzone wszystkie pomiary i testy, które zostały przeprowadzone w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej. Pozwoli to na weryfikację efektów leczenia i rekomendowanie dalszych zaleceń. W razie potrzeby pacjent zostanie pokierowany do kontynuowania leczenia finansowanego ze środków publicznych.

Uczestnik wypełnia:

- ankietę satysfakcji,
- test wiedzy (test końcowy),
- kwestionariusz STarT Back (końcowy).

Po wypełnieniu powyższych ankiet uczestnik kończy udział w Programie i dla tych pacjentów badanie końcowe stanowi jednocześnie zakończenie udziału w Programie.

6. Aktywność fizyczna:

W celu utrzymania efektywności terapii dla wszystkich pacjentów będzie wdrożone postępowanie obejmujące spotkanie z każdym z uczestników, w ostatnim dniu cyklu terapeutycznego na temat aktywności fizycznej po zakończeniu Programu.

Większą progresją ruchomości kręgosłupa odznaczają się osoby wysoko aktywne niż dostatecznie aktywne. Istotna jest też współzależność pomiędzy aktywnością fizyczną a progresją ruchomości kręgosłupa na kolejnych etapach terapii. Wszystkie korelacje pomiędzy zmiennymi obrazującymi aktywność fizyczną oraz tymi określającymi poprawę ruchomości kręgosłupa są znamienne i potwierdzają, że aktywność fizyczna wyraźnie kojarzy się z lepszymi efektami terapii (większa poprawa ruchomości kręgosłupa osób bardziej aktywnych fizycznie w porównaniu z przeciętnie aktywnymi).⁵⁸

Spotkanie obejmować będzie:

- a) motywowanie do zajęć ruchowo – rekreacyjnych
- b) wybór aktywności według preferencji uczestnika
- c) dobór obciążeń wysiłkiem fizycznym w trakcie aktywności
- d) wyznaczenie rodzajów aktywności oraz ruchów przeciwwskazanych dla konkretnych osób
- e) ewentualną modyfikację aktywności sportowo – rekreacyjnych

7. Szkolenia w zakładach pracy:

Działania prowadzone w ramach szkoleń pracowników ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, przede wszystkim ze zwróceniem uwagi na obciążenia kręgosłupa. Obejmować będą organizację stanowiska pracy, postawę i obciążenia na stanowisku oraz sposoby odpoczynku.

Celem szkolenia będzie:

- podniesienie świadomości na temat zagrożeń związanych z przeciążeniami w obrębie kręgosłupa,
- zapobieganie urazom i chorobom mięśniowo-szkieletowym związanym z pracą na różnych stanowiskach,
- poprawa ergonomii stanowisk pracy.

Przeciążenie kręgosłupa jako jedna z głównych przyczyn występowania przewlekłych dolegliwości kręgosłupa może być spowodowane czynnikami takimi jak: niewłaściwa pozycja ciała, długotrwałe utrzymywanie statycznej pozycji, powtarzalne ruchy, ciężkie podnoszenie, wibracje czy słabe oświetlenie. Utrzymanie prawidłowej postawy ciała, regularne ćwiczenia fizyczne, odpowiednia dieta i unikanie czynników ryzyka mogą pomóc w zapobieganiu problemom z bólem kręgosłupa. Warto zwrócić uwagę na to, że stres psychologiczny również może przyczyniać się do wystąpienia dolegliwości ze strony kręgosłupa.

Pracownicy powinni być świadomi możliwości zgłaszania problemów zdrowotnych i korzystania z pomocy specjalistów.

Szkolenia będą skierowane do osób pracujących na różnych stanowiskach np.: osoby z siedzącym typem pracy, osoby pracujące intensywnie fizycznie, osoby pozostające przez dłuższy czas pod obciążeniem w wymuszonej postawie ciała.

⁵⁸ G. Olkowski, J. Ślężyński, „Aktywność fizyczna a efekty terapii metodą McKenziego osób z bólami krzyża”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021, Tom 27, Nr 3, 324–331

Szkolenia w zakładach pracy trwać będą dwie godziny lekcyjne tj. 1,5 godziny zegarowej. Dobór tematów i metod przeprowadzenia szkoleń będzie każdorazowo dostosowany do profilu pracy wykonywanej w danym zakładzie pracy. Każdy z uczestników wypełni pre-test wiedzy na temat przewlekłych bólów kręgosłupa oraz ich profilaktyki, a po skończonym szkoleniu post-test oceniający skuteczność szkolenia. Testy zostaną przygotowane przez powołaną Radę ds. Programu.

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

Realizator programu zostanie wyłoniony w procedurze konkurencyjnej w ramach Programu *Fundusze Europejskich dla Opolskiego 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*. Konkursy będą ogłaszane zgodnie z obowiązującym Harmonogramem naboru wniosków o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą programem *Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027*, tj. Zarząd Województwa Opolskiego.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w Programie:

- zrealizowanie przez świadczeniobiorcę zaplanowanych interwencji w tym:
 - ✓ szkoleń dla personelu medycznego,
 - ✓ działań informacyjno-edukacyjnych,
 - ✓ wizyty diagnostyczno-terapeutycznej,
 - ✓ działań rehabilitacyjnych z elementami edukacyjnymi (w przypadku osób, które będą ich wymagały; obejmujących m.in.: terapię psychologiczną z elementami terapii behawioralno-poznawczej, aktywność fizyczną, fizjoprofilaktykę) i wydania zaleceń dotyczących dalszego postępowania z pacjentem,
- w przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych lub w szkoleniu w zakładzie pracy,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w Programie,
- zakończenie realizacji Programu.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników zostaną przekazane zindywidualizowane zalecenia odnośnie do dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Realizacja niniejszego Programu obejmuje następujące etapy:

- 1. Opracowanie poszczególnych elementów Projektu programu oraz terminów ich realizacji, wstępne zaplanowanie budżetu.**
- 2. Przyjęcie Projektu programu przez właściwy organ.**
- 3. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności Projektu programu z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**
- 4. Ogłoszenie konkursu w celu wyboru Realizatora/Realizatorów Programu. Realizator/Realizatorzy Programu zostanie/zostaną wyłoniony/wyłonieni w procedurze konkurencyjnej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 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.**
- 5. Wybór Realizatora/Realizatorów Programu.**
- 6. Powołanie Rady ds. Programu przez Realizatora/Realizatorów Programu – w skład której wejdą eksperci z dziedziny medycyny zajmujący się między innymi przewlekłym bólem pleców, osoby zajmujące się stroną finansową Programu oraz przedstawiciele JST.**
- 7. Przeprowadzenie interwencji określonych w Programie.**
- 8. Monitorowanie Programu poprzez bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań.**
- 9. Zakończenie realizacji Programu.**
- 10. Rozliczenie finansowe Programu.**
- 11. Ewaluacja Programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.**

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

W celu realizacji niniejszego Programu Realizator/Realizatorzy muszą spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych wyszczególnione w poniższej tabeli.

Tabela 14. Zestawienie wymagań dot. personelu w powiązaniu z interwencjami realizowanymi w Programie

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	– Eksperci: ✓ lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu bólów kręgosłupa oraz ✓ fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii oraz doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii bólów kręgosłupa, – którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach Programu.
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	– Fizjoterapeuta posiadający prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii, – lub lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu w leczeniu bólów kręgosłupa, – lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego
Szkolenia w zakładach pracy	– Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia, kompetencji i umiejętności dla przeprowadzenia szkolenia w zakładach pracy, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach Programu
Działania rehabilitacyjne z elementami edukacyjnymi	– 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.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie niniejszego Programu będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia jego realizacji.

Ocena zgłaszalności do Programu będzie prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- 1. Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne,**
- 2. Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie,**
- 3. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,**
- 4. Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,**
- 5. Liczba osób, które ukończyły szkolenie w zakładach pracy,**
- 6. Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej,**
- 7. Liczba osób, które ukończyły zaplanowane działania rehabilitacyjne,**
- 8. Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie na każdym zaplanowanym etapie,**
- 9. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów,**
- 10. Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w Programie.**

Informacje o każdym z uczestników Programu będą na bieżąco uzupełniane w formie elektronicznej bazy danych – w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel i będą obejmować:

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

W ramach monitorowania będzie przeprowadzana ocena jakości udzielanych świadczeń w ramach Programu. W tym celu każdy uczestnik Programu będzie miał możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja będzie przeprowadzona po zakończeniu realizacji niniejszego programu polityki zdrowotnej. Będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu. Wynik ewaluacji będzie umieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego Programu.

W ramach ewaluacji zostanie określony stopień zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji

docelowej na obszarze objętym Programem, wyrażonej w:

- 1. Liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),**
- 2. Liczbie świadczeniobiorców biorących udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),**
- 3. Liczbie osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano obecność co najmniej jednego objawu ostrzegawczego (tzw. czerwona flaga),**
- 4. Liczbie osób, u których w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zdiagnozowano przeciwwskazanie do podjęcia rehabilitacji,**
- 5. Liczbie osób, które w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej zostały skierowane na działania rehabilitacyjne,**
- 6. Liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla pracodawców, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),**
- 7. Odsetku osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, 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),**
- 8. Odsetku osób zmagających się z przewlekłym bólem kręgosłupa, u których po zakończeniu działań rehabilitacyjnych doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych (ocena wstępna i końcowa za pomocą VAS).**

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Budżet niniejszego Programu obejmuje następujące kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt prowadzenia szkoleń w zakładach pracy,
- koszt realizacji wizyt diagnostyczno-terapeutycznych,
- koszt działań rehabilitacyjnych,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Tabela 15. Zestawienie kosztów jednostkowych Programu

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie	1	do 10% całkowitego budżetu Programu	300 000,00 zł
2.	Koszty personelu Programu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	400 000,00 zł	400 000,00 zł
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania Programu	1	400 000,00 zł	400 000,00 zł
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	1	354 560,00 zł	354 560,00 zł
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	3	75 000,00 zł	225 000,00 zł
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców:			449 250,00 zł
a)	koszt wydruku broszury edukacyjnej	5 150	15,00 zł	77 250,00 zł
b)	koszt zakupu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego dla wszystkich uczestników projektu	3 720	100,00 zł	372 000,00 zł
3.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń w zakładach pracy	10	3 000,00 zł	30 000,00 zł
	Sprzęt do szkoleń (rzutnik, projektor, nagłośnienie, laptop) 1 komplet	1	10 000,00 zł	10 000,00 zł
4.	Koszt przeprowadzenia wizyt diagnostyczno-terapeutycznych	4 380	200,00 zł	876 000,00 zł
5.	Koszt przeprowadzenia działań rehabilitacyjnych z elementami edukacyjnymi	3 720	3 298,75 zł	12 271 342,00 zł
6.	Koszt przeprowadzenia działań zachęcających do aktywności fizycznej	3 720	150,00 zł	558 000,00 zł
7.	Koszty Rady Programowej (do 5% całego budżetu na realizację Programu)	1	126 000,00 zł	126 000,00 zł
SUMA				16 000 152,00 zł

Koszt wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu (koszty bezpośrednie) szacowany jest na ok. 3 603,38 zł. Koszty jednostkowe oszacowano na podstawie badania rynku, przeprowadzonego wśród potencjalnych Realizatorów na terenie województwa opolskiego, z uwzględnieniem corocznych wzrostów najniższych wynagrodzeń zasadniczych niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁵⁹. Koszt stawek jednostkowych obejmuje 2% wzrost o koszty inflacji w stosunku do badania rynku ze względu na planowany okres realizacji projektu do 2028 r.

VI.2. Koszty całkowite

Całkowite koszty realizacji niniejszego Programu przedstawia poniższa tabela.

Tabela 16. Zestawienie kosztów jednostkowych Programu

Rok realizacji Programu	Koszt całkowity
2026	5 676 209,42 zł
2027	6 240 704,16 zł
2028	4 083 238,42 zł
Koszt całkowity	16 000 152,00 zł

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”.

VII. Bibliografia

1. A. Berwecki, A. Spannauer, T. Ridan, M. Berwecka, Ł. Talaga, „Ocena skuteczności leczenia zachowawczego u chorych z zespołem bólowym bólem odcinka szyjnego kręgosłupa”,
2. A. Rąpała, K. Rąpała, W. Lachowicz, S. Łukawski, „Ocena kliniczna metody McKenzie w chorobie dyskowej w materiale Kliniki Ortopedii CMKP w Otwocku”, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2004; 6(2): 183–189,
3. Badania profilaktyczne pracowników – wybrane zagadnienia,
<https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?nfpb=true&pageLabel=P39200118>,

⁵⁹ Zgodnie z Ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2022 poz. 2139)

4. Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>,
5. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. Clin Psychol Rev 2006; 26:17–31,
6. Castro MM, Daltro C, Kraychete DC, et al. The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with 55inesio musculoskeletal pain. Arq Neuropsiquiatr 2012; 70:864–8,
7. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S, et al. ICF core sets for low back pain. J Rehabil Med. (2004) (Suppl. 44):69–74. Doi: 10.1080/16501960410016037
8. Dyrektywa ramowa dotycząca bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, <https://osha.europa.eu/pl/legislation/directives/the-osh-frameworkdirective/the-osh-framework-directive-introduction>,
9. G. Olkowski, J. Ślężyński, „Aktywność fizyczna a efekty terapii metodą McKenziego osób z bólami krzyża”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2021, Tom 27, Nr 3, 324–331,
10. Guła Z. Ból krzyża, <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/objawy/63737,bolkrzyza>,
11. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r->,
12. GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>,
13. https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/2022/12/FEO-2021-2027_DECYZJA-KE.pdf,
14. <https://rpo.opolskie.pl/wp-content/uploads/za%C5%82.-1-Analiza-EFS-wojew%C3%B3dztwo-opolskie.pdf>,
15. <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/861,pojecie.html>,
16. Ji Ma, Teng Zhang, Yapeng He, Xin Li, Haoyang Chen, Qian Zhao Effect of aquatic physical therapy on 55inesio low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2022 Dec 2;23:1050. Doi: 10.1186/s12891–022–05981–8
17. M. Grudzień, „Potential applications of the PNF method and 55inesiotaping in the treatment of juvenile thoracic kyphosis”,
18. Massalski Ł. System klasyfikacji zespołów bólowych kręgosłupa według metody McKenzie. Fizjoterapia 19 (3); 63–71,
19. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. przyjęta Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Warszawa 30 sierpnia 2021 r.,
20. Milanov I. Zespół bólowy kręgosłupa. Back pain. Pediatr. Med. Rodz. 10 (3): 253–264,
21. Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>,
22. Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>,
23. Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>,
24. Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>,
25. Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa opolskiego, Warszawa 2018,
26. Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego kobiet dla województwa opolskiego, Warszawa 2018,
27. Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla Polski, Warszawa 2018,
28. Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego, Warszawa 2018,
29. N. Kofotolis, E. Kellis, „Effects of two 4-week proprioceptive neuromuscular facilitation programs on muscle endurance, flexibility, and functional performance in women with chronic low back pain”. Phys Ther 2007, 86(7): 1001–101,

30. P. Gajewski, A. Szczeklik, „Interna Szczeklika 2016 – Podręcznik chorób wewnętrznych”, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2016,
31. Robert J. Gatchel* and Akiko Okifuji†. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. The Journal of Pain, Vol 7, No 11 (November), 2006: pp 779–793,
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.),
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465 z późn. zm.),
34. Rymarczyk A., Ból krzyża, <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/74639,bol-krzyza>,
35. Stucki G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustun TB. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in clinical practice. Disabil Rehabil. (2002) 24:281–2. Doi: 10.1080/09638280110105222,
36. Szczepanowska-Wołowicz B., Lorkowski, J., Kotela, A., Hładki, W., & Kotela, I. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pracowników biurowych, <http://ostry-dyzur.net/wpcontent/uploads/Str.69-72.pdf>,
37. Urząd Statystyczny w Opolu, Sytuacja demograficzna województwa opolskiego w latach 2010–2019, <https://opole.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-wojewodztwa-opolskiego-w-latach-2010-2019,2,16.html>,
38. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2022 poz. 2139),
39. Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.,
40. Wytyczne WHO dotyczące niechirurgicznego leczenia przewlekłego, pierwotnego bólu dolnej części pleców u dorosłych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki społecznej; 7 grudnia 2023 r. ISBN 978–92–4–008178–9 (electronic version),
41. Z. Kubińska, „Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całonocnej edukacji zdrowotnej”. Polish Journal of Continuing Education 2017; 3:128–132,
42. Z. Kubińska, K. Zaworski, „Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne”, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Zakład Fizjoterapii,
43. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2023 roku, Warszawa 2024,
44. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2022 r., Warszawa 2023.

IX. Załączniki

VIII.1. Załącznik nr 1 Ankieta satysfakcji uczestników Programu

Ankieta satysfakcji uczestników Programu – „Plecy bez bólu”				
Szanowni Państwo,				
Ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Plecy bez bólu” – Regionalny program profilaktyki i leczenia przewlekłych bólów pleców w województwie opolskim w latach 2026–2028.				
Badanie jest anonimowe, a jego wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości i zasadności usług świadczonych w ramach Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. W pytaniach 1–5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1–5, gdzie: 1– oznacza ocenę najniższą, a 5 – oznacza ocenę najwyższą.				
☐ Kobieta ☐ Mężczyzna				
1. W jakim stopniu Program spełnił Pani/Pana oczekiwania nt. udzielonych interwencji dot.:				
• działań informacyjno-edukacyjnych				
1	2	3	4	5
• szkoleń w zakładach pracy				
1	2	3	4	5
• wizyt diagnostyczno-terapeutycznych				
1	2	3	4	5
• działań rehabilitacyjnych z elementami edukacyjnymi				
1	2	3	4	5
2. Jak Pani/Pan ocenia personel (zaangażowanie, wiedzę, kompetencje) realizujący następujące interwencje:				
• działania informacyjno-edukacyjne				
1	2	3	4	5
• szkolenia w zakładach pracy				
1	2	3	4	5
• wizyty diagnostyczno-terapeutyczne				
1	2	3	4	5
• działania rehabilitacyjne z elementami edukacyjnymi				
1	2	3	4	5
3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu w zakresie udzielonych interwencji dot.:				
• działań informacyjno-edukacyjnych				
1	2	3	4	5
• szkoleń w zakładach pracy				
1	2	3	4	5
• wizyt diagnostyczno-terapeutycznych				
1	2	3	4	5

• działañ rehabilitacyjnych z elementami edukacyjnymi				
1	2	3	4	5
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?				
1	2	3	4	5
5. Czy poleciałby/poleciałby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?				
• tak				
• nie				
6. Skąd dowiedziała/dowiedział się Pani/Pan o możliwości udziału w Programie (zaznacz jedną odpowiedź)?				
• z podmiotu leczniczego,				
• z Internetu,				
• od znajomych/innych uczestników,				
• inne (jakie?)				
7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być powtórzony w następnych latach?				
• tak				
• nie				
8. Czy wprowadziłaby/wprowadziłby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?				
• tak (jakie?)				
• nie				
9. Inne uwagi:				
Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety				

VIII.2. Załącznik nr 2 Ankieta satysfakcji uczestników Programu – personelu medycznego

Ankieta satysfakcji uczestników Programu – personelu medycznego – „Plecy bez bólu”				
Szanowni Państwo, Ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w Programie polityki zdrowotnej pn.: „Plecy bez bólu” – Regionalny program profilaktyki i leczenia przewlekłych bólów pleców w województwie opolskim w latach 2026–2028. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki będą wykorzystywane wyłącznie do analizy jakości i zasadności usług świadczonych w ramach Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. W pytaniach 1–5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1–5, gdzie: 1– oznacza ocenę najniższą, a 5 – oznacza ocenę najwyższą.				
☐ Kobieta ☐ Mężczyzna				
1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Pani/Pana oczekiwania?				
1	1	1	1	1
2. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę i kompetencję osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?				
1	1	1	1	1
3. Jak ocenia Pani/Pan przydatność przekazywanych treści?				
1	1	1	1	1
4. Jak ocenia Pani/Pan poziom merytoryczny szkolenia?				
1	1	1	1	1
5. Jak ocenia Pani/Pan formę szkolenia?				
1	1	1	1	1
6. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?				
1	1	1	1	1
7. Jak ocenia Pani/Pan organizację szkolenia?				
1	1	1	1	1
8. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być powtórzony w następnych latach?				
• tak • nie				
9. Inne uwagi:				
Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety				