

Załącznik do Uchwały nr ....../....../25  
Zarządu Województwa Mazowieckiego z  
dnia ..... 2025 r.

**Województwo Mazowieckie**

ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa,  
tel. (22) 59-79-900, e-mail: zdrowie@mazovia.pl

**Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu  
ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania  
pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród  
mieszkańców województwa mazowieckiego**

Okres realizacji: 2026 - 2028

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki  
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warszawa, 2025 r.

## Spis treści

Słowniczek .....	4
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
1.2. Dane epidemiologiczne .....	13
1.3. Opis obecnego postępowania .....	16
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności programu .....	17
2.1. Cel główny .....	17
2.2. Cele szczegółowe .....	17
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	18
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	20
3.1. Populacja docelowa .....	20
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	21
3.3 Planowane interwencje .....	22
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej .....	27
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	27
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	28
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	28
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	30
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	33
5.1. Monitorowanie .....	33
5.2 Ewaluacja .....	35
6. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	36
6.1 Koszty jednostkowe .....	36
6.2. Koszty całkowite .....	37
6.3. Źródła finansowania .....	38
7. Bibliografia .....	38
8. Załączniki .....	39
Załącznik nr 1. Wzór świadomej zgody i oświadczenia .....	40
Załącznik nr 2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie. ....	42
Załącznik nr 3. Ankieta wstępna .....	43
Załącznik nr 4. Ankieta końcowa .....	46

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

Załącznik nr 5. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego* .....	48
Załącznik nr 6. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu. ....	52
Załącznik nr 7. Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego) .....	54
Załącznik nr 8. Pre-test oraz post-test wiedzy .....	57

## **Słowniczek**

**Beneficjent** – podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wybrany w ramach naboru wniosków do realizacji programu.

**Koszty bezpośrednie** – koszty kwalifikowalne, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

**Koszty pośrednie** – koszty kwalifikowalne, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w ramach programu. Zalicza się do nich np.: koszty personelu obsługowego zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki itp., amortyzacja, najem lub zakup aktywów, środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych używanych na potrzeby personelu obsługowego projektu, koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną projektu, koszty utrzymania pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości. Do kosztów pośrednich zaliczamy także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

**Kryteria włączenia** – warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**Kryteria wyłączenia** – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

**Organizator** – Województwo Mazowieckie.

**Osoba aplikująca do programu** – osoba, która zgłosiła chęć do udziału w programie.

**Program** – „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”.

**Psycholog** – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów.

**RPZ** – regionalny program zdrowotny.

**WHO** – Światowa Organizacja Zdrowia.

## 1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

### 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Schorzenia układu ruchu spowodowane sposobem wykonywania pracy stanowią powszechny problem zdrowotny istotnie wpływający na ograniczenie sprawności osób pracujących i w konsekwencji prowadzący często do zaburzeń w wykonywaniu ról zawodowych. Problem utrzymania sprawności osób w wieku aktywności zawodowej<sup>1</sup> jest szczególnie istotny w kontekście obserwowanych trendów demograficznych w tej populacji.

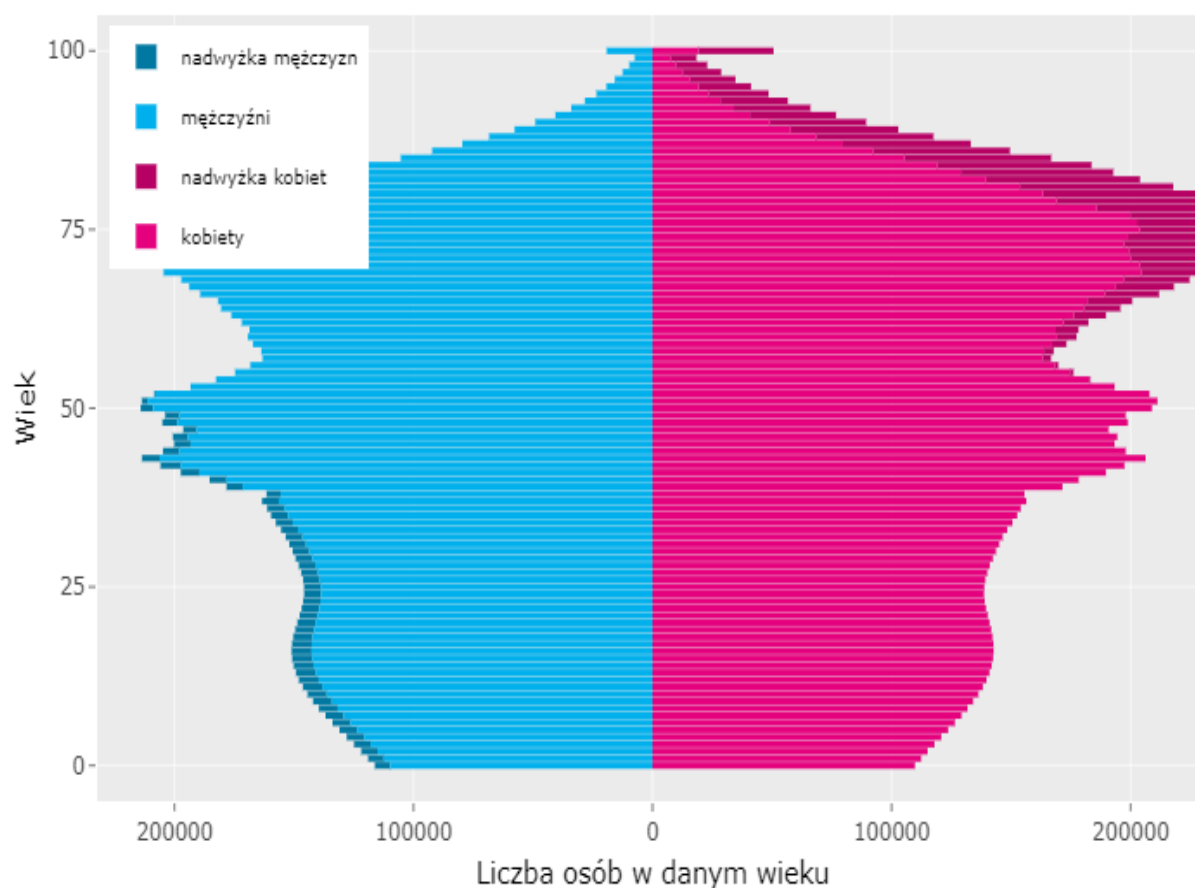
Rysunek 1. Piramida wieku dla Polski w 2024 r.



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych z prognozy GUS. [17]

<sup>1</sup> Osoba w wieku aktywności zawodowej – aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej; zgodnie z metodologią stosowaną w ramach przeprowadzanego przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem. O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Rysunek 2. Prognozowana piramida wieku dla Polski w 2026 r.



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych z prognozy GUS. [17]

Istotnym skutkiem tych zmian będzie starzenie się populacji osób aktywnych zawodowo. Wobec niskiej liczby narodzin w ostatnich latach (mimo zauważalnego w 2010 roku wyżu, jednak znacznie mniejszego niż w poprzednich generacjach) wsparcie populacji pracującej osobami młodymi będzie niewystarczające. Według prognoz zmiany w strukturze ludności w wieku produkcyjnym będą polegać na zwiększeniu liczby osób w wieku niemobilnym<sup>2</sup>, co spowoduje w przyszłości zmniejszenie się zasobów pracy, a w konsekwencji pogorszenie podaży siły roboczej na rynku pracy w Polsce.

Podkreśla się, że z wiekiem pogarsza się stan zdrowotny i stopień samodzielności ludności. Z jednej strony wpływa to negatywnie na zachowanie zdolności do pracy, z drugiej strony może nasilać negatywne skutki zdrowotne wykonywanej pracy w populacji osób aktywnych zawodowo (w miarę wydłużania się aktywności zawodowej). Z wiekiem przybywa chorób przewlekłych – w grupie 40-49 lat na jednego Polaka/Polkę przypada średnio 1,4 schorzenia przewlekłego, w grupie 50-59 lat średnio 2,3, a w grupie 60-69 lat już średnio 3,1 chorób

<sup>2</sup> Zgodnie z terminologią stosowaną w opracowaniach GUS, dotyczących klasyfikacji ludności według grup ekonomicznych za osoby w wieku produkcyjnym (ludność w wieku zdolności do pracy) niemobilnym uważa się mężczyzn w wieku od 45 do 64 lat i kobiety od 45 do 59 lat; ten przedział wiekowy obejmuje osoby, które nie są już chętne do zmiany miejsca pracy, doksztalcania lub przekwalifikowania się w celu zmiany stanowiska.

przewlekłych. Wymagają one nie tylko właściwego leczenia, ale również działań służących utrzymaniu sprawności i odpowiedniej jakości życia. Temu celowi służyć powinna właściwie prowadzona, powszechnie dostępna rehabilitacja zdrowotna, połączona z innymi działaniami wspierającymi. Rehabilitacja medyczna przynosi szczególnie korzystne efekty w przypadku schorzeń układu ruchu, których częstość wzrasta z wiekiem, a które dominują wyraźnie w starszej populacji (w grupie 60+ 40% skarży się na bóle pleców, 40% – bóle stawów, 29% – bóle karku). [1] Rola usprawniania leczniczego (rehabilitacji – od łac. *re* – przywrócenie, *habilitas* – sprawność) wzrasta znacząco w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym, które wymagają ciągłości i konsekwencji (długotrwałości) w prowadzeniu leczenia. W przypadku patologii o ostrym lub podoстрыm przebiegu, bądź o nagłym początku, rehabilitacja skraca natomiast czas wyleczenia i nierzadko jest warunkiem odzyskania pełnej sprawności.

W 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi ponad ¼ osób dorosłych (osoby w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. Obie z tych dolegliwości występowały nieznacznie częściej niż w 2014 roku (wzrost odpowiednio o 3,4 p.proc. i o mniej niż 1 p.proc.) [2].

Schorzenia układu ruchu spowodowane sposobem wykonywania pracy mają najczęściej etiologię przeciążeniową i mieszczą się w szerokim pojęciu patologii zawodowych [3,4]. Są skutkiem zarówno prac o charakterze fizycznym (gdzie dominują obciążenia dynamiczne, wywołujące lub nasilające dolegliwości bólowe w trakcie wykonywania czynności ruchowych), jak i prac wykonywanych długotrwale w jednostajnej pozycji (gdzie dominują obciążenia statyczne, dla których przyjmowana pozycja oraz czynnik czasu są najbardziej istotne). Dla ich powstania i rozwoju istotne są takie czynniki związane ze środowiskiem pracy jak: powtarzane (często lub jednostajnie) czynności ruchowe, z cechami monotypii i monotonii, używanie znacznej siły fizycznej podczas dźwigania, przenoszenia, pchania lub ciągnięcia, wymuszona pozycja ciała (długotrwale lub w sposób powtarzany), dodatkowe obciążenia w postaci zmiennych warunków atmosferycznych, drgań mechanicznych (wibracji) działających ogólnie lub tylko na kończyny górne, czy wspomnianego wyżej obciążenia psychospołecznego. Do przeciążenia dochodzi wówczas, gdy wielkość czynnika szkodliwego (natężenie, czas trwania) przekracza odporność mechaniczną ustroju. Odporność ta jest cechą w dużej mierze osobniczą, zależną jednak głównie od czynników niemodyfikowalnych: płeć, wiek, mechaniczna odporność tkanek, uwarunkowana genetycznie, ale również środowiskowo (dieta, wypoczynek, aktywność fizyczna w wolnym czasie – te elementy podlegają akurat modyfikacji i mogą być przedmiotem interwencji profilaktycznej) [4].

Schorzenia układu ruchu mogą przyjmować formę choroby zawodowej. Dotyczy to przypadków przewlekłych, o znacznym stopniu zaawansowania, a tym samym o znacznym nasileniu zaburzeń funkcji. Definicja choroby zawodowej jest zapisana w art. 235<sup>1</sup> Kodeksu pracy [5], a zasady zgłaszania podejrzeń i rozpoznawania chorób zawodowych wraz z obowiązującymi wzorami druków określone zostały w odrębnych przepisach [7].

Aktualnie obowiązujący wykaz chorób zawodowych, będący załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych [9] obejmuje schorzenia układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, głównie w punktach 19 i 20. Nie należy jednak zapominać, że również zespół wibracyjny (punkt 22 wykazu), choroba dekompresyjna (punkt 23.1), czy niektóre z chorób zakaźnych (borelioza, bruceloza; punkt 26) związane są z uszkodzeniem i ograniczeniem sprawności układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego. W tym miejscu należy pamiętać również o skutkach wypadków w pracy, które także, choć w zupełnie innym mechanizmie, mogą prowadzić do uszkodzenia struktur kostno-stawowych lub nerwowych. Także one kwalifikują się do procesu usprawniania, celem odzyskania zdolności wykonywania pracy i powinny być objęte dostępem do świadczeń oferowanych w programie.



*Tabela 1. Punkty wykazu chorób zawodowych zawierające schorzenia układu ruchu i obwodowego układu nerwowego [9]*

<b>Choroby zawodowe</b>
19. Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy:
1) przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki
2) przewlekłe zapalenie kaletki maziowej
3) przewlekłe uszkodzenie łąkotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej
4) przewlekłe zapalenie okołostawowe barku
5) przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej
6) zmęczeniowe złamanie kości
20. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy:
1) zespół cieśni w obrębie nadgarstka
2) zespół rowka nerwu łokciowego
3) zespół kanału de Guyona
4) uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej
22. Zespół wibracyjny:
1) postać naczyniowo-nerwowa
2) postać kostno-stawowa
3) postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa
23. Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego:
1) choroba dekompresyjna *
26. Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa

\* o ile wywołały zaburzenia układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego

Należy zauważyć, że do chorób zawodowych, według polskiego prawodawstwa, nie zaliczają się powszechnie występujące w populacji zespoły bólowe kręgosłupa. Także wiele innych schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego o nawracających i przemijających objawach (np. mrowienia, bóle mięśniowe i stawowe, pojawiające się po pracy, początkowo jeszcze ustępujące po odpoczynku) nie mieszczą się w pojęciu choroby zawodowej, choć niewątpliwie mogą być związane przyczynowo z wykonywaną pracą [15]. Schorzenia te, dla odróżnienia od ścisłego pojęcia medyczno-prawnego, bywają określane pojęciem chorób parazawodowych [16]. Wiele z omawianych schorzeń spowodowanych sposobem wykonywania pracy ma etiologię przeciążeniową, a uszkodzenie lokalizuje się w tkankach miękkich. Dlatego też w odniesieniu do nich używa się nierzadko terminu reumatyzm tkanek miękkich [17]. Pojęcia stosowane w literaturze anglojęzycznej: *repetitiv strain injury* (RSI; uszkodzenie z powtarzanego przeciążenia) [19], czy *cumulative trauma disorders* (zaburzenia związane ze skumulowanym urazem) [20], oddają natomiast najczęstszy mechanizm powstawania zmian patologicznych: powtarzane nadmierne obciążenie (przeciążenie) i kumulujące się mikrourazy, aż do powstania jawnego klinicznie uszkodzenia. Biorąc powyższe pod uwagę do katalogu patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, będącym wyraźnym poszerzeniem wykazu chorób zawodowych, zaliczyć należy schorzenia wymienione w Tabeli 2.

Tabela 2. Zestawienie patologii zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Lp.	Nazwa patologii zawodowej
1.	Zapalenie ścięgna i jego pochewki *, np. 1) zapalenie ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego 2) zapalenie ze zwłóknieniem wspólnej pochewki ścięgien długiego odwodziciela i prostownika krótkiego kciuka (choroba de Quervain'a) 3) zapalenie pochewek ścięgien zginaczy i prostowników nadgarstka 4) palec trzaskający (najczęściej jako skutek zapalenia zginacza długiego kciuka lub zginacza powierzchownego palców ręki)
2.	Zapalenie kaletki maziowej * (najczęściej dotyczy kaletki okolicy stawu kolanowego, łokciowego czy barkowego)
3.	Uszkodzenie łąkotki u osób wykonujących pracę w pozycji klęczącej lub kucznej *
4.	Zapalenie okołostawowe barku (zespół bolesnego barku) *
5.	Zapalenie nadkłykcia kości ramiennej (łokieć tenisisty lub łokieć golfisty) *

6.	Zmęczeniowe złamanie kości * (głównie w obrębie kości kończyn dolnych – w kości piszczelowej, kościach śródstopia, trzonie kości udowej, kości strzałkowej)
7.	Mononeuropatie obwodowe z ucisku *: 1) uszkodzenie nerwu pośrodkowego (zespół cieśni w obrębie nadgarstka) 2) uszkodzenie nerwu łokciowego (zespół rowka nerwu łokciowego lub zespół kanału de Guyona) 3) uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej 4) uszkodzenie nerwu piszczelowego w zespole kanału skokowego i inne neuropatie obwodowe z ucisku nie mieszczące się w wykazie chorób zawodowych
8.	Zespół wibracyjny: postać naczyniowo-nerwowa, kostno-stawowa lub mieszana *
9.	Choroba dekompresyjna (wywołana pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego) – w postaci przewlekłej, z martwicą jałową kości *
10.	Choroby zakaźne z objawami kostno-stawowymi (postać późna boreliozy, bruceloza) *
11.	Zespoły bólowe kręgosłupa ** (w odcinku szyjnym, piersiowym lub lędźwiowo-krzyżowym)
12.	Zapalenie mięśni lub przyczepów ścięgniastych ***
13.	Przewlekłe uszkodzenie torebki stawowej (np. w formie torbieli Bakera, barku zamrożonego; najczęściej towarzyszy innym patologiom zawodowym)
14.	Martwica kości nadgarstka (najczęściej dotyczy kości księżycowatej – choroba Kienböcka, rzadziej kości łódeczkowatej – choroba Preisera, czy innych kości nadgarstka)
15.	Skutki wypadków przy pracy, a także w drodze do lub z pracy (a więc również związane z zatrudnieniem)

Źródło: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych

\* – w formie przewlekłej może być podstawą rozpoznania choroby zawodowej po wykazaniu istotnego narażenia zawodowego;

\*\* – powszechny problem zdrowotny w populacji osób w wieku aktywności zawodowej; nie mieszczą się w pojęciu choroby zawodowej;

\*\*\* – taki charakter ma także „łokieć tenisisty” lub „łokieć golfisty”, jednak ze względu na specyficzne objawy te entezopatie zostały wymienione osobno.

Integralnym elementem każdego programu winna być profilaktyka o charakterze pierwszorzędowym, ukierunkowana na modyfikację indywidualnych nawyków zdrowotnych w kierunku bardziej korzystnym. W przypadku schorzeń układu ruchu szczególne ważna jest przyjmowana pozycja ciała i jego poszczególnych części (np. proste ustawienie pleców i głowy oraz optymalne ustawienie kończyn górnych z zachowaniem fizjologicznych kątów zgięć w stawach podczas długotrwałej pracy przy komputerze), a także posiadane umiejętności bezpiecznej i ergonomicznej pracy (np. technika prawidłowego dźwigania). Elementy te wymagają kształtowania w procesie informacyjno-edukacyjnym.

Podstawowym narzędziem służącym poprawie zdrowia osób korzystających z prezentowanego programu ma być rehabilitacja medyczna o szybkim dostępie. Ma ona służyć szybkiemu przywracaniu sprawności osób z opisanymi schorzeniami z kręgu patologii zawodowej, a tym samym sprzyjać szybkiemu powrotowi do aktywności zawodowej i minimalizowaniu społeczno-zdrowotnych skutków choroby.

W przypadku schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy rehabilitacja medyczna jest skutecznym i bezpiecznym narzędziem interwencji leczniczej. Alternatywę stanowi leczenie farmakologiczne (najczęściej objawowe – leki przeciwbólowe), operacyjne lub inne formy leczenia. [9] Rehabilitacja medyczna jest natomiast postępowaniem nieinwazyjnym (bezpieczeństwo) i koncentruje się na efekcie funkcjonalnym (poprawa sprawności, ewentualnie adaptacja do niepełnosprawności) [10,11]. Stanowi ważne uzupełnienie innych metod leczenia (farmakologicznego czy operacyjnego) lub może być samodzielną formą postępowania. Jest jednak procesem złożonym i wieloaspektowym (łączenie różnych form terapii: kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, zaopatrzenia ortopedycznego), wymagającym nierzadko współpracy wielu specjalistów (fizjoterapeuci, lekarze, psychologzy, specjaliści ortotyki, terapeuci zajęciowi i inni). Aby zoptymalizować działania rehabilitacji medycznej i w pełni wykorzystać jej możliwości, został opracowany w Polsce (przez ośrodki w Poznaniu i w Konstancinie) model rehabilitacji uznany już w 1970 r. przez Biuro Europejskie WHO za godny rozpowszechnienia. Model ten opiera się na czterech podstawowych zasadach [19]:

- 1) **Powszechność rehabilitacji** – zasada ta zakłada dostęp do rehabilitacji dla wszystkich potrzebujących a także jej wdrożenie we wszystkich dziedzinach medycyny (ten cel w dużej mierze został osiągnięty).
- 2) **Wczesne wdrożenie** – zasada ta zakłada traktowanie rehabilitacji jako integralnego elementu terapii (nie zaś elementu ostatniego, po wyczerpaniu innych możliwości)

i jak najszybsze jej wdrożenie. Zasada ta ma szczególne znaczenie w przypadku stanów pourazowych, schorzeń o ostrym lub podoстрыm przebiegu, gdzie każda zwłoka czasowa w podjęciu usprawniania może pogarszać efekty leczenia i sprzyja utrwalaniu się patologii w formie przewlekłej.

- 3) **Kompleksowość** – zasada ta odnosi się zarówno do szerokiego wyboru metod usprawniania, których dobór ma charakter zindywidualizowany i limitowany jest jedynie analizą wskazań i przeciwwskazań, jak również do włączenia w proces usprawniania szeregu specjalistów, których kompetencje wzajemnie się uzupełniają (fizjoterapeuci, lekarze, psycholodzy). Pacjent powinien być traktowany w sposób holistyczny, a przedmiotem terapii powinien być jego stan funkcjonalny, a nie rozpoznanie stricte medyczne.
- 4) **Ciągłość** – zasada ta dotyczy możliwości kontynuowania terapii aż do uzyskania oczekiwanego stanu funkcjonalnego (cel ten podlega weryfikacji w trakcie usprawniania), co jest istotne w przypadku osób ze znaczną i długotrwałą dysfunkcją, chorobami o charakterze przewlekłym. Ciągłość wiąże się także z dostosowywaniem celu i form terapii do bieżącego stanu pacjenta i prognoz dotyczących jego poprawy.

Prezentowany program polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do rehabilitacji medycznej dla osób aktywnych zawodowo (zasada powszechności), szybki dostęp do niej (wczesna rehabilitacja), kompleksowość opieki (rehabilitacja z elementami wsparcia psychologicznego i poradnictwem medyczno-zawodowym) oraz jej ciągłość (kontynuacja rehabilitacji w ramach indywidualnego Programu usprawniania). Program jest ukierunkowany na istotny społecznie problem zdrowotny.

## 1.2. Dane epidemiologiczne

### Polska i Mazowsze

W populacji polskiej dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego są najczęstszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych, co przekłada się w dużym stopniu również na charakterystykę chorobową populacji pracującej. Wśród tych problemów na pierwszym miejscu wymienia się bóle dolnej partii pleców (blisko co trzecia dorosła kobieta i co piąty mężczyzna), a w następnej kolejności, tuż po nadciśnieniu tętniczym, zgłaszane są bóle szyi lub środkowej partii pleców (u co 6 osoby) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (15%) [2].

W badaniu zrealizowanym w Polsce w II kwartale 2020 r. jako badanie modułowe przy badaniu podstawowym BAEL występowanie dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą odczuwanych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie wskazało 10,5 mln spośród 27,3 mln osób (38,4%), które kiedykolwiek pracowały (38,6% mężczyzn oraz 38,2%

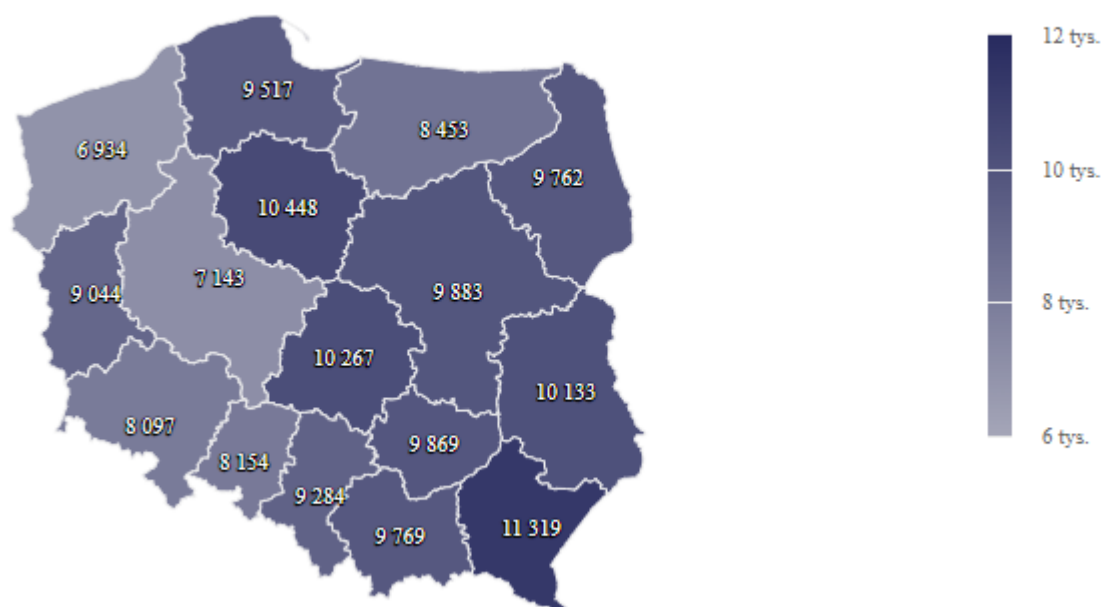
Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

kobiet). [13] Wyniki badania podstawowego BAEL uogólnione zostały na zbiorowość 30,3 mln osób.

Blisko połowa osób odczuwających dolegliwości zdrowotne (49,6%) zgłosiła występowanie więcej niż jednego problemu zdrowotnego, przy czym kobiety częściej niż mężczyźni odczuwały dwie lub więcej dolegliwości. Najczęściej odczuwanymi dolegliwościami zdrowotnymi związanymi z pracą były problemy w obrębie pleców (21,2% ogólnej liczby osób, które kiedykolwiek pracowały), problemy w obrębie szyi, barku lub ręki (ramię, dłoń) (odpowiednio 13,9%) oraz problemy w obrębie bioder, kolan, nóg lub stóp (12,8%) [13].

Rysunek 3 Mapa – Liczba pacjentów na 100 tys. ludności – Polska.

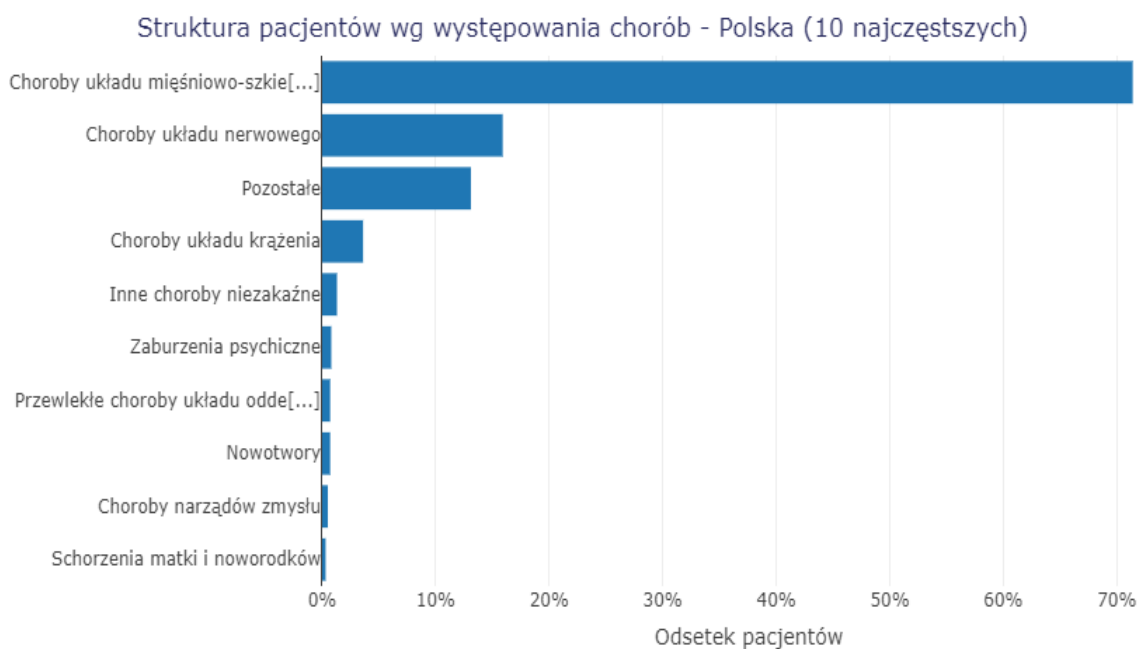
### Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - Polska



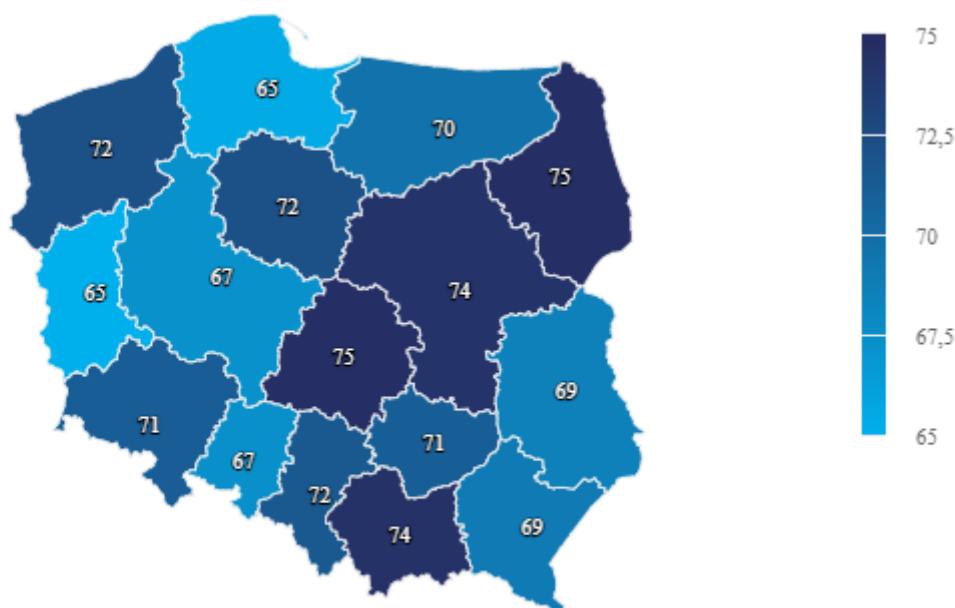
Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Według informacji zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 na terenie Polski od 2021 r. obserwuje się znaczny wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji. W 2023 r. odnotowano rekordową liczbę 3 495 195 pacjentów (9 271 na 100 tys. ludności). [16] Województwo mazowieckie również wyróżnia się wzrostem liczby pacjentów we wspomnianych latach (z 7 875 w 2020 r. do 9 883 w 2023 r. na 100 tys. ludności).

Rysunek 4 Struktura pacjentów wg występowania chorób - Polska 2023 [16]



Rysunek 5 Udział pacjentów z rozpoznaniem "Choroby układu mięśniowo-szkieletowego" - Polska (%)



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

Jak wynika z Rysunku 4 najczęstszą chorobą występującą wśród pacjentów rehabilitacji były choroby układu mięśniowo-szkieletowego – 71% w skali kraju, a 74% wśród mieszkańców Mazowsza w 2023 roku.

Zgodnie z danymi ZUS niezdolność do pracy powodująca absencję chorobową w 2022 r. najczęściej wiązała się z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej – 39,1 mln dni absencji i były drugą w kolejności, po ciąży, porodzie i połogu, przyczyną

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

absencji. W województwie mazowieckim w 2022 r. liczba dni absencji w pracy

spowodowanych chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej wynosiła 4,8 mln.

### **Program zgodny jest z:**

1. „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022-2026” w zakresie kierunków nr 3.: „Profilaktyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego.” oraz nr 6: „Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych” [18]
2. Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa mazowieckiego w zakresie rekomendacji 3.6.6a Skrócenie czasu oczekiwania oraz zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej.

### **1.3. Opis obecnego postępowania**

Rehabilitacja, według Światowej Organizacji Zdrowia jest kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych, edukacyjnych i zawodowych w celu przystosowania chorego do życia w nowych uwarunkowaniach i umożliwienia mu jak największej sprawności.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w następujących warunkach:

- ambulatoryjne – dla pacjentów wymagających rehabilitacji lub fizjoterapii, którzy poruszają się samodzielnie,
- domowe – dla pacjentów wymagających rehabilitacji lub fizjoterapii, którzy nie poruszają się samodzielnie,
- ośrodek lub oddział dzienny – dla pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, lecz wymagają całodobowego nadzoru medycznego,
- stacjonarne – dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej Rehabilitacyjna porada lekarska dla dorosłych i dzieci obejmuje m.in.:

- ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie lekarskie,
- skierowanie na konsultację i badania dodatkowe,
- testy czynnościowe,
- ocenę aktywności ruchowej,
- ocenę odruchów ścięgniasto-okostnowych,



- pomiar długości kończyn i obwodów,
- ocenę chodu i lokomocji,
- punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe,
- zlecenie na wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) oraz inne zlecenia i wnioski,
- skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe,
- końcową ocenę procesu usprawniania.

Skierowanie na fizjoterapię może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

Pacjent powinien zarejestrować skierowanie w wybranym gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii nie później niż 30 dni od dnia od jego wystawienia. W ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10 dniowym cyklu terapeutycznym.

Pacjentowi przysługują zabiegi z zakresu:

- I. **Fizykoterapii:** elektroterapia, światłolecznictwo, leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym, ultradźwięki, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia.
- II. **Kinezyterapii:** ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja – prowadzone indywidualnie przez osobę prowadzącą fizjoterapię, ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne, nauka czynności lokomocyjnych, zabiegi z użyciem wyciągów, laseroterapia.
- III. **Masażu.**

## 2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności programu

### 2.1. Cel główny

Poprawa<sup>3</sup> zdolności do aktywności zawodowej u co najmniej 50% osób ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, uczestniczących w programie w latach 2026-2028.

### 2.2. Cele szczegółowe

1. Cel szczegółowy nr 1. Poprawa<sup>4</sup> stanu funkcjonalnego (sprawności) u co najmniej 70% uczestników programu w okresie jego realizacji.

<sup>3</sup> Poprawę określa się na podstawie deklaracji Uczestnika zawartej w pkt 8. *Zdolność do aktywności zawodowej* w ankiecie końcowej.

<sup>4</sup> Poprawę określa się jako wynik w ankiecie końcowej w pkt 5. *zaburzenia funkcji* o co najmniej jedną ocenę wyżej niż w ankiecie wstępnej w co najmniej jednej czynności lub w przypadku użycia innych narzędzi o których mowa w rozdziale 3.3 Planowane interwencje lekarz ocenia wynik i wskazuje, czy doszło do poprawy zgodnie z użytym narzędziem.

2. Cel szczegółowy nr 2. Zmniejszenie<sup>5</sup> dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 70% uczestników programu w okresie jego realizacji.
3. Cel szczegółowy nr 3. Zwiększenie u co najmniej 30% uczestników Programu zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), gotowości do podjęcia aktywności zawodowej mierzonej na podstawie deklaracji, w okresie jego realizacji.
4. Cel szczegółowy nr 4. Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego<sup>6</sup> poziomu wiedzy u co najmniej 80% uczestników programu w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy w okresie jego realizacji.
5. Cel szczegółowy nr 5. Zwiększenie częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym wśród co najmniej 50% uczestników programu mierzonej na podstawie deklaracji w okresie jego realizacji.

### **2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

1. Iloraz liczby osób, u których w ramach programu doszło do poprawy zdolności do aktywności zawodowej i liczby osób uczestniczących w programie – dotyczy celu głównego (wynik wyrażony w procentach).  
Wartość docelowa miernika: minimum 50%.  
Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 50% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5.  
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.
2. Iloraz liczby osób, u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego (sprawności) i liczby osób uczestniczących w programie – dotyczy celu szczegółowego nr 1 (wynik wyrażony w procentach).  
Wartość docelowa miernika: minimum 70%.  
Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5.  
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.
3. Iloraz liczby osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego

<sup>5</sup> Zmniejszenie określa się jako wynik w ankiecie końcowej o co najmniej jeden punkt mniej w ocenie intensywności bólu w porównaniu z ankietą wstępną lub w przypadku użycia innych narzędzi o których mowa w rozdziale 3.3 Planowane interwencje lekarz ocenia wynik i wskazuje, czy doszło do poprawy zgodnie z użytym narzędziem.

<sup>6</sup> Wysoki poziom wiedzy określa się na poziomie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy.

i liczby osób uczestniczących w programie – dotyczy celu szczegółowego nr 2 (wynik wyrażony w procentach).

Wartość docelowa miernika: minimum 70%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 70%

uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5.

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

4. Iloraz liczby osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), którzy deklarują gotowość do podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie i liczby osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym, które uczestniczyły w programie – dotyczy celu szczegółowego nr 3 (wynik wyrażony w procentach).

Wartość docelowa miernika: minimum 30%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 30%

uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5.

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

5. Iloraz liczby osób, u których odnotowano wzrost lub utrzymanie się wysokiego poziomu wiedzy w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy i liczby osób, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej – dotyczy celu szczegółowego nr 4 (wynik wyrażony w procentach).

Wartość docelowa miernika: minimum 80%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 80%

uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do szkolenia oraz czynniki niezależne od Organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przekazywanych przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

6. Iloraz liczby osób, które po zakończonym cyklu rehabilitacji zadeklarowały zwiększenie częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym – dotyczy celu szczegółowego nr 5 (wynik wyrażony w procentach).

Wartość docelowa miernika: minimum 50%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 50%

uwzględniając wysoki wskaźnik podejmowania aktywności fizycznej na początku programu.

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

#### **3.1. Populacja docelowa**

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Grupę docelową RPZ tworzą:

1. Mieszkańcy województwa mazowieckiego w wieku aktywności zawodowej<sup>7</sup> pozostający w zatrudnieniu, którzy z powodu schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, odczuwają ograniczenie w wykonywaniu pracy zarobkowej lub są zagrożeni utratą zdolności do pracy;
2. Mieszkańcy województwa mazowieckiego w wieku aktywności zawodowej pozostający bez zatrudnienia<sup>8</sup> doświadczający problemów z podjęciem zatrudnienia lub powrotem na rynek pracy na skutek choroby lub niepełnosprawności (dotyczy schorzeń układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych), u których rokowanie co do odzyskania sprawności i zdolności do pracy jest pozytywne.

Dostęp do świadczeń oferowanych w ramach RPZ musi być zgodny z zasadą równości szans płci oraz równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Program, ze względu na uzasadnione epidemiologicznie potrzeby zdrowotne Mazowszan w wieku aktywności zawodowej (także uczniów szkół o profilu zawodowym, odbywających praktyczną naukę zawodu), kierowany jest do **osób, u których stwierdzono schorzenie układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego związane ze sposobem wykonywania pracy**. Schorzenia kwalifikujące do udziału w programie zostały wymienione w Tabeli 1 i 2. Do takiego założenia dopasowana jest kompleksowa interwencja zaplanowana w programie. Obejmuje ona bowiem nie tylko świadczenia stricte rehabilitacyjne (rehabilitacja medyczna), ale również edukację ukierunkowaną na zagrożenia

---

<sup>7</sup> Zgodnie z definicją osoby pracującej zawartej w słowniczku „Wytocznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027” dostępnych na stronie [www.funduszeuropejskie.gov.pl/](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/)

<sup>8</sup> Zgodnie z definicją osoby bezrobotnej zawartej w słowniczku „Wytocznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027” dostępnych na stronie [www.funduszeuropejskie.gov.pl/](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/)

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

środowiska pracy mogące mieć związek przyczynowy ze schorzeniem

i dolegliwościami uczestnika (ma to służyć zmniejszeniu ryzyka nawrotów problemu zdrowotnego oraz ułatwieniu procesu zdrowienia – przez aktywne ograniczanie wpływu czynnika sprawczego; warunkiem świadomego i celowego przeciwdziałania przez pracownika obciążeniom w miejscu pracy jest przyswojenie przez niego odpowiedniej wiedzy i umiejętności, a także wzmocnienie własnej motywacji), promocję zdrowej aktywności fizycznej w czasie wolnym, wsparcie fachowe lekarza medycyny pracy (w zakresie oceny potrzeb i możliwości dotyczących podjęcia lub kontynuowania pracy), czy wsparcie psychologa (motywowanie w procesie zdrowienia, wsparcie osób z dodatkowym problemem o podłożu psychospołecznym – nadmierny stres, bądź obniżenie nastroju, częste u osób ze schorzeniami przewlekłymi, lub znacznie ograniczającymi sprawność ustroju). Kompleksowość działań pozwala na łączenie efektów leczniczych z prewencją pierwotną i wtórną. Aby zapewnić spójność działań program koncentruje się więc na rehabilitacji schorzeń związanych z wykonywaną pracą.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2023 r. w województwie mazowieckim mieszkało 3 164 078 osób w wieku produkcyjnym (kobiety pomiędzy 18 a 59 rokiem życia oraz mężczyźni pomiędzy 18 a 64 rokiem życia). W 2023 r. stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie mazowieckim wynosiła 4,1%<sup>9</sup>.

Budżet programu wynosi 13 575 600 zł. Biorąc pod uwagę budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla 2 665 osób z populacji docelowej.

### **3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

Osoby z populacji docelowej będą mogły uzyskać wiedzę o możliwości aplikowania do programu w ramach działań informacyjno-promocyjnych prowadzonych przez Beneficjenta programu.

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria kwalifikacji. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

#### **Kryteria kwalifikacji do udziału w programie:**

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

- 1) przedłożyć Beneficjentowi druk świadomej zgody na udział w programie.

---

<sup>9</sup> Stopa bezrobocia rejestrowanego – stosunek liczby zarejestrowanych bezrobotnych do liczby ludności aktywnej ekonomicznie (zasobu siły roboczej danej populacji).

- 2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego<sup>10</sup>;
- 3) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.<sup>11</sup>
- 4) przedstawić stosowną dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę choroby układu ruchu lub układu nerwowego, zgodną z klasyfikacją ICD-10. Klasyfikacja ICD-10 zdiagnozowanego schorzenia musi nawiązywać do tabel 1 i 2.

Kryteria wskazane w punktach 1-4 weryfikowane są na podstawie załącznika nr 1.

### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.**

Uczestnik jest wykluczany z udziału w programie w przypadku, gdy:

- 1) nie spełnia któregośkolwiek z kryterium włączenia do programu,
- 2) nie wpisuje się w grupę docelową programu wskazaną w rozdziale 3.1. Populacja docelowa,
- 3) przedłoży Beneficjentowi pisemną rezygnację z udziału w programie, zgodną z treścią załącznika nr 2 do programu lub ustną rezygnację,
- 4) występują u niego przeciwwskazania medyczne do wykonywania aktywności zaplanowanej w programie,
- 5) był już uczestnikiem programu,
- 6) bez wcześniejszego poinformowania Beneficjenta nie zgłosi się na dwa zaplanowane świadczenia w ramach Programu.

### **3.3. Planowane interwencje**

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- 1) kwalifikacja do udziału w programie;
- 2) konsultacja medyczna wstępna (lekarz rehabilitacji medycznej)
- 3) świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej;
- 4) konsultacja psychologiczna;

<sup>10</sup> Weryfikacja na podstawie wypełnionego oświadczenia zgodnego z załącznikiem C. Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art.25 k.c.) miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

<sup>11</sup> Beneficjent Programu zobowiązany jest do weryfikacji złożonych przez uczestnika deklaracji.

- 5) konsultacja z lek. medycyny pracy;
- 6) edukacja zdrowotna dla uczestników Programu;
- 7) konsultacja medyczna końcowa (lekarz rehabilitacji medycznej).

Program nie zakłada limitowania liczby świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej dla każdego uczestnika, z zastrzeżeniem, że świadczenia te nie mogą być udzielane dłużej niż 3 miesiące od dnia udzielenia pierwszego zabiegu.

### **Kwalifikacja do udziału w Programie**

Osoby chętne do udziału w programie zgłaszają się do Beneficjentów rejestrując się poprzez stronę internetową lub telefonicznie lub też osobiście w podmiocie realizującym program podając obowiązkowe dane. Aby zostać uczestnikiem programu należy spełnić kryteria kwalifikacji wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej.

Skompletowanie dokumentacji medycznej, potwierdzającej dysfunkcję narządu ruchu leży po stronie uczestnika programu. Program nie przewiduje środków na badania diagnostyczne. Dokumentacja nie może być starsza niż 24 miesiące przed dniem przystąpienia do programu. Możliwe jest przedstawienie kopii dokumentacji za potwierdzeniem zgodności z oryginałem.

Kwalifikacji do udziału w programie może dokonać pracownik posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu, wykonujący zawód medyczny, oceniając, czy spełnione zostały ustalone kryteria i podejmuje decyzję o włączeniu do Programu lub odmowie.

Na etapie kwalifikacji do programu Uczestnik wypełnia załącznik nr 1 i dołącza do niego wyżej opisaną dokumentację medyczną.

### **Konsultacja medyczna (lekarz rehabilitacji medycznej)**

Konsultację prowadzi lekarz rehabilitacji medycznej. Podczas konsultacji lekarz wykonuje badanie podmiotowe, przedmiotowe, ustala stan początkowy (diagnoza funkcjonalna, główne problemy) oraz analizuje przedstawioną przez uczestnika dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę choroby układu ruchu lub układu nerwowego, zgodną z klasyfikacją ICD-10, nawiązującą do tabel 1 i 2 (dokumentację przedstawioną przy kwalifikacji do programu) oraz analizuje dodatkowo przedstawioną przez uczestnika dokumentację medyczną, np. dokumentację z POZ/AOS, w tym wyniki badań obrazowych (RTG, TK, MG, USG, EKG) i neurofizjologicznych (EMG); odpisy dokumentacji leczenia ambulatoryjnego; karty informacyjne leczenia szpitalnego; badania krwi; badania chemiczne. Lekarz dokonuje

analizy stanu funkcjonalnego oraz dolegliwości bólowych uczestnika na podstawie

wypełnionej ankiety. Jeżeli dla schorzenia z którym zgłasza się uczestnik istnieją obiektywne narzędzia i skale, dopuszcza się możliwość zastosowania ich przez lekarza np. badanie kwestionariuszowe HAQ-DI, test sześciominutowego chodu. (6-MWT), skali wzrokowo-analogowej VAS, skali numerycznej NRS<sup>12</sup>. Na tej podstawie ustalane są wskazania do rehabilitacji medycznej (dobór metod rehabilitacji we własnym zakresie lub weryfikacja zaleceń lekarza leczącego/kierującego pod względem ich aktualności, z uwzględnieniem także potencjalnych przeciwwskazań) oraz innych form wsparcia. Jeśli uczestnik trafia do Programu z zaleceniami rehabilitacyjnymi lekarza sprawującego opiekę medyczną nad uczestnikiem, zadaniem zatrudnionego przez Beneficjenta lek. spec. rehabilitacji medycznej jest weryfikacja tych zaleceń pod względem ich aktualności i ewentualna modyfikacja, uwzględniająca aktualny stan zdrowia uczestnika, jego bieżące potrzeby i możliwości.

Zabiegi zalecane są w cyklach po 10, po których następuje kontrola (interwencja nr 7. tj. Konsultacja lek. specjalisty rehabilitacji medycznej po zakończonym cyklu rehabilitacji).

Konsultacja prowadzona jest z wykorzystaniem załącznika nr 3. tj. Ankieta wstępna.

### **Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej**

Prowadzone przez lek. rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii pod nadzorem i kontrolą lekarza rehabilitacji medycznej.

Oczekiwane jest szybkie włączenie uczestnika do kompleksowej rehabilitacji medycznej (maksymalny czas oczekiwania: 4 tygodnie).

Program nie zakłada limitowania liczby świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej dla każdego uczestnika, z zastrzeżeniem, że świadczenia te nie mogą być udzielane dłużej niż 3 miesiące od dnia udzielenia pierwszego zabiegu. Ze względu na niejednorodny charakter grupy docelowej (biorąc pod uwagę zróżnicowanie indywidualnych problemów i potrzeb zdrowotnych oraz uwarunkowań zawodowych) nie jest dopuszczalne ogólne limitowanie liczby i rodzaju zabiegów lub ćwiczeń czy liczby wymaganych cykli – jedynym kryterium doboru powinny być wskazania i przeciwwskazania medyczne.

Dobór form postępowania usprawniającego musi być zindywidualizowany, stąd wybór metod terapeutycznych u Beneficjenta musi być odpowiednio szeroki. Możliwy wybór tych metod powinien obejmować:

- zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii, ultradźwięki;

---

<sup>12</sup> Za zakup ewentualnych testów / narzędzi odpowiedzialny jest Beneficjent w ramach własnych środków.



- ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia); włączanie kinezyterapii w program indywidualnego usprawniania jest wysoce pożądane i należy je rozważyć w każdym przypadku;
- masaż leczniczy (przy czym nie powinno traktować się tej formy terapii jako podstawowej i jedynej).

### **Konsultacja psychologiczna**

Prowadzona przez magistra psychologii na podstawie zaleceń wynikających z konsultacji rehabilitacyjnej, przy akceptacji uczestnika, także na jego życzenie (pytanie w ankiecie wstępnej). Konsultacja ta może być ważnym uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych w razie potrzeby wzmocnienia motywacji własnej w procesie odzyskiwania sprawności. Szczególną korzyść może dać u osób obciążonych stresem, obniżonym nastrojem z powodu niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, czy ograniczeniem możliwości wykonywania dotychczasowej pracy. W ramach indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika przewiduje się maksymalnie 1 konsultację psychologiczną, trwającą co najmniej 1h zegarową (koszt konsultacji psychologicznej jest niezmienny pomimo jej przedłużenia).

### **Konsultacja z lekarzem medycyny pracy**

Prowadzona przez lekarza specjalistę medycyny pracy.

Prowadzona w celu określenia aktualnych szans zawodowych (kwalifikacja zdrowotna) i prognoz dotyczących dalszej aktywności zawodowej. Celem jest poradnictwo w zakresie możliwości przekwalifikowania zawodowego uwzględniając stan zdrowia uczestnika – wskazanie możliwych kierunków oraz ewentualnie określenie problemów dyskwalifikujących do określonych form zatrudnienia; ewentualne wskazanie warunków dla dalszego zatrudnienia przy aktualnym stanie zdrowia uczestnika (np. potrzeba modyfikacji stanowiska pracy). Lekarz specjalista medycyny pracy pomaga również określić przyczyny problemu zdrowotnego uczestnika (zwłaszcza jeśli mają one związek z warunkami pracy) i przekazuje niezbędne wskazówki o charakterze profilaktycznym.

W ocenie lekarza medycyny pracy wykorzystać należy informacje na temat aktualnego stanu funkcjonalnego uczestnika i efektów rehabilitacji. Świadczenie to jest odrębnie dokumentowane: zaświadczenie o potrzebie (lub jej braku) przekwalifikowania zawodowego, modyfikacji stanowiska pracy.

Konsultacja ta powinna mieć miejsce zawsze na zakończenie rehabilitacji, przed ponowną konsultacją z lekarzem rehabilitacji, w celu optymalizacji kierunku usprawniania pod kątem

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

potencjalnych szans zawodowych. W ramach programu możliwa jest jedna konsultacja z lekarzem medycyny pracy.

### **Edukacja zdrowotna dla uczestników Programu**

Prowadzona przez: lek. rehabilitacji medycznej/magistra fizjoterapii/lekarza medycyny pracy lub inną osobę posiadającą wiedzę w zakresie wskazanym poniżej.

Szkolenie o tematyce związanej z problemem zdrowotnym ujętym w programie, ukierunkowane szczególnie na profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia. W trakcie udziału w programie uczestnicy biorą udział w 2 grupowych spotkaniach edukacyjnych – każde po 45 min., w grupach o liczebności 5-15 osób.

Tematyka 1. spotkania ma mieścić się w zakresie: ergonomii i profilaktyki zagrożeń w środowisku pracy, prawidłowego sposobu wykonywania pracy, z uwzględnieniem prawidłowej postawy stojącej/siedzącej, nauki oszczędzających technik dźwigania, informacji o obciążeniach stanowiących główne zagrożenie dla układu ruchu (pozycje wymuszone, ruchy powtarzalne i monotypowe) wraz ze wskazaniem możliwości redukowania ryzyka z nimi związanego (właściwa organizacja pracy, przestrzeganie limitów obciążeń, używanie pomocy transportowych, prawidłowe ukształtowanie stanowiska komputerowego i in.).

Tematyka 2. spotkania ma być ukierunkowana na kształtowanie zdrowego stylu życia, szczególnie poprzez promowanie zdrowej aktywności fizycznej w czasie wolnym. W tym celu wskazane jest omówienie różnych form aktywności ze wskazaniem ich zalet i ograniczeń, przedstawienie zasad optymalnego treningu prozdrowotnego (częstość, czas trwania, uwzględnienie elementów kształtujących wytrzymałość, siłę, gibkość i koordynację), omówienie ewentualnych przeciwwskazań do niektórych form aktywności.

Edukacja zdrowotna składa się z:

- a) badania wiedzy, w formie pre-testu, sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z omawianego tematu przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej.
- b) edukacji zdrowotnej;
- c) ponownego badania wiedzy, w formie post-testu, sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z omawianego tematu po zakończeniu edukacji zdrowotnej.

Wzór pre-testu i post-testu stanowi załącznik nr 8 do programu.

Edukacja zdrowotna możliwa jest na każdym etapie uczestnictwa w programie.

### **Konsultacja lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej po zakończonym cyklu rehabilitacji**

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego

Porównanie z oceną z pierwszej konsultacji (według tego samego schematu), decyzja o kontynuacji lub zakończeniu rehabilitacji.

Dokumentacja z badania lekarskiego musi być zgodna z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Konsultacja prowadzona jest z wykorzystaniem załącznika nr 4. Ankieta końcowa i ewentualnie innych narzędzi wykorzystanych do oceny stanu funkcjonalnego i dolegliwości bólowych w czasie konsultacji wstępnej.

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Beneficjent zobowiązuje się zapewnić miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia spełniające wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Podczas wykonywania działań w ramach programu Beneficjent będzie stawiał dobro uczestnika jako wartość najwyższą.

Beneficjentami programu mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej posiadające w swojej strukturze zakład rehabilitacji dysponujący odpowiednią kadrą i wyposażeniem. Istnieje możliwość zakupu środków trwałych w ramach cross-financingu do 15%. Beneficjenci zobowiązani będą do współpracy z lekarzem/ami medycyny pracy i psychologiem/ami. W rozdziale 4.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych opisane zostały warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez Beneficjenta przez co najmniej 5 dni w tygodniu. Beneficjent programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji osobistej, telefonicznej lub elektronicznej.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3 Planowane interwencje.

Wszystkie interwencje zaplanowane do realizowania w ramach Programu będą udzielane uczestnikom nieodpłatnie. Dotyczy to również zapewnienia materiałów higienicznych niezbędnych do wykonania niektórych zabiegów (podkłady, ręczniki jednorazowe itp.).

### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie;

- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia Beneficjentowi, nie będzie uczestniczył dwukrotnie w zaplanowanej interwencji;
- 3) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Uczestnik, któremu zostaną udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie nie może wziąć w nim ponownego udziału.

Uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszych konsultacji lub wsparcia. Beneficjent jest zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie opieki rehabilitacyjnej ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

#### **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

##### **4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) wybór Beneficjentów programu w ramach naboru wniosków i zawarcie umów;
- 2) działania informacyjno-promocyjne;
- 3) kwalifikacja uczestników do programu;
- 4) przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
- 5) rozliczenie finansowe programu;
- 6) monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

**Ad 1.** Beneficjenci programu będą wybrani w drodze naboru wniosków. Warunki naboru zostaną opublikowane na stronie [www.funduszeuedlamazowska.eu](http://www.funduszeuedlamazowska.eu). Beneficjentami programu mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Szczegółowe warunki jakie powinien spełniać oferent zostaną zawarte w ogłoszeniu o naborze.

**Ad 2.** Województwo Mazowieckie oraz Beneficjenci programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości

i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania

informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez Beneficjentów (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Zaleca się skontrolowanie podjętych działań informacyjno-promocyjnych pod kątem ich skuteczności, np. poprzez upewnienie się czy informacja dotarła do adresata (rekomendacja z przeprowadzonej ewaluacji poprzedniej edycji programu). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo i/lub herb Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

Koszty związane z prowadzeniem akcji informacyjno-promocyjnej należą do kosztów pośrednich.

**Ad 3.** Beneficjenci programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników Beneficjent będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

**Ad 4.** Przeprowadzenie przez Beneficjenta następujących interwencji:

- 1) kwalifikacja do udziału w programie;
- 2) konsultacja medyczna (lekarz rehabilitacji medycznej);
- 3) świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej;
- 4) konsultacja psychologiczna;
- 5) konsultacja z lekarzem medycyny pracy;
- 6) edukacja zdrowotna dla uczestników Programu;
- 7) konsultacja medyczna (lekarz rehabilitacji medycznej) po zakończonym cyklu rehabilitacji.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

**Ad 5.** Z Beneficjentami programu, wybranymi w drodze naboru wniosków, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną obowiązki Beneficjenta w tym m.in warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

**Ad 6.** W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring obejmujący ocenę zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie, oceny efektywności programu, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Tabela 3 Planowany harmonogram

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	29.10.2024	
2.	Opracowanie projektu programu wraz z konsultacjami projektu programu	ZD	30.10.2024	09.12.2024
3.	Zaakceptowanie projektu programu	ZWM	17.12.2024	
4.	Opiniowanie projektu programu	AOTMiT	18.12.2024	18.02.2025
5.	Aktualizowanie projektu programu	ZD	19.02.2025	21.03.2025
6.	Uchwała o przyjęciu do realizacji PPZ	ZD, RF, MJWPU	01.04.2025	
7.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZWM	II kwartał 2025	II kwartał 2025
8.	Ogłoszenie naboru wniosków na wybór Beneficjentów programu	MJWPU	II / III kwartał 2025	
9.	Składanie wniosków o dofinansowanie	potencjalni beneficjenci	III kwartał 2025	III kwartał 2025
10.	Ocena formalna i merytoryczna, ogłoszenie wyników naboru, podpisywanie umów	MJWPU, ZWM, beneficjenci	IV kwartał 2025 / I kwartał 2026	IV kwartał 2025 / I kwartał 2026
11.	Realizacja programu polityki zdrowotnej	beneficjenci	2026	2028
12.	Przekazanie sprawozdania końcowego z realizacji programu	beneficjenci	Do 31.01.2029	
13.	Ewaluacja programu – opracowanie raportu końcowego z realizacji RPZ	ZD	Po zakończeniu realizacji programu 01.05.2029	
14.	Przekazanie raportu z ewaluacji programu do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	Po przeprowadzeniu ewaluacji	

Źródło: opracowanie własne

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

MJWPU - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych;

RF - Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

#### 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Beneficjentem programu będzie podmiot wybrany w drodze naboru, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z późn. zm.

Każdy beneficjent musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z późn. zm.

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z późn. zm.

Beneficjent musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji następujący personel:

**Wymagania dotyczące personelu medycznego:**

- ❖ w zakresie kwalifikacji do udziału w programie co najmniej 1 pracownik posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu, wykonujący zawód medyczny;
- ❖ w zakresie konsultacji medycznej co najmniej 1 lekarz rehabilitacji medycznej;
- ❖ w zakresie wykonania świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej: co najmniej 1 lekarz rehabilitacji medycznej lub magister fizjoterapii na zlecenie i pod kontrolą lekarza rehabilitacji medycznej;
- ❖ w zakresie konsultacji psychologicznej: co najmniej 1 osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej;
- ❖ w zakresie konsultacji z lekarzem medycyny pracy: co najmniej 1 lekarz specjalista z zakresu medycyny pracy;
- ❖ w zakresie edukacji zdrowotnej dla uczestników Programu: co najmniej 1 lekarz rehabilitacji medycznej lub magister fizjoterapii lub lekarz medycyny pracy lub inna osoba posiadająca odpowiednią wiedzę.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym mieszczą się sale/gabinety szkoleniowe/konsultacyjne powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Beneficjent musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne stosowane w ramach programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami. Beneficjent jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w placówce medycznej udzielającej świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

**Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:**

- 1) Beneficjent musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
- 2) Beneficjent podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Beneficjent podczas udzielania świadczeń, zarówno w swojej siedzibie jak i poza nią, jest zobowiązany do zapewnienia uczestnikowi prywatności oraz komfortowych warunków uczestnictwa.
- 4) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 5) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć Beneficjentowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika nr 1, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
- 6) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Beneficjent ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 7) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie.
- 8) Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim ponownie udziału.
- 9) Beneficjent w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 10) Świadczenia udzielane w ramach programu nie mogą powielać u danego uczestnika świadczeń finansowanych w ramach NFZ, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dlatego wyłączeniu z programu podlega uczestnik biorący udział w analogicznym projekcie u innego Beneficjenta finansowanym ze środków publicznych lub innym działaniem finansowanym w tym zakresie z NFZ, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 11) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie Beneficjenta, zgodnie z obowiązującymi



przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie Beneficjent programu.

12) Beneficjent zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej.

Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji, testy wiedzy itp. W przypadku ustnej rezygnacji z udziału w programie, Beneficjent jest zobowiązany do odnotowania tego faktu w dokumentacji wraz ze wskazaniem daty rezygnacji.

13) Obowiązek informacyjny związany z przetwarzaniem danych osobowych musi zostać spełniony przez Beneficjenta. Dodatkowo, Beneficjent ma obowiązek dostarczyć uczestnikom projektu klauzule informacyjne Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej. Szczegółowe kwestie w tym zakresie zostaną uregulowane w umowie o dofinansowanie projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VI – Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza, Działania 6.6 Zdrowie pracowników, programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.

## **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

Koszty monitorowania i ewaluacji programu należą do kosztów pośrednich.

### **5.1. Monitorowanie**

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy Beneficjent zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do programu,
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu z treścią wzorów ankiet stanowiących załącznik nr 6 do programu,
- 3) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu,
- 4) sprawozdanie końcowe z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 7.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które Beneficjent uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z Beneficjentami.

## **Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu**

Beneficjent ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Beneficjent ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez Beneficjentów programu zgodnie z załącznikiem nr 5. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

## **Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, zgodnej z treścią załącznika nr 6 do programu. Każdy uczestnik zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie Beneficjentowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie.

Ankiety mogą być prowadzone w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Analizy wyników ankiet satysfakcji powinny zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;

- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analizy wyników ankiet może zawierać inne elementy, które Beneficjent uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy Beneficjent musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Beneficjent ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

### **Ad 3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu – zgodnie z załącznikiem nr 7.

#### **5.2 Ewaluacja**

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Beneficjent jest zobowiązany do przedłożenia, jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania według załączników nr 5, 6 i 7 oraz analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu, w całym okresie trwania programu.

Sprawozdanie roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które Beneficjent uzna za niezbędne.

Rekomenduje się podjęcie działań służących usprawnieniu procesu sprawozdawczości z realizacji działań projektowych poprzez uwzględnienie w umowach o dofinansowanie oraz w regulaminie naboru zapisu określającego sposoby egzekwowania od Beneficjentów wypełniania obowiązków sprawozdawczych oraz udziału w ewaluacji.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2476).

Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie danych otrzymanych od beneficjentów programu oraz na podstawie wyników ewaluacji zewnętrznej (jeśli taka zostanie przeprowadzona).

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

## 6. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 6.1 Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 25% wartości kosztów bezpośrednich. Szczegóły dotyczące wysokości kosztów pośrednich zostaną wskazane w Regulaminie naboru. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono m.in. koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń do 61 podmiotów z terenu województwa mazowieckiego. Do wyliczenia średniego kosztu świadczeń przewidzianych w programie na 1 uczestnika posłużyło 12 wycen.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy. Dla celów rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu stosuje się ceny jednostkowe wskazane w poniższej tabeli.

Tabela 4. Maksymalna wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika (źródło: opracowanie własne)

Lp	Nazwa elementu	Koszt jednostkowy	Koszt pośredni	Liczba świadczeń	Razem
1.	Kwalifikacja uczestnika do udziału w programie	121,66 zł	30,42 zł	1	152,08 zł
2.	Konsultacja medyczna (lek. rehabilitacji medycznej)	220,17 zł	55,04 zł	1	275,21 zł
3.	Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej;				

3.1	Zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii, ultradźwięki	43,94 zł	10,99 zł	10	549,30 zł
3.2	Ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia);	110,83 zł	27,71 zł	10	1 385,40 zł
3.3	Masaż leczniczy	110,83 zł	27,71 zł	10	1 385,40 zł
4.	Konsultacja psychologiczna;	205,00 zł	51,25 zł	1	256,25 zł
5.	Konsultacja z lek. medycyny pracy;	232,08 zł	58,02 zł	1	290,10 zł
6.	Edukacja zdrowotna dla uczestników Programu (koszt jednej grupy 5-15 os.);	433,08 zł	108,27 zł	1	541,35 zł
7.	Konsultacja medyczna po zakończonym cyklu rehabilitacji. (lek. rehabilitacji medycznej);	205,83 zł	51,46 zł	1	257,29 zł
Razem					<b>5 092,38 zł</b>

Koszty pośrednie będą każdorazowo ustalane dla każdej umowy z beneficjentem. Przy założeniu wysokości kosztów pośrednich na poziomie 25%, maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika wynosi 5 092,38 zł, zakładając, że skorzysta on ze wszystkich przewidzianych w Programie interwencji, w tym po jednym cyklu (10 spotkań) ze świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej. Koszt kwalifikacji uczestnika do programu obejmuje obsługę administracyjną zapisu uczestnika oraz wydrukowanie oświadczeń i druków, o których mowa w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej oraz weryfikacji spełnienia przez niego wskazanych kryteriów kwalifikacji.

Koszty przedstawione w tabeli są kwotami maksymalnymi, jakie wnioskodawcy mogą przedstawić w swoich wnioskach w ramach naboru na wybór Beneficjenta programu. Świadczenia zrealizowane w ramach programu i wykazane w sprawozdaniach przez poszczególnych Beneficjentów nie mogą jednocześnie być sfinansowane z innych środków publicznych (w tym NFZ).

W przypadku innej niż szacowana liczby świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej na jednego uczestnika środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem z zastrzeżeniem limitów wskazanych w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

## 6.2 Koszty całkowite

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2026-2028. Planowana alokacja na realizację programu wynosi: 13 575 600 zł, w tym:

- dofinansowanie ze środków UE: 8 547 600 zł;
- wkład krajowy: 5 028 000 zł.

Ww. kwoty są kwotami szacunkowymi, dokładny budżet programu zostanie wskazany w ogłoszeniu o naborze.

Budżet programu może zostać zwiększony lub zmniejszony.

Zakładając, że każdy uczestnik skorzysta z jednego pełnego cyklu świadczeń rehabilitacyjnych (10 spotkań), możliwy będzie udział w programie 2 665 osób.

### **6.3 Źródła finansowania**

Program dofinansowany będzie ze środków Fundusze Europejskie dla Mazowsza na lata 2021-2027. Warunki i wysokość dofinansowania będzie określała umowa zawarta z beneficjentami programu.

## **7. Bibliografia**

1. Ludność w wieku 60 lat i więcej, GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (w dniu 19.02.2016 r.)
2. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.), GUS Departament Badań Społecznych, Warszawa 2021;
3. Medycyna pracy w praktyce lekarskiej, red. Z. Byczkowska L. Dawydzik, Oficyna Wydawnicza IMP w Łodzi, 1999
4. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy, J. Bugajska, D. Żołnierczyk-Zreda, K. Hildt-Ciupińska, Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka, 2011, 4 (475)
5. USTAWA z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 277)
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1836)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2024 r. poz. 1542)
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 czerwca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1287)
9. Wiktor Degi ortopedia i rehabilitacja, red. W. Marciniak, A. Szulca, PZWL Warszawa 2003
10. Rehabilitacja medyczna. Tom I, red. A. Kwolek, Urban&Partner, Wrocław 2012

11. Rehabilitacja ortopedyczna. Tom II, K. Wilk, Urban and Partner, Wrocław 2007
12. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Accidents at work and work-related health problems, Warszawa, Gdańsk 2021
13. Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2015 (USDL 16- 2130), BLS listopad 2016
14. Statistics on work related musculoskeletal disorders, Safe Work Australia 2016
15. Work related Musculoskeletal Disorders: A Lesson From the Past, F. Giuliano, Epidemiology 2010; 21(4)
16. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/>
17. [https://analizy.mz.gov.pl/app\\_direct/mpz\\_2020\\_demogr/](https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_demogr/)
18. Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”
19. Medical Rehabilitation, Med. Rehabil, Volume: 5, No.: 3, 2001

## **8. Załączniki.**

- Załącznik nr 1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania.
- Załącznik nr 2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie.
- Załącznik nr 3. Ankieta wstępna.
- Załącznik nr 4. Ankieta końcowa.
- Załącznik nr 5. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.
- Załącznik nr 6. Ankieta satysfakcji.
- Załącznik nr 7. Sprawozdanie z osiągnięcia mierników.
- Załącznik nr 8. Pre-test oraz post-test wiedzy

## **Załącznik nr 1. Wzór świadomej zgody i oświadczenia.**

---

*Imię i nazwisko uczestnika programu*

---

---

*Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)*

---

Ja niżej podpisana(y) oświadczam:

- 1) że w chwili aplikowania do „Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowanego do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego<sup>13</sup>
- 2) że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzystam aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### **Świadoma zgoda na udział w programie**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Funduszy Europejskich dla Mazowsza, a udział w nim jest bezpłatny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

---

<sup>13</sup> Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.



Oświadczam, że dostarczyłam(em) dokumentację medyczną potwierdzającą występowanie u mnie dysfunkcji narządu ruchu lub obwodowego układu nerwowego, związanej ze sposobem wykonywania pracy.

Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....  
*Data i podpis uczestnika*

Oryginał/kopia\*

## **Załącznik nr 2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie.**

---

*Imię i nazwisko uczestnika*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Regionalnym Programie Zdrowotnym w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest\*\*:

---

*Data i podpis uczestnika*

Oryginał/kopia\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

### Załącznik nr 3. Ankieta wstępna

Prosimy o uważne wypełnienie ankiety wstępnej. Podane informacje będą przydatne przy planowaniu Pani/Pana rehabilitacji, a także przy ocenie jej efektów (porównanie ich z informacjami podanymi na zakończenie Programu).

**1. Imię i nazwisko uczestnika** ..... **2. Wiek** .....

**3. Jestem osobą \*):** ☐ pracującą (wykonywana praca: .....)

☐ bezrobotną (od jak dawna? – w latach .....)

#### 4. Aktualne dolegliwości.

Proszę o podanie miejsca, w którym zlokalizowane są Pana/ Pani główne dolegliwości z jakimi zgłosił się Pan/Pani na rehabilitację w ramach Programu.

Miejsca moich dolegliwości:

.....

Czas trwania dolegliwości : ..... miesięcy/lat.

Proszę podać aktualną intensywność bólu używając skali 1-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania.

#### 4. Zaburzenia funkcji. Proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź.

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<b>Ubranie się i dbanie o wygląd</b>				
Ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików				
Umyć samodzielnie włosy?				
<b>Wstawanie</b>				
Wstać z krzesła bez poręczy?				
Położyć się do łóżka i wstać?				
<b>Jedzenie</b>				
Pokroić mięso na talerzu?				
Otworzyć nowy karton mleka?				
<b>Chodzenie</b>				
Chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?				

Wejść po pięciu schodach?				
<b>Higiena</b>				
Umyć się i wytrzeć?				
Wykąpać w wannie?				
Usiąść na sedesie i wstać?				
<b>Sięganie</b>				
Sięgnąć po 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?				
Schylić się, żeby podnieść odzież z podłogi?				
<b>Chwyatanie</b>				
Otworzyć drzwi w samochodzie?				
Otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?				
Odkręcić i zakręcić kran?				
<b>Czynności różne</b>				
Załatwiać różne sprawy, robić zakupy?				
Wsiąść do samochodu i wysiąść?				
Wykonywać prace domowe np. odkurzanie?				

**6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:**

Aktualnie zażywam leki:

- ☐ przeciwbólowe   ☐ rozluźniające   ☐ nasenne   ☐ inne leki .....
- ☐ nie zażywam leków

Korzystałam/em z rehabilitacji:

- ☐ ostatni raz ..... miesięcy temu   ☐ nie korzystałam/em

Odczuwasz niepokój, jesteś zestresowana/y, masz gorszy nastrój, nie radzisz sobie?

- ☐ TAK   ☐ NIE

Czy chciałabyś/chciałbyś porozmawiać o tym z psychologiem, skorzystać z jego pomocy?

- ☐ TAK   ☐ NIE

## 7. Aktywność fizyczna

Czy uprawiasz regularnie jakiś sport (rekreacyjnie)? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to jaki?

.....

Jak często? ☐ ..... razy w tygodniu / miesiącu

Ile czasu poświęcasz na to za każdym razem? .....minut / godzin

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

## Załącznik nr 4. Ankieta końcowa

Prosimy o uważne wypełnienie ankiety końcowej. Na tej podstawie będziemy mogli ocenić efekty Pani/Pana rehabilitacji, co pozwoli nam w przyszłości na lepsze dopasowanie postępowania terapeutycznego do potrzeb naszych pacjentów.

**1. Imię i nazwisko uczestnika** ..... **2. Wiek** .....

**3. Jestem osobą \*):** ☐ pracującą (wykonywana praca:.....)

☐ bezrobotną (od jak dawna? – w latach .....)

**4. Po rehabilitacji czuję się:** ☐ lepiej ☐ gorzej ☐ bez zmian

Proszę podać aktualną intensywność bólu używając skali 1-10, gdzie 0 to brak bólu a 10 to ból nie do wytrzymania.

## 5. Zaburzenia funkcji.

Proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź.

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
<b>Ubranie się i dbanie o wygląd</b>				
Ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików				
Umyć samodzielnie włosy?				
<b>Wstawanie</b>				
Wstać z krzesła bez poręczy?				
Położyć się do łóżka i wstać?				
<b>Jedzenie</b>				
Pokroić mięso na talerzu?				
Otworzyć nowy karton mleka?				
<b>Chodzenie</b>				
Chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?				
Wejść po pięciu schodach?				
<b>Higiena</b>				
Umyć się i wytrzeć?				

Wykąpać w wannie?				
Usiąść na sedesie i wstać?				
<b>Sięganie</b>				
Sięgnąć po 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?				
Schylić się, żeby podnieść odzież z podłogi?				
<b>Chwyatanie</b>				
Otworzyć drzwi w samochodzie?				
Otworzyć ponownie wcześniej otwarty słoik?				
Odkręcić i zakręcić kran?				
<b>Czynności różne</b>				
Załatwiać różne sprawy, robić zakupy?				
Wsiąść do samochodu i wysiąść?				
Wykonywać prace domowe np. odkurzanie?				

**6. Z powodu problemu zdrowotnego, z którym zgłosiłam/em się na rehabilitację:**

Aktualnie zażywam **leki**:

- ☐ przeciwbólowe    ☐ rozluźniające    ☐ nasenne    ☐ nie zażywam leków  
☐ inne leki .....

**7. Aktywność fizyczna**

Aktualnie, w porównaniu ze stanem przed rehabilitacją, uprawiam sport rekreacyjny:

- ☐ częściej                      ☐ rzadziej                      ☐ bez zmian

..... razy w tygodniu / miesiącu

**8. Zdolność do aktywności zawodowej**

Czy w Pani/Pana opinii udział w Programie wpłynął na poprawę zdolności do aktywności zawodowej?

- ☐ TAK                              ☐ NIE

**9. Gotowość do powrotu do pracy po udziale w programie (dotyczy uczestników Programu zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością))**

Czy po udziale w Programie deklaruje Pani/Pan gotowość do podjęcia aktywności zawodowej?

- ☐ TAK                              ☐ NIE

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety!***

## **Załącznik nr 5. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego\***

**Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe\* z realizacji „Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”**

Dane Beneficjenta: .....

.....  
(nazwa, adres)

Nr umowy: .....

Sprawozdanie za okres: .....

### **Sprawozdanie kosztowe z wykonania świadczeń w ramach programu**

<b>Nr.</b>	<b>Nazwa wskaźnika</b>	<b>Wartość wskaźnika</b>
1.	Liczba przeprowadzonych kwalifikacji do programu	
2	Liczba przeprowadzonych konsultacji lekarskich	
3.	Liczba przeprowadzonych świadczeń z zakresu rehabilitacji ruchowej	
3.2	Liczba przeprowadzonych zabiegów fizykoterapeutycznych z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii, ultradźwięki	
3.2	Liczba przeprowadzonych ćwiczeń leczniczych (kinezyterapia);	
3.3	Liczba przeprowadzonych masaży leczniczych	
4.	Liczba przeprowadzonych konsultacji psychologicznych	
5.	Liczba przeprowadzonych konsultacji z lekarzem medycyny pracy	
6.	Liczba grup, dla których przeprowadzono edukację zdrowotną	



## Sprawozdanie statystyczne z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Łączna liczba osób, które wzięły udział w co najmniej jednej interwencji w ramach programu	
2	Liczba osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), które wzięły udział w co najmniej jednej interwencji w ramach programu.	
3	Liczba przeprowadzonych konsultacji lekarskich wstępnych	
4	Liczba przeprowadzonych konsultacji lekarskich końcowych	
5	Łączna liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie	
6	Łączna liczba osób, które skorzystały z zabiegów fizykoterapeutycznych z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii, ultradźwięki	
7	Łączna liczba osób, które skorzystały z zabiegów fizykoterapeutycznych z zakresu ćwiczeń leczniczych (kinezyterapia)	
8	Łączna liczba osób, które skorzystały z masażu leczniczych	
9	Łączna liczba osób, które wzięły udział w konsultacji psychologicznej	
10	Łączna liczba osób, które wzięły udział w konsultacji z lekarzem medycyny pracy	
11	Łączna liczba osób, które wzięły udział w edukacji zdrowotnej	
12	Liczba osób, które deklarują poprawę zdolności do aktywności zawodowej po udziale w programie	
13	Liczba osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), które deklarują gotowość podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie.	

### Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za okres sprawozdawczy

Pytanie	1	2	3	4	5	Liczba odpowiedzi
1) W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?						
2) Jak oceniają Państwo kompetencje osoby prowadzącej aplikację/rekrutację do programu?						
3) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację wstępną?						
4) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację wstępną?						
5) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację po zakończeniu rehabilitacji?						
6) Edukacja zdrowotna w ramach Programu						
6.1) Jak oceniają Państwo atrakcyjność formy przeprowadzonej edukacji zdrowotnej?						
6.2) Jak oceniają Państwo zrozumiałość przekazywanych treści?						
6.3) Jak oceniają Państwo fachowość osoby prowadzącej edukację zdrowotną?						
7) Jak oceniają Państwo fachowość przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych						
8) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji psychologicznej?						
9) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji z lekarzem medycyny pracy?						

10) Jak oceniają Państwo organizację programu (udzielenie informacji, dogodność wyboru terminów, lokalizację, itp.)?						
11) Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>			

12) Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?	<b>Podmiot leczniczy</b>	<b>Lekarz rodzinny/pielęgniarka</b>	<b>Internet</b>	<b>Inne</b>	<b>Liczba odpowiedzi</b>

.....  
Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Nr tel. i adres e-mail: osoby sporządzającej sprawozdanie

.....  
Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie (osoba upoważnionych do reprezentowania Beneficjenta)

## **Załącznik nr 6. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu.**

Ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Regionalnym Programie Zdrowotnym w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-10 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5 gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1) W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?

1            2            3            4            5

2) Jak oceniają Państwo kompetencje osoby prowadzącej aplikację/rekrutację do programu?

1            2            3            4            5

3) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację wstępną?

1            2            3            4            5

4) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację po zakończeniu rehabilitacji?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

5) Edukacja zdrowotna w ramach Programu.

5.1. Jak oceniają Państwo atrakcyjność formy przeprowadzonej edukacji zdrowotnej?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

5.2. Jak oceniają Państwo zrozumiałość przekazywanych treści?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

5.3. Jak oceniają Państwo fachowość osoby prowadzącej edukację zdrowotną?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

6) Jak oceniają Państwo fachowość przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

7) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji psychologicznej?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

8) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji z lekarzem medycyny pracy?

1            2            3            4            5            nie dotyczy

9) Jak oceniają Państwo organizację programu (udzielanie informacji, dogodność wyboru terminów, lokalizację itp.)?

1            2            3            4            5

10) Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

☐ Tak ☐ Nie

11) Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ☐ z podmiotu leczniczego (szpitala, przychodni),
- ☐ od lekarza rodzinnego/pielęgniarki,
- ☐ z Internetu,
- ☐ inne (jakie?) .....

12) Inne uwagi:

.....  
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

## Załącznik nr 7. Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu

(dotyczy sprawozdania końcowego)

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego	
2.	Liczba osób u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego	
3.	Liczba osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), które deklarują gotowość podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie	
4.	Liczba osób u których doszło do zwiększenia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy	
5.	Liczba osób, które deklarują podejmowanie systematycznej aktywności fizycznej	
6.	Liczba osób, które zadeklarowały częstsze podejmowanie aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym	
7.	Iloraz liczby osób, u których w ramach programu doszło do poprawy zdolności do aktywności zawodowej i liczby osób uczestniczących w programie	
8.	Iloraz liczby osób, u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego (sprawności) i liczby osób uczestniczących w programie	%
9.	Iloraz liczby osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego i liczby osób uczestniczących w programie	%
10.	Iloraz liczby osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), którzy deklarują gotowość do podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie i liczby osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym, które uczestniczyły w programie	%
11.	Iloraz liczby osób, u których odnotowano wzrost lub utrzymanie się wysokiego poziomu wiedzy w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy i liczby osób, które uczestniczyły w edukacji zdrowotnej	%
12.	Iloraz liczby osób, które po zakończonym cyklu rehabilitacji zadeklarowały zwiększenie częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym	%

Uwagi:

.....

.....

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

.....

.....

**Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za cały okres realizacji Programu,**

Pytanie	1	2	3	4	5	Liczba odpowiedzi
1) W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?						
2) Jak oceniają Państwo kompetencje osoby prowadzącej aplikację/rekrutację do programu?						
3) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację wstępną?						
4) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację wstępną?						
5) Jak oceniają Państwo kompetencje lekarza prowadzącego konsultację po zakończeniu rehabilitacji?						
6) Edukacja zdrowotna w ramach Programu						
6.1. Jak oceniają Państwo atrakcyjność formy przeprowadzonej edukacji zdrowotnej?						
6.2. Jak oceniają Państwo zrozumiałość przekazywanych treści?						
6.3. Jak oceniają Państwo fachowość osoby prowadzącej edukację zdrowotną?						
7) Jak oceniają Państwo fachowość przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych						
8) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji psychologicznej?						
9) Jak oceniają Państwo fachowość odbytej konsultacji z lekarzem medycyny pracy?						
10) Jak oceniają Państwo organizację programu (udzielenie informacji,						

dogodność wyboru terminów, lokalizację itp.)						
11) Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>			

12) Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu?	<b>Podmiot leczniczy</b>	<b>Lekarz rodzinny/ pielęgniarka</b>	<b>Internet</b>	<b>Inne</b>	<b>Liczba odpowiedzi</b>

.....

.....

Oświadczam, że świadczenia wykazane w sprawozdaniu nie zostały jednocześnie sfinansowane z innych środków publicznych (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Nr tel. i adres e-mail: osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie (osoba upoważnionych do reprezentowania Beneficjenta)



## **Załącznik nr 8. Pre-test oraz post-test wiedzy**

1. Jaka jest optymalna wysokość biurka dla osoby pracującej przy komputerze?
  - a) 50 cm
  - b) 70–75 cm
  - c) 90 cm
  - d) 110 cm
2. Jak jest prawidłowe ułożenie monitora podczas pracy przy biurku?
  - a) Ekran powinien znajdować się poniżej poziomu oczu
  - b) Górna krawędź monitora powinna być na wysokości oczu
  - c) Monitor powinien być ustawiony na krawędzi biurka
  - d) Monitor powinien być ustawiony pod kątem 45 stopni względem użytkownika
3. Który z poniższych czynników jest głównym zagrożeniem dla układu ruchu w środowisku pracy?
  - a) Niewłaściwa dieta
  - b) Praca siedząca bez odpowiednich przerw na ruch
  - c) Wysoka temperatura otoczenia
  - d) Hałas
4. Jak często należy robić przerwę w pracy siedzącej, aby zmniejszyć ryzyko problemów zdrowotnych?
  - a) Co 15 minut
  - b) Co 30 minut
  - c) Co 60 minut
  - d) Raz na 3 godziny
5. Jak jest prawidłowe ułożenie stóp podczas pracy siedzącej?
  - a) Stopy powinny wisieć swobodnie nad podłogą
  - b) Należy opierać stopy płasko na podłodze lub podnóżku
  - c) Stopy powinny być skrzyżowane pod biurkiem
  - d) Stopy powinny opierać się na piętach
6. Jakie techniki należy stosować podczas podnoszenia ciężkich przedmiotów, aby uniknąć urazów kręgosłupa?
  - a) Pochylić się do przodu, wykorzystując siłę pleców
  - b) Trzymać ciężar daleko od ciała
  - c) Zgiąć kolana, trzymać plecy prosto i podnosić siłą nóg

- d) Skręcać tułów podczas podnoszenia
7. Jaka jest maksymalna waga ciężaru, którą może podnosić dorosły mężczyzna zgodnie z przepisami BHP w pracy dorywczej?
- a) 10 kg
  - b) 15 kg
  - c) 30 kg
  - d) 50 kg
8. Jakie są skutki długotrwałej pracy w pozycji stojącej bez odpowiedniego wsparcia ergonomicznego?
- a) Zwiększone ryzyko problemów z krążeniem i bólu pleców
  - b) Poprawa kondycji fizycznej
  - c) Zmniejszone ryzyko chorób układu ruchu
  - d) Brak wpływu na zdrowie
9. Jaka forma aktywności fizycznej jest najbardziej wskazana dla osób wykonujących pracę siedzącą?
- a) Bieganie maratonów
  - b) Intensywny trening siłowy
  - c) Ćwiczenia rozciągające i spacer
  - d) Brak aktywności fizycznej, aby uniknąć dodatkowego zmęczenia
10. Który z poniższych elementów stanowiska pracy ma kluczowe znaczenie dla ergonomii?
- a) Kolor ścian
  - b) Regulowane krzesło i biurko
  - c) Ilość dokumentów na biurku
  - d) Styl dekoracji wnętrza

**Poprawne odpowiedzi do testu:**

1. b) 70–75 cm
2. b) Górna krawędź monitora powinna być na wysokości oczu
3. b) Praca siedząca bez odpowiednich przerw na ruch
4. Co 60 minut
5. b) Należy opierać stopy płasko na podłodze lub podnóżku
6. c) Zgiąć kolana, trzymać plecy prosto i podnosić siłą nóg
7. c) 30 kg
8. a) Zwiększone ryzyko problemów z krążeniem i bólu pleców
9. c) Ćwiczenia rozciągające i spacery
10. b) Regulowane krzesło i biurko