



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 151/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego
i mięśniowego na lata 2019-2022”
realizowany przez województwo śląskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji u osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, która przyczynić ma się do uzyskania maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej oraz przywrócenie aktywności zawodowej. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cel główny warto przeformułować, aby był skonstruowany w formie oczekiwanego efektu, nie zaś działania. Cele szczegółowe nie są z nią w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności odnoszą się do określonych celów, ale niektóre z nich będą bardziej użyteczne w ocenie zgłaszalności. Warto również uzasadnić założone wartości, do których mają dążyć zaplanowane w ramach programu działania.

Populacja docelowa została przedstawiona poprawnie, jednak warto jednoznacznie określać wiek potencjalnych uczestników, ze względu na rozbieżność interpretacji wieku aktywności zawodowej między Głównym Urzędem Statystycznym oraz wytycznych do Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zaplanowane w projekcie interwencje stanowią działania zgodne z wytycznymi, należy jednak mieć na uwadze, że częściowo pokrywają się ze świadczeniami gwarantowanymi, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Wobec powyższego należy wdrożyć mechanizmy zapobiegające podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika. Warto również bardziej szczegółowo odnieść się do „karty oceny skuteczności programu”.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie, jednak nie było możliwości zweryfikowania treści ankiety satysfakcji ponieważ do projektu nie został dołączony jej wzór.

Budżet został poprawnie zaplanowany.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji układu ruchu. Całkowity koszt realizacji programu wynosi 11 246 345 PLN, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.



Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu wpisuje się w następujący priorytet: „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz. U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zapalne choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. W treści projektu przedstawiono opis ww. chorób i wskazano charakterystykę wybranych jednostek chorobowych, które mają być objęte działaniami w ramach programu, w tym: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze, idiopatyczne zapalenie stawów, spondyloartropatie seronegatywne oraz choroby zapalne tkanek miękkich, w szczególności związane z ich użytkowaniem, przemęczeniem i przeciążeniem.

W projekcie programu przedstawiono dokładny opis sytuacji epidemiologicznej odnosząc się do danych ogólnopolskich, europejskich, krajowych oraz regionalnych.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) z zakresu chorób układu kostno-mięśniowego nie wyodrębniono danych dla schorzeń wyszczególnionych w ocenianym projekcie ((M02, M05-M09, M13, M45, M70, M75 zgodnie z klasyfikacją ICD-10), uwzględniono je jednak w następujących podgrupach: Artropatie wielostawowe zapalne, Choroby układowe tkanki łącznej, choroby powięzi ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne).

W odniesieniu do rozpoznań z grupy „artropatie wielostawowe zapalne”, zapadalność rejestrowana w 2014 r. wyniosła w województwie śląskim 16,1 tys. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. osób kształtował się natomiast na poziomie 351,2 (wskaźnik dla Polski – 284,7), co stanowiło 2. najwyższą wartość wśród województw.

Wskaźnik chorobowości rejestrowanej wynosił natomiast 2 688, 86/100 tys. osób, co również stanowiło 2. wartość w kraju. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 57,75 i była to 9. największa wartość wśród województw.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroby układowe tkanki łącznej” w roku 2014 wyniosła w województwie śląskim 7,2 tys. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł 156,8 (wskaźnik dla Polski - 154,5), co stanowiło 7. wartość wśród województw (Rycina 2). Wskaźnik chorobowości rejestrowanej wynosił w badanym okresie 1 444, 48/100 tys. co stanowiło 4. najwyższy wskaźnik w kraju. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 113,74 i była to 10. największa wartość wśród województw.

W przypadku rozpoznań z grupy „choroby powięzi, ścięgien i tkanek miękkich (niezapalne)”, zapadalność rejestrowana w 2014 r. wynosiła 67,8 tys. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. osób wyniósł natomiast 1 478,4, co plasowało województwo śląskie na 1. miejscu w kraju (Rycina 3) (wskaźnik dla Polski – 1 206,6/100 tys.). Wskaźnik chorobowości rejestrowanej wynosił 10 357,72 – również 1. miejsce wśród województw. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 95,88 i była to 7. największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem projektu programu jest „przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności fizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej osobom z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, poprzez zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych, dzięki kompleksowej rehabilitacji medycznej prowadzonej w populacji osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia na terenie województwa śląskiego.”

Powyższe założenie po części stanowi działanie, nie zaś oczekiwanego efektu, w postaci którego powinien zostać sformułowany cel. Dodatkowo cel powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań.

W projekcie określono 4 cele szczegółowe, które stanowią uzupełnienie dla celu nadrzędnego. Przy formułowaniu celów zastosowano koncepcję SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Jednakże cele szczegółowe nie są w pełni zgodne z regułą SMART i należałoby je doprecyzować w tym zakresie.

W projekcie uwzględniono 12 mierników efektywności wraz z ich wartościami docelowymi oraz sposobami ich pomiaru. Nie wskazano jednak uzasadnienia dla założonych wartości jakie osiągnięte zostać mają w ramach realizacji programu. Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją, mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. W projekcie wskazano m.in. następujące mierniki w zakresie poziomu wiedzy uczestników: „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazywanych na szkoleniach dla kadr medycznych” (wskaźnik ten można odnieść do celu nr 4) oraz „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej” (można odnieść do celu nr 3 oraz po części do celu 2). Wartości ww. wskaźników określane mają być na podstawie porównania wyników testów wypełnianych przed i po zajęciach edukacyjnych. Do oceny stopnia realizacji celu nr 2 można po części odnieść miernik w postaci „odsetka osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej” (na podstawie kwestionariusza IPAQ przeprowadzanego dwukrotnie: w ramach pierwszej wizyty oraz 2 miesiące po ukończeniu rehabilitacji). Miernik w postaci „odsetka i liczby osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie” można odnieść do celu głównego. Ponadto, zaplanowano pomiar „odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” (na podstawie porównania wyników kwestionariusza HAQ przeprowadzanego dwukrotnie), „odsetka osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” (na podstawie porównania wyników kwestionariusza WHOQOL-BREF) oraz „odsetka osób, u których doszło do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” (na podstawie porównania wyników w skali VAS). Wymieniono również szereg mierników odnoszących się do zgłaszalności do programu („liczba osób objętych programem zdrowotnym, dzięki współfinansowaniu z EFS” oraz „liczba osób poddanych badaniom lekarskim kwalifikującym do programu”, „liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie”, a także „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej (min. 15 dni)” – miernik odnosi się również do celu nr 1).

Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu. Dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości i jej wielkość stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Zgodnie z treścią projektu, populację docelową w rehabilitacji stanowić mają mieszkańcy województwa śląskiego w wieku produkcyjnym powyżej 50 r.ż. (kobiety 50-59 lat oraz mężczyźni 50-64 lata), aktywne zawodowo, z rozpoznaniem jednej z następujących przewlekłych chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego (ICD-10: M02, M05-M09, M13, M45, M70, M75). Powyższy przedział wiekowy został tak określony, ponieważ uznano, że osoby w tym wieku są najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy ze względów zdrowotnych.

Ponadto, wśród kryteriów kwalifikacji do programu wskazano: brak korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej (w ramach NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON) z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym.

Liczebność populacji w wieku produkcyjnym powyżej 50 r.ż. (kobiety między 50 a 59 r.ż. oraz mężczyźni między 50 a 64 r.ż.) zamieszkującej teren województwa śląskiego oszacowano w projekcie na 802 036 osób (wg Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2017: 780 776 osób).

W projekcie zastosowano pojęcie „wieku aktywności zawodowej” oraz „wieku produkcyjnego”. Warto dodać, że wg GUS, wiek produkcyjny wynosi dla mężczyzn 18-64 lat, a dla kobiet 18-59 lat. Natomiast w wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, osoba w wieku aktywności zawodowej, ma minimum 15 lat, a górna granica jest warunkowana faktyczną aktywnością lub gotowością do podjęcia zatrudnienia. Warto przeformułować zapisy w taki sposób aby precyzyjnie określały populację docelową programu.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie oszacowano na ok. 36,8 tys. osób. Działania rehabilitacyjne w ramach programu przeprowadzone zostaną wśród 7 000 uczestników, co zgodnie z szacunkami, stanowić ma 19% populacji. Liczba osób u których zostanie wykonana sama konsultacja kwalifikacyjna może zostać zwiększona o 10% w stosunku do osób rehabilitowanych.

Ponadto, w ramach programu zaplanowano realizację szkoleń dla 360 przedstawicieli personelu medycznego (w tym dla lekarzy specjalistów w dziedzinie reumatologii lub rehabilitacji medycznej, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w ww. dziedzinach oraz fizjoterapeutów zatrudnionych na terenie województwa śląskiego).

Interwencja

Realizacja głównych interwencji w projekcie programu została podzielona na etapy:

- Szkolenia kadry medycznej;
- Kompleksowa rehabilitacja uczestników:
 - Konsultacja reumatologiczna (badanie podmiotowe i przedmiotowe; analiza dokumentacji medycznej, w tym weryfikacja występowania zapalnej choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego; stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie; uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie; wydanie zaleceń lekarskich i informacji o stanie zdrowia na piśmie; ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej);
 - Pierwsza wizyta lekarska przeprowadzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej (badanie podmiotowe i przedmiotowe; analiza dokumentacji medycznej; stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie; zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego; wydanie zaleceń lekarskich na piśmie);
 - Pierwsza porada fizjoterapeutyczna (wywiad z pacjentem; ocena stanu zdrowia w skali VAS; ocena zdrowia kwestionariuszem HAQ; ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF; ocena aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza IPAQ; edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej);
 - Działania edukacyjne (edukacja zdrowotna, edukacja żywieniowa oraz psychoedukacja);
 - Realizacja indywidualnego planu rehabilitacyjnego (dobrene przez lekarza rehabilitacji medycznej (wg indywidualnych wskazań pacjenta) procedury spośród: kinezyterapii indywidualnej, kinezyterapii grupowej, masażu leczniczego, masażu limfatycznego, zabiegów fizykoterapii (w tym m.in. elektrolecznictwo, leczenie polem magnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia, balneoterapia), terapii zajęciowej, indywidualnej konsultacji fizjoterapeutycznej, indywidualnych konsultacji podologicznych i psychologicznych);

- Wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji (badanie podmiotowe i przedmiotowe; przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta; wydanie zaleceń lekarskich na piśmie; wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta; ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej);
- Druga porada fizjoterapeutyczna (powtórzenie działań realizowanych w ramach pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej);
- Kontrolna wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji (powtórzenie działań realizowanych w ramach poprzednich wizyt lekarskich).

Z treści projektu wynika, że szkolenia dla kadr medycznych, będą realizowane jedynie w pierwszych dwóch latach funkcjonowania programu (po 180 osób w 2019 i 2020 roku). Określono czas trwania oraz liczebność grup w jakich mają się odbywać szkolenia. Tematyka będzie obejmowała kompleksowość postępowania w rehabilitacji u pacjentów z grupy docelowej, efektywne łączenie farmakoterapii z metodami niefarmakologicznymi, najnowsze wytyczne i metody fizjoterapii i terapii zajęciowej, edukację oraz psychoedukację i stosowanie kwestionariuszy jako narzędzi oceny stanu zdrowia pacjenta. Przed i po szkoleniach, uczestnicy będą wypełniać ankiety ewaluacyjne.

W odniesieniu do konsultacji reumatologicznej oraz pierwszej wizyty lekarskiej, należy wskazać, że niektóre z działań będą się powielać, na przykład: stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie czy analiza dokumentacji medycznej.

W odniesieniu do edukacji, należy wskazać, że zgodnie z rekomendacjami, w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy, edukacja jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU-OSHA 2016), a kompleksowa rehabilitacja bez względu na stosowane metody powinna być uzupełniona o elementy szkolenia w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem (NIGRiR 2013).

Dostosowanie zakresu rehabilitacji leczniczej do indywidualnych potrzeb pacjenta zgodny jest z rekomendacjami, w których wskazuje się, że pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2010, VHA-DoD 2010). Ćwiczenia fizyczne powinny być również istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności (RCP-NICE 2008, RACGP 2009). Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010, NIGRiR 2013).

W projekcie przedstawiono zakres interwencji jakie mogą zostać zaplanowane do realizacji w ramach rehabilitacji leczniczej. Wskazano również liczbę punktów, jaką przyjęto dla każdej z procedur. W programie założono, że w całym cyklu rehabilitacyjnym (trwającym minimum 15 dni) na jednego pacjenta przypadać może w sumie 875 punktów (+/- 3 punkty).

Przedstawiono również warunki, jakie muszą zostać spełnione w przygotowaniu planu rehabilitacyjnego, wskazując, że u każdego pacjenta zrealizowane muszą zostać co najmniej 2 zabiegi dziennie (w tym jeden zabieg kinezyterapii), maksymalnie 5 zabiegów dziennie oraz minimum 3 zabiegi kinezyterapii w formie indywidualnej pracy z pacjentem na cały cykl rehabilitacyjny.

Należy zaznaczyć, że wszystkie wskazane powyżej zabiegi fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W odniesieniu do pozostałych procedur, terapia zajęciowa oraz konsultacje psychologiczne

realizowane są m.in. w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Wobec powyższego istotne jest wprowadzenie mechanizmu zapobiegającego podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu poprzez np. dostosowanie kryteriów włączenia / wykluczenia z programu.

W wytycznych z zakresu rehabilitacji leczniczej wskazuje się, że w celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu ze wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów (SIGN 2013), a programy powinny obejmować badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007).

Wizyta lekarska oraz porada fizjoterapeutyczna zostały zaplanowane dwukrotnie. Przeprowadzenie ww. działań w populacji poddawanej rehabilitacji (przed i po realizacji programu) pozwoli na oszacowanie wpływu przeprowadzonych interwencji na stan zdrowia uczestników. Dodatkowo zaplanowano kontrolną wizytę lekarską po 2 miesiącach od ukończenia edukacji i rehabilitacji. W ramach tej wizyty będzie uzupełniana „karta oceny skuteczności programu” jednak nie doprecyzowano tej kwestii.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie poprawnie założono przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności przeprowadzana ma być m.in. na podstawie określenia liczby osób biorących udział w poszczególnych działaniach realizowanych w ramach programu. Ponadto, zaplanowano określenie „liczby członków rodzin pacjentów uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania”.

W ramach oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu, zaplanowano coroczną analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników programu, której wzoru nie załączono jednak do projektu. Ponadto, przeprowadzona ma zostać analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora.

Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu obejmować będzie ocenę części wskaźników wymienionych w ramach mierników efektywności, co jest działaniem poprawnym i umożliwi pomiar efektów programu. Ponadto ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, ze stanem po jego zakończeniu, a rzeczywisty wpływ programu na zdrowie populacji będzie można ocenić dopiero w perspektywie wieloletniej.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis planowanych działań oraz etapów podejmowanych w ramach programu. Realizator zostanie wybrany na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z wymaganiami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.). W sposób szczegółowy wskazano również wymagania względem personelu jakim powinien dysponować realizator. W odniesieniu do wymagań w zakresie warunków lokalowych i sprzętu, powołano się na obecnie obowiązujące akty prawne.

Zakończenie udziału w programie możliwe ma być na każdym jego etapie na życzenie pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacji, uczestnicy otrzymywać mają wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne, konieczność regularnych kontroli stanu zdrowia) oraz informacje w zakresie możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku przerwania cyklu, pacjenci poinformowani mają zostać o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie oraz również otrzymają informacje w zakresie możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych.

Całkowity koszt realizacji programu oszacowano na 11 246 345 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań. Wskazano również, że koszty pośrednie wynieść mają 10% kosztów bezpośrednich, a więc 1 022 395 zł.

W budżecie został ujęty również potencjalny zwrot kosztów dojazdu – maksymalnie 115 zł (zgodnie z treścią projektu dla maksymalnie 9% uczestników). Ponadto, warto również uwzględnić w budżecie ewentualne koszty związane monitorowaniem i ewaluacją programu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Projekt odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zapalne choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. W opisie problemu zdrowotnego wskazano, że „w kontekście zapobiegania niepełnosprawności i wykluczeniu z rynku pracy, choroby te należy rozpatrywać przede wszystkim w odniesieniu do ich wpływu na obniżenie sprawności fizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego. Mając powyższe na uwadze, zdecydowano o skoncentrowaniu działań w ramach programu na trzech obszarach problemowych, które łączy ze sobą fakt występowania stanów zapalnych i dolegliwości bólowych, utrudniających lub uniemożliwiających wykonywanie czynności związanych z pracą zawodową”.

W ramach kryteriów kwalifikacji do udziału w programie, uwzględniono następujące rozpoznania, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10:

- M02 – Odczynowe zapalenie stawów,
- M05 – Sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów
- M06 – Inne reumatoidalne zapalenie stawów,
- M07 – Artropatie towarzyszące łuszczycy i chorobom jelit,
- M08 – Młodzieńcze zapalenie stawów,
- M09 – Młodzieńcze zapalenie stawów w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej,
- M13 – Inne zapalenia stawów,
- M45 – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- M70 – Choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem
- M75 – Uszkodzenia barku.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia rehabilitacyjne wśród osób chorujących na przewlekłe choroby układu kostno-stawowego finansowane są ze środków NFZ w warunkach:

- ambulatoryjnych (nie więcej niż 5 zabiegów dziennie przez 10 dni);
- domowych (w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, nie więcej niż 5 zabiegów dziennie nie dłużej niż 80 dni);
- ośrodka lub oddziału dziennego (w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, nie więcej niż 5 zabiegów dziennie przez okres 15 do 30 dni);
- stacjonarnych (w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, do 6 tygodni);
- uzdrowskiej rehabilitacji dla dorosłych w szpitalu uzdrowskim (28 dni);
- uzdrowskiej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium uzdrowskim (28 dni).

Ponadto, świadczenia rehabilitacji leczniczej udzielane są w ramach profilaktyki rentowej ze środków ZUS w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne:

- NSF 2010 - National Stroke Foundation;
- VHA-DoD 2010 - Veterans Health Administration, Department of Defense;
- RCP-NICE 2008 - Royal College of Physicians, National Institute for Health Care Excellence;
- RACGP 2009 - The Royal Australian College of General Practitioners;
- NCDDR 2009 - National Centre for the Dissemination and Disability Research;
- SIGN 2013 i 2011- Scottish Intercollegiate of Guideline Network;
- ACCP 2007 - American College of Chest Physicians;
- EU-OSHA 2016 - European Agency for Safety and Health at Work;
- CIOP 2015 - Centralny Instytut Ochrony Pracy;
- NIGRIR 2013 - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji;
- AAOS 2008 – American Academy of Orthopaedic Surgeons;
- EUMUSC 2013 - The European Musculoskeletal Conditions Surveillance and Information Network;
- SARAA 2013 - South African Rheumatism and Arthritis Association.

Wnioski z wyżej wymienionych wytycznych wskazują, że zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.

Ćwiczenia fizyczne powinny być istotnym elementem rehabilitacji osób z chorobą zwyrodnieniową stawów niezależnie od wieku, chorób współistniejących, nasilenia bólu czy niepełnosprawności.

W przypadku występowania nadwagi i otyłości, kluczową terapią powinna być redukcja wagi masy ciała.

W odniesieniu do rehabilitacji osób z objawową chorobą zwyrodnieniową stawów w obrębie kolan zaleca się: zachęcanie do nieobciążających ćwiczeń fizycznych, sugerowane jest wzmocnienie mięśnia czworogłowego ud.

W celu uzyskania optymalnych wyników, zwiększona intensywność rehabilitacji w połączeniu ze wczesną interwencją, powinna być dostarczona przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

Wśród odnalezionych rekomendacji zidentyfikowano cztery rodzaje interwencji z zakresu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego: terapię ruchową, techniki behawioralne, dostosowanie miejsca pracy oraz świadczenie usług dodatkowych. Większość badań charakteryzowała się korzystnymi wynikami, jednak wraz z wielkością i lepszą jakością badania, efekt był mniejszy. Warto podkreślić, że interwencje charakteryzujące się wzmożoną intensyfikacją działań były mniej skuteczne od działań mniej złożonych.

W przypadku bólu pleców, istnieją silne dowody wskazujące na potrzebę zachowania aktywności i powrót do zwykłych zajęć (możliwie jak najbardziej zbliżonych do tych wykonywanych przed wystąpieniem dolegliwości). Połączenie optymalnego postępowania klinicznego, programu rehabilitacji oraz interwencji w miejscu pracy jest skuteczniejsze niż opieranie się na jednym z ww. elementów. Przy czym zaznaczyć należy, iż podejście wielodyscyplinarne oferuje najbardziej obiecujące rezultaty, jednak istnieje potrzeba rozważenia efektywności kosztowej wybranej terapii złożonej.

Wśród najczęściej zalecanych metod leczenia wymienić można: leki uśmierzające ból, stopniowo postępujące programy ćwiczeń oraz rehabilitację wielodyscyplinarną. Najczęściej stosowaną kombinacją elementów stanowi połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności). Ćwiczenia fizyczne powinny wpływać na wzrost siły mięśniowej, koordynacji, zakresu ruchu kręgosłupa, sprawności układu krążenia oraz zmniejszenia napięcia mięśniowego

Edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia.

Podkreślić należy wagę stosowania działań zwiększających wydolność i siłę mięśniową starszych pracowników, dzięki treningom siłowym i wytrzymałościowym. Trening siłowy jest skuteczną interwencją służącą poprawie siły mięśni, mocy i zwiększeniu masy mięśniowej. Trening wytrzymałościowy wpływa natomiast na poprawę wydolności fizycznej. Połączenie obu form ww. treningów jest najskuteczniejszym sposobem poprawy funkcji nerwowo-mięśniowych oraz krążeniowych. Interwencja ta poprawia ogólny stan fizyczny, pomaga w utrzymaniu niezależności, zapobieganiu niepełnosprawności oraz innym skutkom niepożądanym.

Istotnym ograniczeniem w tworzeniu rekomendacji dotyczących rehabilitacji, wskazanym we wszystkich wytycznych, jest stwierdzony na podstawie przeprowadzonych przeglądów systematycznych brak lub niedostatek „odpowiednich metodologicznie” badań.

Główną zasadą rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK jest kompleksowość postępowania, tj. łączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zaopatrzenia ortopedycznego, edukacji oraz zaspokajania potrzeb psychosocjalnych.

W ramach przeprowadzonej analizy skuteczności i bezpieczeństwa odnaleziono 3 przeglądy systematyczne:

- Verhagen 2013 – wnioski wskazują, że istnieją bardzo niskiej jakości dowody wskazujące, że wpływ ćwiczeń fizycznych na ból, rekonwalescencję, funkcjonalność ruchową, oraz zwolnienia chorobowe jest podobny po zastosowaniu ćwiczeń fizycznych w porównaniu z brakiem interwencji, lub w porównaniu do ćwiczeń przewidzianych jako dodatkowe leczenia dla osób z dolegliwościami szyi, ramienia i barku związanych z pracą. Niska jakość danych wykazała również, że ergonomiczne interwencje nie zmniejszały bólu w krótkim okresie obserwacji, ale miały korzystny wpływ na zmniejszenie bólu w długotrwałej obserwacji. Odnośnie interwencji behawioralnych i innych, nie było dowodów spójnego wpływu na którykolwiek z wyników.
- Guzman 2014 – wnioski wskazują, że istnieją silne dowody na to, że intensywna wielodyscyplinarna rehabilitacja bio-psycho-społeczna poprawia funkcjonalność w porównaniu do niekompleksowych szpitalnych lub ambulatoryjnych zabiegów. Istnieją również umiarkowane dowody na to, że intensywna wielodyscyplinarna rehabilitacja bio-psycho-społeczna obniża poziom bólu w porównaniu do niekompleksowych szpitalnych lub ambulatoryjnych zabiegów. Autorzy stwierdzili, że istnieją sprzeczne dowody dotyczące wpływu intensywnej wielodyscyplinarnej rehabilitacji bio-psycho-społecznej na powroty do pracy.
- Lin 2011 - Większość badań potwierdziło efektywność kosztową rehabilitacji interdyscyplinarnej, ćwiczeń fizycznych, akupunktury, terapii manipulacyjnej kręgosłupa oraz terapii poznawczo-behawioralnej dla osób z podostrym lub przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa. Masaż leczniczy, jako pojedyncza interwencja nie był efektywny kosztowo. Odnaleziono sprzeczne dowody potwierdzające efektywność kosztową porad oraz nie ma wystarczających dowodów na efektywność kosztową terapii manipulacyjnej kręgosłupa u osób z ostrym bólem dolnego odcinka kręgosłupa.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: „Regionalny program rehabilitacji osób z zapalnymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo Śląskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej). Raport nr: OT.441.116.2018