



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 184/2018 z dnia 13 września 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Zdrowotny: Choroby układu ruchu związane z pracą - program
prozdrowotny dla pracowników województwa
dolnośląskiego” realizowanego przez: województwo dolnośląskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Zdrowotny: Choroby układu ruchu związane z pracą – program prozdrowotny dla pracowników województwa dolnośląskiego”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z niewłaściwie zaplanowanych interwencji, z których część jest aktualnie finansowana przez pracodawców. Wdrożenie właściwych praktyk w zakresie ergonomii, bezpieczeństwa i higieny pracy znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych, jednakże stanowią one istniejące i funkcjonujące aktualnie rozwiązania systemowe. Z kolei turnusy rehabilitacyjno-usprawniające są świadczeniami udzielanymi obecnie w ramach profilaktyki rentowej ze środków ZUS w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. W projekcie nie uargumentowano przyjętych oszacowań dotyczących populacji docelowej programu. Należy również zwrócić uwagę na ograniczenia organizacyjne projektu związane ze współpracą z zakładami pracy. W województwie dolnośląskim dominują duże zakłady produkcyjne, w których istnieją osobne stanowiska ergonomisty, a odsetek pracowników, który weźmie udział w projekcie (1,4%) wskazuje na małe znaczenie takiego postępowania. Ponadto mnogość niejasnych informacji przedstawionych w projekcie oraz brak przejrzystości poszczególnych jego elementów wzbudza zastrzeżenia Prezesa Agencji.

Zaproponowane w projekcie cele programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów programu, zatem nie umożliwią pełnej jakościowej i ilościowej oceny efektywności programu.

Monitorowanie i ewaluacja programu również wymagają korekty, gdyż w obecnym kształcie nie spełniają swojego zadania.

Budżet programu należy zweryfikować i uzupełnić, szczególnie w odniesieniu do kosztów jednostkowych poszczególnych interwencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki chorób układu ruchu związanych z pracą wśród pracowników zakładów pracy z terenu województwa dolnośląskiego. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 10 066 417 zł w latach 2018-2020.



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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) 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

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zespoły bólowe kręgosłupa i wpisuje się w priorytety: „rehabilitacja” oraz „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania” należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie przedstawiono opis sytuacji epidemiologicznej i dane statystyczne dotyczące absencji chorobowej, w zakresie zespołów bólowych w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów w skali kraju. Jednakże nie odniesiono się do lokalnych danych statystycznych oraz nie uwzględniono informacji pochodzących z map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z danymi z MPZ w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla woj. dolnośląskiego, w 2014 r. odnotowano 5 740 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako choroby stawów. Liczba ta stanowiła 21,53% wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu kostno-mięśniowego. Współczynnik hospitalizacji wynosił 291,63/100 tys. mieszkańców (15 wartość wśród województw). Odnotowano 3 430 hospitalizacji z powodu chorób kręgosłupa, co stanowiło 12,84% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań chorób układu kostno-mięśniowego. Współczynnik hospitalizacji wynosił 173,99/100 tys. mieszkańców (15 wartość wśród województw).

Cele i efekty programu

Założeniem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie dolnośląskim poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka schorzeń układu ruchu oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia pracowników”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Wskazany cel nie został określony w czasie i powinien zostać przeformułowany.

W treści projektu programu wskazano także 6 celów szczegółowych („identyfikacja czynników ryzyka schorzeń przeciążeniowych wśród osób wdrożonych do programu”, „zwiększenie świadomości i wiedzy pracowników na temat zmian przeciążeniowych narządu ruchu oraz zasad ich zapobiegania”, „zwiększenie świadomości i wiedzy pracodawców i służb BHP na temat zmian przeciążeniowych narządu ruchu pracowników, spowodowanych niewłaściwą ergonomią stanowisk pracy”, „zwiększenie poziomu wiedzy lekarzy i pielęgniarek sprawujących opiekę profilaktyczną nad pracownikami na temat zasad zapobiegania chorobom narządu ruchu w toku wykonywanej pracy”, „zmiana stylu życia pracowników poprzez min. rozpoczęcie regularnej aktywności fizycznej przez pracujące”, „zmniejszenie częstości występowania bólów kręgosłupa wśród populacji objętej programem zdrowotnym”). Powyższe założenia szczegółowe wymagają korekty, ponieważ nie są w pełni zgodne z koncepcją SMART, według której cel być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W ocenianym projekcie określono 10 mierników ilościowych odnoszących się do oceny zgłaszalności do programu i liczby udzielonych świadczeń oraz 7 „wskaźników efektywności odpowiadających celom programu”. Wspomniane „wskaźniki efektywności” zostały przedstawione w formie działań lub celów do osiągnięcia i wymagają przekonstruowania. Trzeba podkreślić, 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, wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Co istotne, wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Ponadto mierniki powinny odnosić się do wszystkich celów programu. Podsumowując element programu dotyczący mierników efektywności wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa

Populację docelową (bezpośrednią) programu stanowią pracownicy zakładów pracy z terenu woj. dolnośląskiego – osoby w wieku produkcyjnym od 18 do 60 r.ż. (kobiety)/do 65 r.ż. (mężczyźni). Liczebność ww. populacji docelowej oszacowano na 12 000 osób. Zgodnie z danymi GUS za 2017 r., liczba osób pracujących w woj. dolnośląskim wynosiła 845 800. Zatem w projekcie będzie uczestniczyć ok. 1,4% ww. grupy pracujących. Przy czym nie wskazano konkretnie zakładów pracy, które będą uczestniczyć w projekcie oraz nie uszczegółowiono, jakie grupy pracowników będą brać udział w programie (np. pracownicy fizyczni). Nie uargumentowano również wyboru ww. liczebności populacji docelowej programu.

Ponadto w projekcie zaplanowano działania dla pracodawców, służby medycyny pracy (SMP) oraz specjalistów BHP, przy czym nie określono liczebności populacji pośredniej, co należy uzupełnić.

Wytyczne Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA 2016) wskazują, że interwencje w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, oceny ryzyka zawodowego, wdrożenia systemów rehabilitacji i powrotu do pracy, zapobiegania długotrwałym absencjom i przeciwdziałania wczesnej dezaktywizacji zawodowej, a także tworzenia struktur szkolenia zawodowego i uczenia się przez całe życie zapewni bezpieczniejsze i zdrowsze warunki pracy dla osób w każdym wieku. Natomiast w opinii eksperta klinicznego zmiany zwyrodnieniowe narządu ruchu coraz częściej dotyczą ludzi młodych, wykonujących różne zawody, dlatego też tylko w przypadku osób do około 50 r.ż. można osiągnąć cel profilaktyczny, czyli zapobiegać powstaniu czy pogłębianiu chorób układu ruchu.

Kwalifikacja populacji docelowej do udziału w programie odbędzie się na podstawie wystandaryzowanych narzędzi: skali numerycznej (Numerical Rating Scale NRS), skali wzrokowo-analogowej (Visual Analogue Scale VAS) oraz skali wielowymiarowej (Roland Morris Disability Questionnaire RMDQ). Ostatnim elementem kwalifikacji do ściśle określonej interwencji w ramach programu będzie konsultacja lekarza medycyny pracy (dokładny wywiad z uczestnikiem i uzyskanie podpisanej zgody na udział w programie). Zaproponowane skale stanowią wystandaryzowane narzędzia służące do oceny bólu.

Wskazano również, że o udziale zakładów pracy w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń oraz spełnienie podstawowych wymogów zamieszczonych w kwestionariuszu zgłoszenia. Jednakże wzór formularza zgłoszenia nie został załączony do projektu programu, zatem nie była możliwa weryfikacja dokumentu.

Podsumowując populacja docelowa programu częściowo koresponduje z wytycznymi i opiniami ekspertów w przedmiotowym zakresie, jednakże kwestia ta budzi zastrzeżenia pod kątem planowanej liczby i grup pracowników, którzy mają uczestniczyć w programie.

Interwencja

W ramach programu przewidziano następujące interwencje:

- Działania ukierunkowane na pracodawcę, służbę medycyny pracy (SMP) i BHP:
 - ✓ wizytacja i opis stanowisk pracy przez ergonomistę (wdrożenie ergonomicznych rozwiązań technicznych zmniejszających obciążenie kręgosłupa; działania organizacyjno-administracyjne),
 - ✓ szkolenie dla pracowników w zakresie wykonywania pracy na poszczególnych stanowiskach zgodnie z zasadami ergonomii,

- ✓ szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek podstawowych jednostek medycyny pracy z zakresu ergonomii oraz wpływu wymuszonej pozycji ciała na przeciążenia układu ruchu.
- Działania ukierunkowane na pracownika:
 - ✓ edukacja w zakresie profilaktyki zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowanie zdrowego stylu życia (szkolenia grupowe na terenie zakładu pracy),
 - ✓ konsultacja lekarza medycyny pracy w zakresie oceny zmian oraz czynników ryzyka występowania schorzeń przeciążeniowych kręgosłupa, oceny ruchomości itp.,
 - ✓ turnusy rehabilitacyjno-usprawniające (w warunkach ambulatoryjnych – 14-21 dni lub stacjonarnych – 21-25 dni) dla pracowników ze stażem pracy powyżej 10 lat i osób w wieku przedemerytalnym (3-5 zabiegów fizjoterapii, oddziaływania psychologiczne, ocena lekarza specjalisty rehabilitacji, edukacja zdrowotna).

Wspomniane wizytacje ergonomisty będą miały na celu sporządzenie raportu w zakresie możliwych do wdrożenia w zakładzie działań o charakterze technicznym oraz działań organizacyjnych i administracyjnych możliwych do wprowadzenia zmian dotyczących adaptacji stanowisk pracy i organizacji pracy. Raport ten będzie miał charakter zaleceń dla pracodawcy z danego zakładu pracy. Wdrożenie właściwych praktyk w zakresie ergonomii, bezpieczeństwa i higieny pracy znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych, które wskazują na zasadność wprowadzenia odpowiedniego mechanizmu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy, jak również przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego, zintegrowanie działań w obszarze BHP z promocją zdrowia oraz dostosowanie warunków pracy do potrzeb pracowników i wdrożenie systemów rehabilitacji/powrotu do pracy. Jednakże działania w zakresie ergonomii, bezpieczeństwa i higieny pracy stanowią istniejące i funkcjonujące aktualnie rozwiązania systemowe.

W kwestii edukacyjno-dydaktycznej nie jest jasne, w jakiej formie będą prowadzone szkolenia skierowane do pracodawców, służby medycyny pracy czy specjalistów BHP. Nie odniesiono się do ich zakresu merytorycznego i organizacyjnego, nie wskazano też osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie ww. interwencji. W opisie organizacji programu wspomniano także o konferencji szkoleniowej skierowanej do pracodawców, służby medycyny pracy i BHP. Jednak konferencja ta dotyczyć będzie zasad i celów ocenianego programu i jego oczekiwanych efektów. Kwestia wyżej opisanych działań szkoleniowych wymaga doprecyzowania, gdyż oprócz braków w zakresie tematycznym i organizacyjnym, nie ma ona dokładnego odzwierciedlenia w kosztach projektu programu.

W przypadku działań dotyczących pracowników zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie zaplanowano realizację tzw. grupowych szkoleń ogólnych w zakresie profilaktyki zagrożeń w środowisku pracy oraz kształtowania zdrowego stylu życia. Nie określono jednak osoby odpowiedzialnej za realizację ww. szkoleń oraz szczegółów na temat ich organizacji.

Działania szkoleniowe zostaną skierowane zarówno do osób młodych, wchodzących na rynek pracy (z dobrym stanem zdrowia), jak i do pracowników ze stażem powyżej 10 lat i wieku przedemerytalnym. Nie jest jasne, czy do grupy „młodych pracowników” należą osoby ze stażem pracy poniżej 10 lat, czy tylko osoby rozpoczynające pracę zawodową. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

Należy podkreślić, że działania edukacyjne/poradnictwo w ramach programów z zakresu medycyny pracy, zgodnie z odnalezionymi wytycznymi/rekomendacjami, mają bardzo istotne znaczenie w prewencji chorób zawodowych. Dlatego też ważne jest ich właściwe i rzetelne przygotowanie, zgodne z aktualną wiedzą.

Oprócz działań edukacyjnych zaplanowano także realizację turnusów rehabilitacyjno-usprawniających w trybie ambulatoryjnym (14-21 dni) lub stacjonarnym (21-24 dni, turnus wyjazdowy). Interwencja ta skierowana jest do grupy pracowników z ponad 10-letnim stażem pracy lub w wieku przedemerytalnym. Ostateczna decyzja o skierowaniu uczestnika na ww. turnus należeć będzie do lekarza medycyny pracy, w ramach badania kwalifikującego do udziału w programie.

Należy podkreślić, iż świadczenia rehabilitacji leczniczej udzielane są w ramach profilaktyki rentowej ze środków ZUS w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Jak wskazują wytyczne wdrożenie systemów rehabilitacji i powrotu do pracy, aby zapobiegać długotrwałym absencjom z powodu choroby i przeciwdziałać zjawisku wczesnej dezaktywacji zawodowej, powinno być integralnym elementem każdej strategii na rzecz utrzymania zdolności do pracy. Interdyscyplinarne programy ukierunkowane na rehabilitację powinny być oferowane osobom pracującym wymagającym pomocy ze względu na odnotowane objawy chorób, a w szczególności osobom ze złymi prognozami na powrót do pracy. Odnalezione wytyczne nie są jednak zgodne co do czasu trwania ww. programów rehabilitacyjnych. Najczęściej wskazuje się okres od 4 do 12 tygodni, natomiast wskazany w projekcie czas trwania turnusów jest krótszy.

W projekcie nie określono rodzaju zaplanowanej fizjoterapii (kinezyterapia, fizykoterapia). Nie wiadomo również, czy zabiegi te będą realizowane grupowo lub indywidualnie. Zgodnie z wytycznymi warto rozważyć program grupowych ćwiczeń fizycznych (biomechanicznych, aerobowych, umysł-ciało lub połączenie wszystkich wymienionych podejść) w przypadku bólu lędźwiowo-krzyżowego (z/bez rwy kulszowej). Należy jednak pamiętać, aby podczas wyboru ćwiczeń uwzględnić konkretne potrzeby, preferencje i możliwości potencjalnego uczestnika programu.

Dodatkowo, w projekcie przewiduje się wdrożenie interwencji psychologicznych mających na celu poznanie sposobów radzenia sobie ze stresem, który ma znaczący wpływ na nasilenie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Nie odniesiono się jednak szczegółowo do ww. kwestii. Nie określono liczby i częstotliwości planowanych świadczeń. Jak wskazują wytyczne warto rozważyć zastosowanie podejścia poznawczo-behawioralnego, jednak interwencje psychologiczne powinny być częścią pakietu terapeutycznego np. ćwiczeń fizycznych czy terapii manualnej. Warto dodać, że wytyczne Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ 2009) wskazują iż terapie łączące interwencje psychologiczne i fizyczne powinny trwać max. 100 godzin przez okres 8 tygodni w przypadku pracujących z bólem pleców/kręgosłupa.

W projekcie zaplanowano również edukację zdrowotną pracowników skierowanych na rehabilitację, dotyczącą czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, podstawowej wiedzy o procesie chorobowym kręgosłupa, czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy, podstawowych informacji o prawach i obowiązkach pracodawcy oraz pracownika, zasad prawidłowego żywienia. Nie jest jednak jasne, kto będzie odpowiedzialny za funkcję edukowania pracowników oraz w jakiej formie zostaną przeprowadzone działania edukacyjne.

Podsumowując, rekomendacje z zakresu profilaktyki chorób układu kostno-stawowego wśród osób pracujących, wskazują, że najczęściej stosowaną kombinacją elementów stosowanych w ramach profilaktyki, jest połączenie ćwiczeń fizycznych, terapii behawioralnej oraz edukacji (zróżnicowanych pod względem składowych aktywności). Wnioski autorów przeglądu systematycznego Guzman 2014 wskazują, że intensywna, wielodyscyplinarna rehabilitacja biopsychospołeczna poprawia funkcjonalność w porównaniu do niekompleksowych, szpitalnych lub ambulatoryjnych zabiegów.

W projekcie zaznaczono, że oceniany program jest poszerzeniem prowadzonych badań okresowych pracowników w ramach medycyny pracy. Należy dodać, że zgodnie z zapisami Ustawy z dnia z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1155), każdy pracodawca, bez względu na stan zatrudnienia, jest zobowiązany do zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznej opieki zdrowotnej. Natomiast zabiegi fizjoterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Zgodnie z zapisami Wytycznych Regionalnych Programów Operacyjnych w przypadku programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy - proces realizacji RPZ, tam gdzie jest to możliwe, będzie uwzględniał rozwiązania programów opracowanych w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Nie jest jasne, czy oceniany projekt programu został przygotowany w oparciu o jeden z ww. programów tj. „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych

sposobem wykonywania pracy” [opracowany przez zespół wykonawców z kliniki i przychodni chorób zawodowych oraz Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii Instytutu Medycyny Pracy (IMP) im. prof. J. Nofera w Łodzi]. Jednak część interwencji w nim zaplanowanych, jak również częściowo podział populacji docelowej na grupy ryzyka, wydaje się być zbliżony do wzorcowego programu IMP.

Monitorowanie i ewaluacja

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie wspomnianych mierników ilościowych dotyczących m.in. liczby osób objętych programem i osób wykluczonych z udziału (monitorując tym samym powody nieobjęcia danej osoby działaniami w programie), co należy uznać za zasadne.

Ocena jakości świadczeń odbędzie się na podstawie ankiety satysfakcji uczestników, przy czym do projektu nie załączono wzoru kwestionariusza, zatem nie była możliwa weryfikacja treści dokumentu.

Ewaluacja obejmować będzie ocenę efektywności programu poprzez porównanie mierników na początku oraz po każdym roku realizacji programu. Jednakże, jak wspomniano wcześniej, wskazane w projekcie „mierniki efektywności” wymagają przeformułowania, gdyż stanowią działania. Zgodnie z definicją, wskaźniki efektywności powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki powinny odnosić się np. do wyników badań kwestionariuszowych przed i po wdrożeniu interwencji czy zmiany poziomu wiedzy z zakresu ergonomii pracy. Reasumując ewaluacja programu wymaga korekty.

Warunki realizacji

Wybór realizatorów programu ma się odbyć w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przetawiono także w sposób ogólny wymagania wobec realizatorów względem kwalifikacji personelu, wyposażenia oraz warunków lokalowych.

W treści projektu wskazano poszczególne etapy realizacji programu, jednak opis schematu organizacyjnego i działań zaplanowanych w programie wymaga doprecyzowania. Nie przedstawiono harmonogramu realizacji świadczeń z podziałem na lata. Zaznaczono jedynie, że działania w programie będą prowadzone wielotorowo i równolegle. Powyższa kwestia wymaga uzupełnienia.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu, co pozostaje w zgodzie z europejskimi wytycznymi EU-OSHA 2010, które zalecają informowanie wszystkich zainteresowanych o realizacji programu dotyczącego promocji zdrowia/ergonomii w miejscu pracy z wykorzystaniem zróżnicowanych kanałów komunikacyjnych (plakaty, tablice informacyjne, sieć internetowa, bezpośrednie spotkania).

Przedstawiono zasady udzielania świadczeń w ramach programu, przy czym kwestia ta wymaga doprecyzowania. W projekcie wprowadzono podział na grupy w zakresie działań ukierunkowanych na pracowników (osoby młode i osoby z ponad 10-letnim stażem pracy). Jednak nie zdefiniowano dokładnie ww. grup pracowników, jak również nie przedstawiono metodologii ww. podziału.

W projekcie wskazano, że uczestnicy, którzy będą wymagać dalszej opieki specjalistycznej otrzymają stosowne zalecenia w tym kierunku.

Odnosząc się do sposobu zakończenia udziału w programie należy podkreślić, że nie wskazano na możliwość rezygnacji z udziału w programie na życzenie uczestnika.

Koszt całkowity programu oszacowano na 10 066 417 zł, jednak nie określono kosztów w podziale na poszczególne lata realizacji programu. W projekcie wskazano koszty sumaryczne w zakresie planowanych działań (rekrutacja/kwalifikacja do programu – 20 000 zł; działania skierowane do pracodawców / SMP / BHP – 2 020 000 zł; działania skierowane do pracowników – 7 390 000 zł; zarządzanie projektem, administracja oraz ewaluacja – 636 417 zł). Natomiast nie przedstawiono szczegółowego zestawienia kosztów jednostkowych wszystkich świadczeń. Wskazano jedynie, że koszt jednostkowy turnusów rehabilitacyjnych wyniesie 2 500 zł w warunkach stacjonarnych i 1 400 – 2 100 zł w trybie ambulatoryjnym (w zależności od czasu trwania turnusu 14 lub 21 dni).

Ponadto, biorąc pod uwagę wytyczne w przedmiotowym zakresie, należy pamiętać, aby wysokość kosztów pośrednich nie przekroczyła 10% kosztów bezpośrednich projektu.

Należy podkreślić, że planowanie budżetu powinno odbywać się w oparciu o model populacyjny, tzn. opierający się na kosztach jednostkowych, które następnie mnożone są przez liczebność populacji docelowej. Natomiast w przypadku, gdy niemożliwe jest zastosowanie modelu populacyjnego dopuszcza się zaplanowanie budżetu w oparciu o koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń. Dodatkowo, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji. Podsumowując zaproponowany kosztorys programu należy zweryfikować i uszczegółowić.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Dolegliwości ze strony układu ruchu stanowią bardzo istotny problem niezależnie od wykonywanego zawodu. Są grupy pracowników, u których obciążenia i przeciążenia poszczególnych części układu mięśniowo-szkieletowego powodują dolegliwości i schorzenia tego układu związane z pracą charakterystyczną dla ich profesji.

Zespoły bólowe kręgosłupa zaliczane są do chorób układu ruchu pośrednio związanych z pracą. Do rozpoznania konieczne jest udokumentowanie i wykazanie niekorzystnego wpływu warunków lub sposobu wykonywania pracy na powstanie lub przebieg choroby. Badania pracowników z różnych gałęzi przemysłu wskazują, iż częstość ta wynosi nawet 80%.

Największy problem zdrowotny osób pracujących stanowią dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa (LBP, ang. low back pain). Najczęściej bóle krzyża są związane z przeciążeniem lub uszkodzenia mięśni i więzadeł, wadami postawy, procesami zapalnymi w obrębie stawów kręgosłupa lub krążków międzykręgowych, przepukliną krążka międzykręgowego („wypadnięcie” dysku, dyskopatia), zmianami zwyrodnieniowymi związanymi z fizjologicznymi procesami starzenia w obrębie krążków, stawów kręgosłupa i więzadeł przebiegających wewnątrz kanału kręgowego, wrodzonymi wadami kręgosłupa, jak również chorobami organów wewnętrznych. Często istotne znaczenie w patologii kręgosłupa mają obciążenia związane z aktywnością pozazawodową, co należy również uwzględnić w dochodzeniu przyczyn choroby.

Zawodowe czynniki ryzyka wiążą się najczęściej z obciążeniem wysiłkiem fizycznym oraz obciążeniami statycznymi, których przykładem jest praca siedząca np. przy obsłudze komputera. Bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa najczęściej dotyczą pracowników produkcyjnych z małych przedsiębiorstw, osób zatrudnionych w transporcie oraz pracowników biurowych – zatrudnionych w firmach reklamowych i bankach, jak również pracowników ochrony zdrowia.

Alternatywne świadczenia

Zakres i częstotliwość badań profilaktycznych określa załącznik 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. 2016 poz. 2067).

Świadczenia rehabilitacyjne wśród osób chorujących na choroby układu ruchu 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),

- uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym (28 dni).

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

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA 2010, 2016), International Labour Organization (ILO 2015), World Health Organization (WHO 2010), European Commission (EC 2002), Państwowej Inspekcji Pracy (PIP 2012), National Institute for Health Care Excellence (NICE 2016).

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi zakłady pracy powinny wdrażać skoordynowane programy promocji zdrowia zamiast przeprowadzać niepołączone ze sobą działania. Przed rozpoczęciem realizacji programu należy rozważyć sposób oceny jego wyników, a następnie monitorować jego przebieg. Analiza oznak sukcesu lub porażki działań pomoże ocenić podjęte interwencje i wprowadzić ewentualne usprawnienia (EU-OSHA 2010).

Promowanie ochrony zdrowia w miejscu pracy powinno następować poprzez: poprawę organizacji pracy, ulepszenie środowiska pracy, zachęcanie pracowników do aktywności poprawiającej ich stan zdrowia, zachęcanie do rozwoju osobistego (EU-OSHA 2010).

Zaleca się informowanie wszystkich zainteresowanych o programie promowania zdrowia w miejscu pracy z wykorzystaniem zróżnicowanych kanałów komunikacyjnych (plakaty, tablice informacyjne, sieć intranet, bezpośrednie spotkania) (EU-OSHA 2010).

Aktywne i zauważalne wsparcie ze strony kadry kierowniczej wszystkich szczebli jest kluczowym czynnikiem przy budowaniu kultury bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy (EU-OSHA 2010).

ILO 2015 podkreśla znaczenie włączenia zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w edukację ogólną i zawodową w ramach strategii budowania i podtrzymywania kultury prewencji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP). Do zadań pracodawców w zakresie BHP należy: ocena i zarządzanie zagrożeniami, podejmowanie działań zapobiegawczych i kontrolnych, zapewnianie środków ochrony indywidualnej (PPE). Pracodawcy powinni także dbać o to, aby pracownicy i ich przedstawiciele brali udział w konsultacjach, byli informowani i szkoleni w zakresie wszystkich aspektów BHP związanych z ich pracą, w tym zasad postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych. Sposobami skutecznego zarządzania BHP jest wprowadzenie w przedsiębiorstwie kultury prewencyjnej, dostosowanie systemów zarządzania BHP do innych działań operacyjnych oraz promowanie podejścia zapobiegawczo-proaktywnego, obejmującego środki w zakresie promocji zdrowia.

Zarządzanie zasobami ludzkimi, ocena ryzyka zawodowego uwzględniająca problematykę zarządzania wiekiem, wdrożenie systemów rehabilitacji i powrotu do pracy, zapobieganie długotrwałym absencjom i przeciwdziałanie wczesnej dezaktywacji zawodowej, a także tworzenie struktur szkolenia zawodowego i uczenia się przez całe życie zapewni bezpieczniejsze i zdrowsze warunki pracy dla osób w każdym wieku (EU-OSHA 2016).

Należy rozważyć połączenie programów fizycznych i psychologicznych - obejmujących podejście poznawczo-behawioralne (najlepiej w kontekście grupowym uwzględniającym potrzeby i możliwości danej osoby) w populacji z utrzymującym się bólem krzyża lub rwą kulszową (NICE 2016).

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 (EU-OSHA 2016).

Wśród najczęściej zalecanych metod leczenia wymienić można: leki uśmierzające ból, stopniowo postępujące programy ćwiczeń oraz rehabilitację wielodyscyplinarną. Najczęściej stosowaną

kombinację 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 (EU-OSHA 2016).

Edukacja w ramach działań usprawniających proces powrotu do pracy jest częścią mającą wpłynąć na zrozumienie przez pacjentów ich choroby oraz procesu leczenia (EU-OSHA 2016).

Zasadne jest organizowanie i wdrażanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przez odpowiednią kadrę specjalistyczną, najlepiej lokalnych ekspertów w ww. dziedzinie (WHO 2010, EC 2002, PIP 2012).

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że programy ćwiczeń rozpoczynające się 4-6 tygodni po operacji wydają się prowadzić do szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności vs brak interwencji. Programy ćwiczeń o wysokiej intensywności wydają się prowadzić do nieznacznie szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności vs programy ćwiczeń o niskiej intensywności (Oosterhuis 2014).

Wskazano, 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 leczenie dla osób z dolegliwościami szyi, ramienia i barku związanych z pracą. Niska jakość danych wykazała również, że ergonomiczne interwencje nie zmniejszyły bólu w krótkim okresie obserwacji, ale miały korzystny wpływ na zmniejszenie bólu w długotrwałej obserwacji (Verhagen 2013).

Wskazano, że istnieją silne dowody na to, że intensywna wielodyscyplinarna rehabilitacja bio-psycho-społeczna poprawia funkcjonalność vs niekompleksowe, szpitalne lub ambulatoryjne zabiegi. Istnieją również umiarkowane dowody na to, że intensywna wielodyscyplinarna rehabilitacja bio-psycho-społeczna obniża poziom bólu vs ww. zabiegi (Guzman 2014).

Wyniki badania Niemisto 2012, w którym porównano efektywność kosztową interwencji (I grupa – terapia manipulacyjna, ćwiczenia wytrzymałościowe, konsultacja lekarska; II grupa – konsultacja lekarska) w stosunku do kosztów ponoszonych przez opiekę zdrowotną oraz pracodawcę w momencie nieobecności w pracy pracownika, świadczą o efektywności zastosowania edukacji i konsultacji lekarskich w terapii bólu dolnego odcinka kręgosłupa.

Celem przeglądu systematycznego Lin 2011 było zbadanie efektywności kosztowej rekomendowanych terapii dla bólu dolnej części pleców. 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.

Wnioski z publikacji Fritz 2012 odnosiły się do zastosowania u osób z bólem kręgosłupa wczesnej interwencji fizjoterapeutycznej, co w konsekwencji opóźniało i zmniejszało późniejsze interwencje opieki zdrowotnej. Dodano również, że należałoby przeprowadzić badania w celu ustalenia, którzy pacjenci z bólem dolnego odcinka kręgosłupa powinni być kierowani na fizjoterapie, a którzy nie i czy będzie to miało wpływ na zwiększenie interwencji i kosztów opieki zdrowotnej.

Eksperti kliniczni wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w miejscu pracy, polegających na ograniczaniu/eliminacji czynników szkodliwych, czy też wczesnym wykrywaniu chorób związanych z pracą. Działania prewencyjne podejmowane w miejscu pracy wpływają na wolniejszy rozwój chorób związanych z pracą u osób na nienarażonych, a co za tym idzie – umożliwiają kontynuowanie pracy przez te osoby.

W opiniach ekspertów zaleca się podejmowanie działań umożliwiających poprawę warunków pracy, np. zmniejszenie ekspozycji na czynniki szkodliwe i uciążliwe oraz stosowanie środków ochrony osobistej.

Zagrożenia występujące w środowisku pracy mogą być rozpoznane już na poziomie zakładu i lekarza medycyny pracy. Jest to pierwsza prewencja chorób związanych z pracą, wykorzystywana przez najbardziej właściwą do tego służbę.

Zgodnie z opinią eksperta, ważne jest zwiększanie świadomości pracowników w zakresie czynników ryzyka i możliwości ich modyfikowania. Zasadnym jest również szkolenie osób, które będą świadczyły działania profilaktyczne dla pracowników, w celu umożliwienia realizacji tych działań na akceptowalnym poziomie jakości. Podkreśla się również istotę kompleksowości działań podejmowanych w ramach programu. Same działania edukacyjne są mało skuteczne i nie spotykają się ze zbyt dużym zainteresowaniem wśród osób pracujących. Jedynie połączenie działań profilaktycznych z edukacją pozwoli na uzyskanie spodziewanych efektów.

Sformułowanie celu programu powinno być poprzedzone przeprowadzeniem diagnozy: demograficznej, epidemiologicznej i społecznej. Prawidłowo przeprowadzona diagnoza wskaże charakter zjawiska i powinna być uzasadnieniem wyboru problemu zdrowotnego.

Wzorcowy program winien być przygotowany wielosektorowo z udziałem specjalistów różnych dziedzin i określać precyzyjnie cele jakie chcę się osiągnąć, a które mogłyby realizować służba medycyny pracy.

Należy zwrócić uwagę na skuteczność proponowanych interwencji. W przypadku braku dowodów skuteczności, konieczne jest uzyskanie opinii od specjalistów z danej dziedziny.

Populację docelową programu powinny stanowić wszystkie osoby pracujące. Proponuje również wyodrębnienie grup wiekowych, przy jednoczesnym zaznaczeniu, że bardziej zasadne jest wyodrębnienie grup osób ze względu na rodzaj narażeń występujących w środowisku pracy i rodzaj skutków zdrowotnych wywołanych przez szkodliwe czynniki w miejscu pracy.

Budżet powinien uwzględniać wszystkie niezbędne wydatki związane z opracowaniem, realizacją i ewaluacją programu.

Istotne jest zaplanowanie w programie monitorowania (przez cały czas trwania programu wraz z pilotażem) oraz procesu ewaluacji. Realizatorzy programów profilaktycznych powinni zbierać szczegółowe dane pozwalające na ocenę zgłaszalności (liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów interwencyjnych; liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie – z podziałem na każdym etapie) oraz dane dot. wczesnego wykrywania chorób (wg płci, wieku i grup zawodowych).

Większość ekspertów podkreśla, że programy powinny być długofalowe/długoterminowe.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.156.2018 „Regionalny Program Zdrowotny: Choroby układu ruchu związane z pracą – program prozdrowotny dla pracowników województwa dolnośląskiego” realizowany przez województwo dolnośląskie, Warszawa, wrzesień 2018; Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy polityki zdrowotnej z zakresu medycyny pracy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2017 r.; „Programy z zakresu zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 245/2018 z dnia 10 września 2018 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny: Choroby układu ruchu związane z pracą – program prozdrowotny dla pracowników województwa dolnośląskiego”.