



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 150/2018 z dnia 27 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
rehabilitacji osób z chorobami przewlekłymi 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 chorobami przewlekłymi układu kostnowastawowego i mięśniowego na lata 2019-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji u osób z przewlekłymi chorobami układu kostnowastawowego 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 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. Warto również bardziej szczegółowo odnieść się do „karty oceny skuteczności programu”.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie.

Budżet został poprawnie zaplanowany.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji układu ruchu. Całkowity koszt realizacji programu wynosi 28 157 987 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 dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są przewlekłe choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. W treści projektu przedstawiono ogólny opis ww. chorób i wskazano charakterystykę wybranych jednostek chorobowych, które mają być objęte działaniami w ramach programu, w tym: choroby zwyrodnieniowej stawów, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa oraz dyskopatii.

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 (M15-M19 oraz M45-M54 zgodnie z klasyfikacją ICD-10), uwzględniono je jednak w następujących podgrupach: choroby stawów (M15-M20) oraz choroby kręgosłupa (M40-M43, M47-M51, M53, M54).

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroby stawów” w roku 2014 wyniosła w województwie śląskim 76,8 tys. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej wyniósł 1 674,4/100 tys. ludności (dla Polski - 1 538,0), co stanowiło najwyższą wartość wśród województw. Wskaźnik chorobowości rejestrowanej wynosił w badanym okresie 13 697,73/100 tys. i również był to najwyższy wskaźnik w kraju. Liczba hospitalizacji wśród osób dorosłych na 100 tys. mieszkańców wyniosła 321,05 i była to 10. największa wartość wśród województw.

W przypadku rozpoznań z grupy „choroby kręgosłupa”, zapadalność rejestrowana w 2014 r. wynosiła 90,2 tys. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. osób wyniósł natomiast 1 966,2, co plasowało województwo śląskie na 1. miejscu w kraju (wskaźnik dla Polski – 1 594,6/100 tys.). Wskaźnik chorobowości rejestrowanej wynosił 16 398,01 – również 1. miejsce wśród województw. Liczba hospitalizacji wśród osób dorosłych na 100 tys. mieszkańców wyniosła 197,11 i była to 14. 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 dysfunkcjami narządu ruchu, spowodowanymi przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone w populacji osób w wieku produkcyjnym od 50 roku życia na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022.”

Powyższe założenie po części stanowi działanie, nie zaś oczekiwany efekt, 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 powinny być: sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne i zaplanowane w czasie.

W projekcie uwzględniono 13 mierników efektywności wraz z ich wartościami docelowymi oraz sposobami ich pomiaru. W projekcie nie wskazano 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). 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 odnieść mierniki 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) oraz „odsetka osób z nadwagą lub otyłością, u których doszło do obniżenia wartości wskaźnika BMI” (na podstawie pomiarów antropometrycznych wykonywanych 2-krotnie: 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 wykonanych badań lekarskich kwalifikujących 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 stanowią 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: M15-M19; M47; M50; M51; M54). 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. 106,5 tys. osób. Działania rehabilitacyjne w ramach programu przeprowadzone zostaną wśród 20 200 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 460 przedstawicieli personelu medycznego (w tym dla lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, neurologii, 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:
 - Pierwsza wizyta lekarska przeprowadzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej (badanie podmiotowe i przedmiotowe; analiza dokumentacji medycznej, w tym weryfikacja występowania przewlekłej choroby układu kostnowstawowego i mięśniowego; stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie; uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w programie; zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego; wydanie zaleceń lekarskich na piśmie; ewentualne zalecenie konsultacji specjalistycznej)
 - 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; pomiar masy ciała wraz z obliczeniem BMI; edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej);
 - Działania edukacyjne (w zakresie edukacji zdrowotnej, w zakresie edukacji żywieniowej oraz w zakresie psychoedukacji);
 - Realizacja indywidualnego planu rehabilitacyjnego (dobrane 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 dietetycznych i psychologicznych);
 - Wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia od po ukończeniu 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 realizowana po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji (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 230 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, najnowsze wytyczne i metody fizjoterapii i terapii zajęciowej, edukację oraz psychoedukację i stosowanie kwestionariuszy jako narzędzi oceny stanu zdrowia pacjenta. Po przeprowadzonych szkoleniach, uczestnicy będą wypełniać ankiety ewaluacyjne.

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 zgodne 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 815 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, natomiast konsultacje dietetyczne finansowane są jedynie w ramach rehabilitacji kardiologicznej. 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 28 157 987 zł. Przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań.. Wskazano również, że koszty pośrednie wynieść mają 10% kosztów bezpośrednich, a więc 2 559 817 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

Oceniany projekt odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego jakim są przewlekłe choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego. Jednostki chorobę które mają być objęte działaniami w ramach programu, to m.in.: choroby zwyrodnieniowej stawów, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa oraz dyskopatii.

Wskazano, że oceniany projekt skierowany jest do osób cierpiących na następujące jednostki chorobowe, zgodnie z klasyfikacją ICD-10:

- Choroby zwyrodnieniowe stawów (M15-M19): M15 – zwyrodnienie wielostawowe, M16 – zwyrodnienie stawu biodrowego, M17 – zwyrodnienie stawu kolanowego, M18 – choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego, M19 – inne choroby zwyrodnieniowe.
- Choroby kręgosłupa (M45-M49), w tym głównie: M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa.
- Inne choroby grzbietu (M50-M54), w tym głównie: M50 – choroby krążków międzykręgowych szyjnych, M51 – inne choroby krążka międzykręgowego, M54 – bóle grzbietu.

Opiniowany projekt realizuje priorytet: „rehabilitacja” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

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 - 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;

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.

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 podoстрыm 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 chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego na lata 2019-2022” realizowany przez: Województwo Śląskie (ocena projektu programu polityki zdrowotnej). Raport nr: OT.441.115.2018