



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 9/2025 z dnia 11 lutego 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej
schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób
pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców
województwa mazowieckiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są schorzenia układu ruchu. Zakłada przeprowadzanie działań edukacyjnych, interwencji nakierowanych na rehabilitację oraz konsultacji w zakresie medycyny pracy oraz psychologicznej, co pozostaje zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi. Oceniany program dzięki swoim założeniom, może stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, których skorygowanie jest niezbędne dla realizacji programu z zachowaniem wysokiej jakości. Uwagi Prezesa Agencji dotyczą przede wszystkim konieczności:

- doprecyzowania celu głównego w celu zdefiniowania poprawy zdolności do aktywności zawodowej oraz modyfikacji jednego z celów szczegółowych;
- weryfikacji i uzupełnienia kryteriów włączenia, w tym w zakresie sposobu zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ oraz doprecyzowania szacunków w zakresie liczebności populacji docelowej;
- doszczegółowienia zaplanowanej w programie interwencji dotyczącej zdalnego kontaktu z uczestnikami po roku ukończenia pracy, a także doprecyzowania sposobu przeprowadzenia oceny funkcjonalnej wśród uczestników;
- modyfikacji wskaźników oceny zgłaszalności i ewaluacji PPZ;
- wskazania kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjno-promocyjnej.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej. Program skierowany jest do mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku aktywności zawodowej, którzy z powodu schorzeń układu ruchu, obwodowego układu nerwowego, skutków wypadków lub chorób zawodowych mają trudności w wykonywaniu pracy lub są zagrożeni jej utratą. Obejmuje także osoby bez zatrudnienia, które z powodu choroby lub niepełnosprawności mają problemy z podjęciem lub powrotem do pracy, ale mają szansę na odzyskanie sprawności. Planowane koszty całkowite programu wynoszą 13 575 600 zł, a realizacja programu została zaplanowana na lata 2025-2028.

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 2024 r., poz. 146 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

W opisie problemu zdrowotnego szczególną uwagę zwrócono na schorzenia układu ruchu związane ze sposobem wykonywania pracy. Zwrócono również uwagę na zjawisko starzenia się społeczeństwa i zmniejszającą się populację osób aktywnych zawodowo.

Odnosząc się do sytuacji epidemiologicznej, w projekcie przedstawiono dane ogólnopolskie w zakresie występowania dolegliwości związanych z pracą, a także ogólnopolskie i regionalne dane odnoszące się do korzystania ze świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz do struktury chorobowości u pacjentów.

W projekcie powołano się na badanie BAEL, które wykazało, że w 2020 r. 38,4% (10,5 mln) z 27,3 mln osób, które kiedykolwiek pracowały, odczuwało dolegliwości zdrowotne związane z pracą. Najczęstsze problemy dotyczyły pleców, szyi, barku, rąk oraz bioder, kolan, nóg i stóp.

Przedstawiono również dane pochodzące z Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, zgodnie z którymi zarówno na terenie kraju jak i w województwie mazowieckim od 2021 r. obserwuje się znaczny wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji, a w 2023 r. najczęstszym schorzeniem występującym u pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji medycznej były choroby układu mięśniowo-szkieletowego – zarówno w skali kraju jak i w województwie. Ponadto, w projekcie przedstawiono dane ZUS, zgodnie z którymi w 2022 r. choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej były drugą co do częstości, przyczyną niezdolności do pracy powodującą absencję chorobową.

Oceniany projekt zawiera stosowne referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa zdolności do aktywności zawodowej u co najmniej 50% osób ze schorzeniami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanymi ze sposobem wykonywania pracy, uczestniczących w programie w latach 2025-2028”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Zaplanowane w projekcie działania rehabilitacyjne mogą realnie wpłynąć na poprawę zdolności do podjęcia lub kontynuacji zatrudnienia przez uczestników. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie doprecyzowano, co oznacza „poprawa zdolności do aktywności zawodowej”. Wskazano natomiast, że samo uzyskanie poprawy określane będzie na podstawie deklaracji uczestnika zawartej w ankiecie końcowej. Jednak deklaracja uczestnika może mieć charakter subiektywny, zasadne jest wprowadzenie

narzędzia, które w sposób obiektywny pozwoli na pomiar i ocenę „poprawy zdolności do aktywności zawodowej”. Powyższa kwestia wymaga weryfikacji i doprecyzowania. Dodatkowo należy wskazać uzasadnienie do przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- (1) „Poprawa stanu funkcjonalnego (sprawności) u co najmniej 70% uczestników programu w okresie jego realizacji”,
- (2) „Zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego u co najmniej 70% uczestników programu w okresie jego realizacji”,
- (3) „Zwiększenie u co najmniej 30% uczestników Programu zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), gotowości do podjęcia aktywności zawodowej mierzonej na podstawie deklaracji, w okresie jego realizacji”,
- (4) „Zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy u co najmniej 80% uczestników programu w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy w okresie jego realizacji”,
- (5) „Podejmowanie częstszej aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym wśród co najmniej 50% uczestników programu mierzonej na podstawie deklaracji w okresie jego realizacji”.

Cel szczegółowy nr 1 dotyczący poprawy stanu funkcjonalnego uczestników wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań rehabilitacyjnych. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań. Narzędzia jakie można wykorzystać to np. badanie kwestionariuszowe (HAQ-DI) lub test sześciominutowego chodu (6-MWT). W projekcie wskazano, że „poprawa” określana będzie na podstawie porównania wyniku z ankiety wstępnej i końcowej, zawierającej pytania o zdolność do wykonywania różnych czynności dnia codziennego. Uzyskanie wyniku o co najmniej jedną ocenę wyżej niż w ankiecie wstępnej rozumiane będzie jako poprawa stanu funkcjonalnego. Należy zaznaczyć, że ocena poprawy stanu funkcjonalnego powinna być dokonywana w sposób obiektywny, przy wykorzystaniu narzędzi i skal oceniających ten aspekt przed i po realizacji działań, co zostało zaplanowane w niniejszym projekcie. Należy jednak wskazać, że z projektu nie wynika wprost, czy odpowiedzi udzielane przez uczestników będą weryfikowane przez lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji leczniczej w trakcie konsultacji (wstępnej i końcowej), czy też ocena opierać się będzie wyłącznie na deklaracji uczestnika, co należy doprecyzować.

Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do zmniejszenia dolegliwości bólowych i wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami. W projekcie wskazano, że „zmniejszenie dolegliwości bólowych” określone będzie na podstawie ankiety. Należy wskazać, że dostępne są wiarygodne narzędzia umożliwiające subiektywne określenie nasilenia bólu przez pacjentów, tj. np. najczęściej stosowana skala wzrokowo-analogowa VAS (ang. Visual Analogue Scale), czy skala numeryczna NRS (ang. Numerical Rating Scale). Zastosowanie narzędzi tego typu może okazać się bardziej czytelne dla uczestników, przez co uzyskane wyniki będą bardziej miarodajne.

Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do zwiększenia gotowości do podjęcia aktywności zawodowej u osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym i wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami.

Cel szczegółowy nr 4 dotyczy zwiększenia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy u uczestników. W projekcie zdefiniowano wysoki poziom wiedzy jako uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy. Cel ten wydaje się możliwy do osiągnięcia w wyniku zaplanowanych w ramach programu działań edukacyjnych. W projekcie zaplanowano także pomiar wiedzy uczestników za pomocą przeprowadzania pre- i post-testów, nie dołączono jednak wzorów ww. testów, w związku z czym niemożliwa była ich weryfikacja. Warto podkreślić, że prawidłowo

zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany w sposób nieprawidłowy, w postaci działania.

Podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia wartości docelowych celów szczegółowych.

W projekcie zaplanowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „Liczba osób, u których doszło do poprawy zdolności do aktywności zawodowej po udziale w programie”,
- (2) „Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu funkcjonalnego (sprawności)”,
- (3) „Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami układu ruchu lub obwodowego układu nerwowego”,
- (4) „Odsetek osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym (bezrobotni, osoby z niepełnosprawnością), którzy deklarują gotowości do podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie”,
- (5) „Odsetek osób, u których odnotowano wzrost lub utrzymanie się wysokiego poziomu wiedzy w zakresie aktywnego zapobiegania patologiom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanym przyczynowo ze środowiskiem pracy”,
- (6) „Odsetek osób, które po zakończonym cyklu rehabilitacji zadeklarowały częstsze podejmowanie aktywności fizycznej w porównaniu ze stanem początkowym”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności.

Wskaźniki nr 1 oraz 6 nie spełniają funkcji mierników efektywności, ze względu na nieprawidłowo sformułowane cele, mogą natomiast zostać wykorzystane w ramach ewaluacji programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dwóch grup mieszkańców województwa mazowieckiego w wieku aktywności zawodowej. Pierwsza grupa to osoby zatrudnione, które z powodu schorzeń układu ruchu lub nerwowego, wypadków przy pracy lub chorób zawodowych mają ograniczenia w pracy lub są zagrożone utratą zdolności do pracy. Druga grupa to osoby bezrobotne, zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy, które mają trudności w podjęciu zatrudnienia lub powrocie na rynek pracy z powodu choroby lub niepełnosprawności, ale ich rokowania na odzyskanie zdolności do pracy są pozytywne.

W dokumencie nie przedstawiono szacunków w zakresie liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie, co należy uzupełnić. W odniesieniu do liczebności populacji, która będzie mogła wziąć udział w zaplanowanych interwencjach, w ramach opisu budżetu programu wskazano, że każdy uczestnik skorzysta z jednego pełnego cyklu świadczeń rehabilitacyjnych (10 spotkań) oraz że możliwy będzie udział w programie 2 665 osób. Należy jednocześnie wskazać, że w projekcie nie założono limitu w zakresie liczby świadczeń rehabilitacyjnych przypadających na jednego uczestnika, więc przedstawione szacunki mogą okazać się nieprecyzyjne.

W treści projektu przedstawiono szczegółowe kryteria włączenia do programu. Weryfikacja będzie dotyczyć występowania schorzeń kwalifikujących do programu. Osoby aplikujące muszą przedstawić potwierdzenie schorzenia w formie karty informacyjnej od lekarza, historii choroby, wypisu ze szpitala, zaświadczenia od lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzonej przez personel medyczny.

Nie jest jednak jasne, w jaki sposób miałyby być weryfikowane kryterium dotyczące przeświadczenia uczestnika o ryzyku utraty pracy oraz wpływ planowanych interwencji w zakresie powrotu do aktywności zawodowej bezrobotnych, niepełnosprawnych uczestników. W związku z czym zalecane jest uproszczenie medycznych kryteriów kwalifikacji, wskazując na potwierdzoną u pacjenta diagnozę chorób układu ruchu lub nerwowego, zgodną z klasyfikacją ICD-10, do której powinny również referować tabele 1 oraz 2 lub okazanie skierowania na podjęcie rehabilitacji medycznej. Stan ogólny pacjenta powinien umożliwiać uczestnictwo w planowanych interwencjach.

Należy zwrócić uwagę na ryzyko podwójnego finansowania świadczeń z PPZ oraz innych źródeł publicznych. W projekcie wskazano, że uczestnicy będą musieli oświadczyć, iż nie korzystają z tych samych świadczeń w ramach innych programów lub NFZ. W kryteriach włączenia, należałoby również zaplanować ograniczenie ryzyka podwójnego finansowania w odniesieniu do innych potencjalnych publicznych źródeł finansowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej tj. ZUS, KRUS czy PFRON. W programie warto również zaplanować weryfikację tych deklaracji.

Interwencja

W projekcie programu w ramach prowadzonych interwencji zaplanowano:

- Kwalifikacja do udziału w programie;
- Konsultacja medyczna wstępna (lek. rehabilitacji medycznej);
- Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej;
- Konsultacja psychologiczna;
- Konsultacja z lek. medycyny pracy;
- Edukacja zdrowotna dla uczestników Programu;
- Konsultacja medyczna końcowa (lek. rehabilitacji medycznej).

Kwalifikacja do udziału w programie

Kwalifikacja uczestników do programu zostanie przeprowadzona przez wykwalifikowanego pracownika medycznego (posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu, wykonującego zawód medyczny). Osoby ubiegające się o udział muszą przedstawić aktualną (nie starszą niż 24 miesiące) dokumentację medyczną, umożliwiającą określenie jednostki chorobowej. Wymagane dokumenty obejmują m.in. wyniki badań obrazowych i neurofizjologicznych, dokumentację leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego oraz zaświadczenia lekarskie potwierdzające schorzenie układu ruchu. Uczestnicy są zobowiązani do samodzielnie skompletowania dokumentacji, gdyż program nie przewiduje dodatkowych badań diagnostycznych. Możliwe będzie przedstawienie kopii dokumentów za potwierdzeniem zgodności z oryginałem. W odniesieniu do kwalifikacji do udziału w programie należy uwzględnić ww. uwagi do kryteriów włączenia i wyłączenia.

Konsultacja medyczna wstępna (lek. rehabilitacji medycznej)

Zakwalifikowani uczestnicy odbędą wstępną konsultację z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej, podczas której przeprowadzone zostanie badanie, analiza dokumentacji medycznej i badań dodatkowych oraz ustalenie diagnozy medycznej i funkcjonalnej. Konsultacja obejmie także ocenę funkcjonalną na podstawie ankiety wstępnej dotyczącej zdolności do codziennych czynności, jednak projekt nie precyzuje, czy odpowiedzi uczestników będą weryfikowane przez lekarza. Na podstawie wyników lekarz określi wskazania do rehabilitacji oraz dobierze odpowiednie metody terapii, uwzględniając ewentualne przeciwwskazania.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej:

Świadczenia rehabilitacyjne będą realizowane przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeutę pod jego nadzorem. Rehabilitacja odbędzie się w cyklach po 10 zabiegów, jednak ich liczba i rodzaj nie będą odgórnie limitowane – decydujące będą wyłącznie wskazania i przeciwwskazania medyczne. Oczekuje się szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji, a maksymalny czas

oczekiwania na świadczenia nie powinien przekroczyć 4 tygodni. Metody terapeutyczne zostaną indywidualnie dobrane do potrzeb uczestnika. Wśród form rehabilitacji, które będą dostępne dla uczestników wymieniono: zabiegi fizykoterapeutyczne (z zakresu: elektroterapii, światłolecznictwa, magnetoterapii, hydroterapii, krioterapii oraz ultradźwięki), ćwiczenia lecznicze (kinezyterapia, przy czym w projekcie wskazano, że włączanie kinezyterapii w program indywidualnego usprawniania jest wysoce pożądane i należy je rozważyć w każdym przypadku) oraz masaż leczniczy (przy czym zaznaczono, że tej formy rehabilitacji nie powinno traktować się jako podstawowej i jedynej).

Konsultacja psychologiczna;

Konsultacja psychologiczna prowadzona będzie przez magistra psychologii. Zgodnie z treścią projektu, każdemu uczestnikowi przysługiwać będzie maksymalnie jedna konsultacja trwająca co najmniej 1 godzinę zegarową. Konsultacja ta nie będzie obowiązkowa, ale może zostać zlecona przez lekarza w trakcie konsultacji wstępnej lub wynikać z życzenia samego uczestnika. W projekcie zwrócono uwagę na fakt, iż konsultacja psychologiczna może być ważnym uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych w razie potrzeby wzmocnienia motywacji własnej w procesie odzyskiwania sprawności oraz może być szczególnie korzystna dla osób obciążonych stresem, obniżonym nastrojem z powodu niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, czy ograniczeniem możliwości wykonywania dotychczasowej pracy.

Konsultacja z lek. medycyny pracy;

Program przewiduje jedną konsultację z lekarzem medycyny pracy, której celem jest ocena szans zawodowych uczestnika i możliwości dalszej aktywności zawodowej. Konsultacja obejmie poradnictwo w zakresie przekwalifikowania, wskazanie kierunków zawodowych, identyfikację ewentualnych ograniczeń zdrowotnych oraz określenie warunków dalszego zatrudnienia, np. konieczność modyfikacji stanowiska pracy. Lekarz pomoże również w analizie przyczyn problemów zdrowotnych, zwłaszcza jeśli są związane z pracą oraz udzieli wskazówek profilaktycznych. Ocena uwzględni aktualny stan funkcjonalny uczestnika i efekty rehabilitacji. Konsultacja będzie udokumentowana poprzez zaświadczenie o potrzebie (lub braku potrzeby) przekwalifikowania zawodowego. Powinna się ona odbyć po zakończeniu rehabilitacji, ale przed końcową konsultacją ze specjalistą rehabilitacji medycznej, by zoptymalizować kierunek usprawniania pod kątem zawodowym.

Edukacja zdrowotna dla uczestników Programu;

W projekcie zaplanowano również realizację działań z zakresu edukacji zdrowotnej w formie grupowych szkoleń dla uczestników, które prowadzone będą przez lekarza specjalistę w zakresie rehabilitacji medycznej/ magistra fizjoterapii/ lekarza medycyny pracy lub inną osobę posiadającą wiedzę w zakresie tematyki poruszanej w ramach szkoleń. Szkolenia obejmować będą 2 spotkania po 45 minut każde, w 5-15 osobowych grupach.

Tematyka pierwszego szkolenia obejmować ma: ergonomię i profilaktykę zagrożeń w środowisku pracy, drugie szkolenie dotyczyć ma natomiast promowania zdrowego stylu.

Działania edukacyjne obejmować będą badanie poziomu wiedzy uczestników za pomocą pre-testu sprawdzającego wyjściowy poziom wiedzy uczestników z omawianego tematu przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej oraz post-testu po przeprowadzonych działaniach edukacyjnych. Do projektu nie dołączono jednak wzorów wspomnianych testów, w związku z czym niemożliwa była ich weryfikacja. Wskazano natomiast, że oba testy składać się będą z tych samych 10 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, a ich wzory przedstawione zostaną przez realizatorów na etapie naboru wniosków. W projekcie z jednej strony wskazano, że działania edukacyjne prowadzone będą w trakcie rehabilitacji jednak w innym miejscu zaznaczono, że edukacja zdrowotna możliwa jest na każdym etapie uczestnictwa w Programie.

Konsultacja medyczna końcowa (lek. rehabilitacji medycznej).

Po zakończonym cyklu rehabilitacji, uczestnicy wezmą udział w ponownej konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji medycznej, który przeprowadzi ponowną ocenę uczestnika,

dokona porównania uzyskanych wyników i podejmie decyzję o kontynuacji lub zakończeniu rehabilitacji. Konsultacja przeprowadzana będzie z wykorzystaniem ankiety końcowej.

W części dotyczącej organizacji programu polityki zdrowotnej, w przypadku uczestników, którzy wezmą udział w programie jako osoby zagrożone wykluczeniem zawodowym (osoby z niepełnosprawnością i osoby bezrobotne), zaplanowano kontakt zdalny po roku od ukończenia programu. Nie wskazano jednak szczegółów w zakresie tej interwencji, co wymaga uzupełnienia.

Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych. Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W ramach oceny zgłaszalności do programu zaplanowano prowadzenie rejestru uczestników programu, zawierającego dane aplikujących. Ocena zgłaszalności będzie monitorowana na podstawie danych Beneficjentów, zgodnie z załącznikiem zawierającym sprawozdanie obejmujące analizę różnych wskaźników. W ramach raportu „kosztowego” monitorowane będą m.in. liczba kwalifikacji do programu, konsultacji lekarskich, zabiegów fizyioterapeutycznych, ćwiczeń leczniczych, masaży, konsultacji psychologicznych i edukacji zdrowotnej. Sprawozdanie „statystyczne” obejmie m.in. liczbę uczestników programu, osób zagrożonych wykluczeniem zawodowym, rezygnujących z udziału oraz tych deklarujących poprawę zdolności do aktywności zawodowej. Należy zaznaczyć, że dwa z dwudziestu zaproponowanych wskaźników dotyczących zgłaszalności (liczba osób deklarujących poprawę zdolności do aktywności zawodowej oraz zagrożonych wykluczeniem zawodowym deklarujących gotowość podjęcia aktywności zawodowej po udziale w programie) odnoszą się do ewaluacji programu.

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie oceny efektywności polegającej na analizie mierników efektywności oraz informacji o liczbie wykonanych świadczeń w ramach programu. Wskaźnik ujęty w ocenie efektywności dotyczący liczby osób, które zakwalifikowano do udziału w programie i objęto co najmniej jedną interwencją odnosi się do oceny zgłaszalności. Pozostałe wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń w programie ma obejmować analizę wyników ankiet satysfakcji wypełnianych przez uczestników po udziale w interwencji lub rezygnacji z udziału w programie, a wzór ww. ankiety został dołączony do projektu i został opracowany poprawnie.

Warunki realizacji

W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu realizującego interwencje, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu, który zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe świadczeń oraz koszt całkowity, który oszacowano na 13 575 600 zł. Program ma być finansowany ze środków UE w ramach Funduszy Europejskich dla Mazowsza na lata 2021-2027 (ok. 63%) oraz wkład krajowy (ok. 37%).

Należy wskazać, że z informacji przedstawionych w projekcie wynika, że w ramach kosztów jednostkowych, koszty pośrednie programu stanowią będą ok. 25% kosztów bezpośrednich.

Zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, koszty pośrednie projektu EFS+ są rozliczane wyłącznie z wykorzystaniem stawek ryczałtowych:

a) 25% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich do 830 tys. PLN włącznie,

b) 20% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich powyżej 830 tys. PLN do 1 740 tys. PLN włącznie,

c) 15% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich powyżej 1 740 tys. PLN do 4 550 tys. PLN włącznie,

d) 10% kosztów bezpośrednich – w przypadku projektów o wartości kosztów bezpośrednich przekraczającej 4 550 tys. PLN.

W projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji nt. udziału kosztów bezpośrednich w całkowitych kosztach programu, w związku z czym weryfikacja zgodności budżetu z ww. Wytycznymi nie była możliwa.

Dodatkowo, w ramach budżetu nie wyodrębniono kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjno-promocyjnej, co należy skorygować.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w ramach NFZ obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną/poradę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię, fizykoterapię i masaże. Porada lekarska rehabilitacyjna obejmuje m.in. badanie ogólnolekarskie, ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania, ocenę odruchów ścięgno-okostnowych, ocenę chodu i lokomocji, badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji, planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji, zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego, fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe, końcową ocenę procesu.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie skierowania wydanego przez lekarza w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza prowadzona jest także przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Rehabilitacja

- Dorośli (w wieku 18–64 lata) powinni podejmować regularną aktywność fizyczną. Dorośli powinni wykonywać fizyczne ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150-

300 minut w tygodniu lub intensywne ćwiczenia aerobowe przez co najmniej 75-150 minut w tygodniu (lub równoważną im kombinację ćwiczeń o umiarkowanej i dużej intensywności) dla osiągnięcia znacznych korzyści zdrowotnych. Dorośli również powinni wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie o aktywności na poziomie umiarkowanym lub wyższym, angażujące wszystkie główne grupy mięśni przez 2 lub więcej dni w tygodniu, co zapewnia dodatkowe korzyści zdrowotne (WHO 2020).

- Zalecenia dla osób w wieku 65 lat i więcej są identyczne jak dla grupy wiekowej 18-64 lata. Dodatkowo, w ramach cotygodniowej aktywności fizycznej, osoby starsze powinny wykonywać zróżnicowane wieloskładnikowe ćwiczenia fizyczne, kładące nacisk na równowagę funkcjonalną i trening siłowy o umiarkowanej lub większej intensywności przez 3 lub więcej dni w tygodniu, w celu zwiększenia wydolności funkcjonalnej i zapobiegania upadkom (WHO 2020).
- Zaleca się, aby lekarze zajmujący się medycyną fizykalną i rehabilitacyjną (ang. physical and rehabilitation medicine, PRM) osób z otyłością i chorobami współistniejącymi zdobywali specjalistyczną i szeroką wiedzę w zakresie diagnozowania i leczenia tych pacjentów. Lekarze PRM powinni pracować w zespole z lekarzami innych specjalności w celu opracowania programu zabiegów wymaganych przez PRM. Lekarze PRM powinni rozważyć ryzyko otyłości u osób z długotrwałą niepełnosprawnością objętych już programem rehabilitacji (UEMS PRM 2017).
- U pacjentów z bólem szyi klinicyści powinni przeprowadzać ocenę i identyfikować objawy kliniczne pod kątem występowania poważnej patologii (np. infekcji, raka, chorób serca, niewydolności tętniczej, niewydolności więzadła górnego odcinka szyjnego, niewyjaśnionej dysfunkcji nerwu czaszkowego lub złamania) oraz kierować chorych do konsultacji (APTA 2017).
- W sytuacji wystąpienia bólów barków zaleca się wdrożenie badań procesów diagnostycznych mających na celu wykluczenie czynników ryzyka wykształcenia się poważnych patologii (OPTIMa 2021).
- W przypadku bólów okolic barków, zaleca się wdrożenie edukacji pacjentów nt. dostępnych ścieżek leczenia, dalszego postępowania oraz aktywności fizycznej (OPTIMa 2021).
- Główny zakres aktywności fizycznej nacelowanej na bóle okolic barków, powinien obejmować ćwiczenia rozciągające, wzmacniające oraz mobilizujące mięśnie okalające ten staw. W głównej mierze dotyczy to stożków rotatorów, środkowych i dolnych trapezów mięśnia równoległobocznego, mięśni piersiowych oraz mięśni zębatych przednich. Istotnym pozostaje także realizowanie tych ćwiczeń w sposób systematyczny oraz zgodnie z zalecanymi schematami odnośnie do intensywności (OPTIMa 2021).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Rehabilitacja

- Dowody o umiarkowanej lub wysokiej jakości zidentyfikowane w przeglądzie systematycznym i metaanalizie RCT oraz innych klinicznych badań kontrolowanych (Lakke 2018) wskazują na istnienie niewielkiego wpływu fizjoterapii, połączonej z poradnictwem w zakresie zmian behawioralnych (ang. behavior change technique, BCT) w porównaniu z brakiem takich działań, na wzrost aktywności fizycznej w postrzeganiu starszego pacjenta w ocenie natychmiastowej i do 12 miesięcy po leczeniu. Odnaleziono dowody o umiarkowanej jakości sugerujące istotny, choć niewielki, wpływ BCT na aktywność fizyczną w odczuciu pacjenta (SMD=0,19 [95%CI: (0,07; 0,31)], ocenianą natychmiast po zakończeniu terapii. Dowody o umiarkowanej jakości sugerują brak efektu dodatkowego związanego z BCT (SMD=0,00 [95%CI: (-0,22; 0,21)] przy obserwacji długoterminowej (12 miesięcy).
- Wyniki metaanalizy 15 RCT (Hsu 2019) wskazują, że ćwiczenia fizyczne, zwłaszcza oporowe, są niezbędne do uzyskania poprawy składu ciała i sprawności fizycznej u pacjentów z otyłością sarkopeniczną. Wyśiłek fizyczny istotnie zmniejsza masę ciała (MD=-4,3 kg [95%CI: (-7,61; -0,99)]; p = 0,01; I² = 0%), BMI (MD=-1,98 kg/m² [95%CI: (-13,29; -0,67)]; p = 0,003, I² = 0%), masę tkanki tłuszczowej (FM) (MD=-2,99 kg [95%CI: (-4,39; -1,59)]; p < 0,0001, I² = 0%) i % masy tłuszczowej

(MD=-2,31% [95%CI: (-3,26; -1,36)]; $p = 0,00001$, $I^2 = 0\%$). Wykazano, że ćwiczenia fizyczne istotnie zwiększyły prędkość chodu (MD=0,2 m/s [95%CI: (0,07; 0,33)]; $p = 0,002$; $I^2 = 85$, $p < 0,0001$). Wyniki analizy w podgrupach wskazują na istotny wzrost prędkości chodu tylko pod wpływem ćwiczeń połączonych MD=0,15 m/s [95%CI: (0,04; 0,26)]; $p = 0,006$; $I^2 = 51\%$, $p > 0,05$). Suplementacja białka i flawonoidów u osób wykonujących ćwiczenia fizyczne nie przyniosła istotnych dodatkowych korzyści w zakresie zmiany składu ciała.

- W przeglądzie systematycznym z metaanalizą 26 RCT (Fari 2022) wykazano, że terapia za pomocą fal radiowych (RF) może stanowić obiecujące rozwiązanie w zakresie leczenia przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza gdy inne podejścia lecznicze są nieskuteczne lub niepraktyczne. RF okazała się być bardziej skuteczna w zmniejszaniu bólu niż leczenie kontrolne, zgodnie z wynikami pomiaru za pomocą VAS ($p=0,017$), natomiast nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie funkcjonalności mierzonej za pomocą narzędzia SPADI (ang. Shoulder Pain and Disability Index) ($p=0,135$). Jeśli chodzi o ból stawu krzyżowo-biodrowego, RF okazała się skuteczniejsza w zakresie poprawy funkcji stawu, niż leczenie pozorowane, przy zastosowaniu pomiarów funkcjonalności stawów metodą ODI (ang. Oswestry Disability Index) ($p < 0,001$). Nie wykazano natomiast statystycznie istotnej różnicy między interwencjami a komparatorem w zakresie leczenia bólu ocenianego przy użyciu metody NRS (ang. Numerical Rating Scale), ($p=0,115$). U pacjentów cierpiących na bóle szyi i krzyża RF wydaje się bardziej skuteczna niż leczenie kontrolne, prowadząc tym samym do poprawy jakości życia, wyrażonej w skali SF-36 ($p=0,043$). Nie stwierdzono jednak istotnych statystycznie różnic, jeśli chodzi o łagodzenie bólu mierzonego w skali VAS i NRS oraz poprawę sprawności funkcjonalnej mierzonej metodą ODI.
- Wg metaanalizy 17 RCT (Wen 2022) ćwiczenia tzw. „łącznie umysł i ciało” (ang. mind and body exercise, MBE), takie jak Tai Chi, joga i qigong, skutecznie łagodzą objawy wynikające z bólów przewlekłych, u osób w średnim wieku i osób starszych, w porównaniu z aktywnymi lub nieaktywnymi grupami komparatorów. Wpływ badanych interwencji na intensywność bólu określono we wszystkich 17 badaniach. Dowody o niskiej jakości wykazały, że MBE powoduje umiarkowane zmniejszenie bólu (SMD=-0,64 [95%CI: (-0,86; -0,42)], $P < 0,001$), przy stosunkowo dużej niejednorodności badań ($I^2=73,0\%$, $P < 0,001$). Analiza w podgrupach wykazała większy rozmiar efektu u pacjentów z chorobą reumatyczną kolana, ze względu na mniejszą heterogeniczność wyników (SMD=-0,51 [95%CI: (-0,73; -0,28)], $P < 0,001$, $I^2 = 59,1\%$, $P = 0,005$). Podobnie, większą efektywność ćwiczeń stwierdzono także w podgrupie pacjentów z przewlekłymi bólami krzyża (SMD=-0,95 [95%CI: (-1,66; -0,24)], $P = 0,008$) przy heterogeniczności wynoszącej 86,2% ($P < 0,001$). W podgrupach z innymi rodzajami bólów przewlekłych nie wykazano istotnej statystycznie zmiany (SMD=-0,91 [95%CI: (-1,85; 0,03)], $P=0,06$). Nie wykazano istotnej poprawy w zakresie jakości życia.

Bóle barku

- Wyniki uzyskane w przeglądzie systematycznym 5 RCT i quasi-RCT (Da Silva 2020) wskazują, że kompresja niedokrwienna (ang. ischaemic compression, IC) przynosi korzyści w postaci natychmiastowego oraz krótkookresowego obniżenia stopnia odczuwanego przez pacjenta bólu oraz wpływa na zwiększenie sprawności funkcjonalnej barku. W jednym z włączonych badań zmniejszenie odczuwanego bólu odnotowano w obu porównywanych grupach, ale w grupie eksperymentalnej (w której uciskano na wrażliwe punkty spustowe; ang. trigger points) wykazano lepsze efekty po 15 sesjach zabiegowych, w stosunku do grupy kontrolnej. W 2 badaniach zaobserwowano znaczną poprawę w grupie eksperymentalnej (ucisk manualny) w porównaniu do grupy kontrolnej po 12 tygodniach leczenia lub do grupy leczonej ultradźwiękami. W 1 badaniu nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami (ucisk ręczny vs suche igłowanie) bezpośrednio po leczeniu lub w okresie kolejnych 3-miesięcy, niemniej po 4 tygodniach leczenia zaobserwowano podobną poprawę w obu grupach.

Bóle szyi

- Wyniki przeglądu systematycznego wskazują na korzyści wynikające ze stosowania różnych form fizjoterapii (zarówno ćwiczeń fizycznych, jak i innych technik fizjoterapii) w rehabilitacji pacjentów z bólami szyi różnego pochodzenia (Tsegay 2023, Price 2022, Tatsios 2022, Yang 2022, De Zoete 2021, Lin 2021, Corvillo 2020, Wilhelm 2020, Wu 2020, Coulter 2019, Martin-Gomez 2019, Viiswanathan 2018, De Araujo 2017, Yang 2017).
- Przegląd systematyczny (Price 2022) wykazał, że interwencja polegająca na połączeniu ćwiczeń motorycznych z ćwiczeniami segmentowymi jest skuteczniejsza w krótkotrwałym leczeniu bólu/niepełnosprawności w porównaniu z innym ćwiczeniami, niemniej nie są znane rozmiary jej efektów w obserwacji długoterminowej. Optymalna dawka takiej terapii również jest nieznana.
- W większości z RCT włączonych do przeglądu systematycznego i metaanalizy (Viiswanathan 2018) ćwiczenia wytrzymałościowe (ET) wiązały się ze istotną redukcją bólu w porównaniu z innymi interwencjami (oraz wynikami uzyskanymi w grupach niestosujących ćwiczeń). W podobnych porównaniach stwierdzono też poprawę w zakresie niepełnosprawności na korzyść ET. Należy jednak podkreślić, że w niektórych badaniach w grupie interwencyjnej stwierdzono podobne, istotne różnice w zakresie zmniejszania intensywności bólu i stopnia niepełnosprawności. W badaniach z długim okresem obserwacji nie zaobserwowano poprawy pod względem redukcji bólu i niepełnosprawności.

Podsumowanie opinii ekspertów

Opinie ekspertów wskazują, że niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak i ogólnospołecznym oraz ma wpływ przede wszystkim na rozwój jednostki oraz jakość jej życia. Często wpływa także na jej wydolność ekonomiczną, funkcjonowanie i zdrowie jej rodziny. Poprawa stanu pacjenta, założona w postępowaniu rehabilitacyjnym stanowi najistotniejszy element opieki nad pacjentem umożliwiając mu osiągnięcie wyższego poziomu sprawności, a kontakt z zespołem leczącym stanowi istotną formę wsparcia społecznego.

Realizacja programów z zakresu rehabilitacji leczniczej może wpłynąć na poprawę jakości rehabilitacji, zwłaszcza na jej kompleksowość i ciągłość. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, możliwości rozpoczęcia rehabilitacji na najwcześniejszym możliwym etapie leczenia i ciągłości procesu rehabilitacji.

Ekspersi są zgodni co do zasadności prowadzenia programów profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa. Podkreślają, że główny nacisk powinno położyć się na fizjoprofilaktykę, a więc: formy szeroko rozumianej edukacji, dostępność do gotowych opracowań i zrozumiałego wyboru działań fizjoterapeutycznych możliwych do wykonania samodzielnego w domu oraz przygotowanie gotowych opisów ćwiczeń i automasażu, rysunków, nagrań, porad. Ponadto eksperci wskazują, że ważnym elementem programów powinna być także edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym i pozyskania wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas zwykłych czynności codziennych, a tym samym eliminowania czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych.

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

Prezes

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.104.2024 „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego” realizowany przez: Województwo Mazowieckie; data ukończenia opracowania: styczeń 2025 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 22/2025 z dnia 3 lutego 2025 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, związanych ze sposobem wykonywania pracy, skierowany do osób pracujących i powracających do pracy wśród mieszkańców województwa mazowieckiego”.