



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 212/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Postawa to
podstawa – program profilaktyki i leczenia wad postawy
mieszkańców Torunia”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Postawa to podstawa – program profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekty programu polityki zdrowotnej dotyczy ważnej kwestii jaką są wady postawy wśród dzieci i młodzieży oraz schorzeń kręgosłupa wśród dorosłych.

W projekcie określono cele i oczekiwane efekty, które pozostają ze sobą w spójności. Warto również zaplanować mierniki efektywności, które umożliwią ocenę stopnia realizacji celów.

W odniesieniu do populacji docelowej w projekcie nie określono kryteriów kwalifikacji do programu. Ponadto w harmonogramie pominięto grupę wiekową 13 latków, tak więc niejasne jest jakie świadczenia będą dla tej grupy dzieci dostępne. W projekcie brakuje także określenia potencjalnej liczby uczestników. Warto zatem uzupełnić brakujące informacje, tak aby projekt tworzył spójną całość.

Przedstawione interwencje wydają się być poprawnie zaplanowanymi działaniami. Proszę jednak zwrócić uwagę, że wykrywanie wad postawy, jak również rehabilitacja lecznicza, są świadczeniami finansowanymi w ramach świadczeń gwarantowanych, zatem istnieje ryzyko ich podwójnego finansowania. Należy wskazać wyraźną granicę pomiędzy świadczeniami finansowanymi w projekcie a świadczeniami dostępnymi w ramach kontraktu z NFZ.

W projekcie w sposób poprawny odniesiono się do sposobu monitorowania i ewaluacji.

Warto w ramach programu ustosunkować się do sposobu zakończenia udziału w programie oraz możliwości kontynuowania świadczeń poza programem.

Proszę uwzględnić zastrzeżenia dotyczące budżetu przedstawionego w projekcie. Nie określono całkowitej kwoty, która zostanie przeznaczona na realizację programu. Niejasne pozostaje także jaki budżet ma zostać przeznaczony na cały okres realizacji programu (tj. 6-10 lat). Ponadto nie wskazano uzasadnienia dla różnych kosztów prowadzenia programu w roku 2015 i 2016. W projekcie nie oszacowano populacji docelowej, a więc niemożliwe jest zweryfikowanie poprawności przewidzianego budżetu. Proszę mieć na uwadze, że właściwe określenie całkowitego budżetu wraz ze wskazaniem kosztów przypadających na dany rok kalendarzowy jest kluczowe dla zapewnienia odpowiednich środków finansowych, co warunkuje z kolei ciągłość realizacji programu.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji leczniczej i korekty wad postawy u dzieci i dorosłych. W projekcie nie wskazano całkowitego budżetu przeznaczanego na jego realizację, zaś okres realizacji został podany w przybliżeniu jako 6-10 lat.

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 odnosi się do problemu występowania wad postawy wśród dzieci i młodzieży oraz dysfunkcji narządu ruchu (schorzeń kręgosłupa) u osób dorosłych.

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.

W projekcie programu w sposób dokładny opisano wady postawy występujące u dzieci z uwzględnieniem danych epidemiologicznych. W sposób wybiórczy odniesiono się do występowania schorzeń kręgosłupa u dorosłych, bez przedstawienia danych epidemiologicznych, co należałoby uzupełnić

Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie, koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka wyraźnie pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2–9 lat. Wymienia się wiele przyczyn powstawania wad postawy, z czego jako pierwsze wymieniane są: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, zbyt długie przebywanie w jednej pozycji, błędy popełniane przy noszeniu dziecka oraz meble nieodpowiednio dobrane do wzrostu dziecka.

Zgodnie z przeprowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny raportu „Nasze zdrowie, nasze dolegliwości”, dotyczącego występowania chorób reumatycznych w Polsce u osób dorosłych u 44% badanych bóle reumatyczne dotyczyły zarówno kręgosłupa jak i stawów, u 11% dotyczyły tylko kręgosłupa i u 5% tylko stawów. Zarówno bóle samego kręgosłupa jak i samych stawów były podobnie rozpowszechnione wśród mężczyzn i kobiet, natomiast łączne bóle kręgosłupa i stawów występowały aż u połowy kobiet, podczas gdy u mężczyzn u 37%. Lokalizacja bólów była istotnie związana z grupą zawodową. Łączne bóle stawów i kręgosłupa występują najczęściej wśród rolników, zaś najrzadziej wśród pracowników umysłowych. Co piąta badana osoba deklarowała, że lekarz rozpoznał u niej chorobę zwyrodnieniową stawów i/lub kręgosłupa.

Cele i efekty programu

Celami głównymi programu są: zmniejszenie występowania wad postawy u dzieci poprzez kształtowanie prawidłowej postawy ciała oraz wczesne wykrywanie, diagnozowanie i korygowanie wad postawy, a także wyrobienie u dzieci nawyku prawidłowej postawy ciała, natomiast u dorosłych zmniejszenie dolegliwości bólowych wynikających z nieprawidłowej postawy ciała wraz z poprawą samopoczucia. Dodatkowo wskazano 13 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

W projekcie określono oczekiwane efekty, które pozostają w spójności z postawionymi celami.

Przedstawiony projekt nie zawiera mierników efektywności. Proszę mieć na względzie, że jest to niezbędny element przy realizacji programów polityki zdrowotnej, który umożliwi ocenę stopnia realizacji celów. W omawianym programie miernikami efektywności mogą być odsetek dzieci i dorosłych, u których wykryto wady postawy i schorzenia kręgosłupa i skierowano do dalszego leczenia oraz określenie liczby osób spośród leczonych (po 3 miesiącach od zakończenia zajęć terapeutycznych), które utrzymują prawidłową postawę ciała/ stosują się do zaleceń lekarskich, Warto także sprawdzić stanu wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała przed i po przeprowadzeniu projektu.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu stanowią dzieci/młodzież w wieku od 6-15 lat oraz osoby dorosłe posiadające zaświadczenie od lekarza POZ o dysfunkcji kręgosłupa, zamieszkałe na terenie Torunia.

W projekcie programu nie określono liczby populacji kwalifikującej się do włączenia do programu. W opisie planowanych kosztów programu wskazano 1000 osób rocznie zapraszanych do udziału w programie. Brak jest argumentacji dla wyboru takiej liczby osób. W projekcie pojawia się stwierdzenie, że program będzie dotyczył 50% możliwej do włączenia populacji. Stwierdzenie to jest niejasne i nie wskazuje, której populacji dotyczy. Zasadne jest uzupełnienie tej części projektu oraz wskazanie liczby uczestników oraz kryteriów kwalifikacji, którymi posługiwać się będzie realizator.

Według informacji pochodzących z banku danych lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, Toruń w 2014 r. zamieszkiwany był łącznie przez 203 158 osób, w tym 18 107 dzieci w wieku od 5-15 lat.

Zgodnie z przedstawionym harmonogramem działań najpierw do programu będą zapraszani uczniowie szkół w wieku 14-15 lat, następnie w wieku od 6-9 lat, a w dalszej kolejności w wieku 6-12 lat. Harmonogram ten jest chaotyczny i pomija grupę dzieci w wieku 13 lat. Warto zaznaczyć, że zgodnie z informacją przekazaną w projekcie, grupa osób dorosłych może zostać zaproszona do uczestnictwa dopiero w 2017 r. Proszę zatem uporządkować harmonogram działań, tak, aby w sposób jasny i uwzględniający wszystkie grupy wiekowe przedstawiał planowane interwencje.

Interwencja

W grupie dzieci/młodzieży przeprowadzony zostanie przesiew wad postawy, a następnie u osób, ze wskazaniem przeprowadzone zostaną indywidualne ćwiczenia korekcyjne, jak również zapewnione zostaną kolonie sportowe.

W grupie osób dorosłych, z obecnym schorzeniem kręgosłupa udokumentowanym zaświadczeniem od lekarza POZ, wykonane zostaną masaże, określone zabiegi kinezyterapii oraz fizykoterapii, jak również proponowane będą zajęcia fitness czy też ćwiczenia na basenie, w zależności od stanu zdrowia uczestnika programu.

W projekcie określono, za pomocą jakich badań diagnostycznych oraz kontrolnych będą wykrywane wady podstawy, a także określono rodzaj ćwiczeń korekcyjnych. W projekcie nie wskazano natomiast liczby świadczeń, jakie będą przysługiwały osobom dorosłym w ramach programu. Zamieszczono natomiast informacje, że częstotliwość zabiegów ustalana będzie indywidualnie.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat

Kwestię rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522). Zaproponowane przez autorów interwencje w zakresie rehabilitacji znajdują się obecnie na wykazie świadczeń gwarantowanych w omawianym zakresie.

Proszę zatem zauważyć, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania części świadczeń udzielanych w ramach programu i jako świadczenia gwarantowane. Istotne jest zatem wyraźne rozgraniczenie

zabiegów wykonywanych w ramach programu od świadczeń gwarantowanych realizowanych w rejonie.

W projekcie zaplanowano również realizację kampanii edukacyjno-informacyjnej przy współpracy z lokalnymi mediami.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie uwzględniono jego monitorowanie i ewaluację. Proszę jednak zwrócić uwagę, że zaplanowane wskaźniki mogą nie dostarczyć wszystkich niezbędnych informacji, które umożliwiają ocenę wpływu programu na zdrowie populacji.

W ramach oceny zgłaszalności warto określić liczbę osób, która wzięła udział w poszczególnych etapach programu oraz liczbę osób niezakwalifikowaną do programu oraz która zrezygnowała z udziału w jego trakcie.

Ocena jakości udzielanych świadczeń została przygotowana z wykorzystaniem wyników ankiety satysfakcji uczestników.

Ocena efektywności zakłada wskaźniki, które odnoszą się głównie do oceny zgłaszalności do programu. Proszę również rozważyć zbadanie w odniesieniu do dzieci: odsetka uczestników skierowanych do dalszej diagnostyki, liczby uczestników korzystających z zajęć korekcji wady postawy lub zajęć terapeutycznych (po wcześniejszym uczestnictwie w programie) oraz liczby uczestników, u których nastąpiła zmiana postawy ciała utrzymująca się po 3 miesiącach od zakończenia zajęć korekcyjnych oraz w odniesieniu do osób dorosłych - poprawę stanu zdrowia.

Warunki realizacji

W projekcie programu uwzględniono przeprowadzenie konkursu ofert na realizatora programu, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Odniesiono się również do niezbędnych wymagań, które musi spełniać realizator programu.

W projekcie nie określono trybu zapraszania uczestników do programu. Brakuje również wskazania sposobu zakończenia uczestnictwa w programie. Warto zwrócić uwagę na wydanie pacjentowi odpowiednich zaleceń oraz zestawu ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu.

Autorzy programu przedstawili koszty jednostkowe badania przesiewowego w kierunku wady postawy, w tym akcji edukacyjno-informacyjnej (90 zł), grupowych ćwiczeń korekcyjnych (70 zł), indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych (70 zł), jak również koszty poszczególnych interwencji zaplanowanych dla osób dorosłych: fitness (70zł), zajęcia relaksacyjne (70 zł), masaż (50-80 zł), kinezyterapia (20-50 zł), fizjoterapia (15-20 zł), kinezytaping (30 zł).

Całkowita kwota przeznaczona na realizację programu przez miasto Toruń nie została określona. Wybór liczebności populacji nie został uargumentowany, w związku z czym nie można odnieść się merytorycznie do zaplanowanego budżetu. Różnica w budżecie między rokiem 2015 a 2016 także pozostaje niezrozumiała, choć zaplanowano w tych latach wdrożenie tych samych interwencji.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifozą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy

mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobb'a na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Za osoby niepełnosprawne wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Poza definicją WHO w Polsce funkcjonuje również określenie zdefiniowane w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Alternatywne świadczenia

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych regulowana jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522).

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się z kolei wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248)

Ocena technologii medycznej

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Światowy Raport podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (Community - based rehabilitation - CBR), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania ze społecznego wsparcia.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Istotne jest, aby świadczeń z zakresu rehabilitacji udzielali wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem o pewnych i sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

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 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-225/2015 „»Postawa to podstawa« - Program profilaktyki i leczenia wad postawy mieszkańców Torunia” realizowany przez: Miasto Toruń, Warszawa, grudzień 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny” sierpień 2011 r. oraz „Program profilaktyki i korekcji wad postaw u dzieci – wspólne podstawy oceny” maja 2012 r