

## Rekomendacja nr 47/2016

z dnia 29 lipca 2016 r.

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego

**Prezes Agencji rekomenduje** zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego.

#### Uzasadnienie rekomendacji

**Prezes Agencji**, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości uważa, za zasadne objęcie finansowaniem świadczenia „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego.

Zebrane dowody naukowe, rekomendacje kliniczne oraz opinie ekspertów klinicznych wskazują, że adaptacja interdyscyplinarnych ścieżek może prowadzić do lepszych wyników związanych z funkcjonowaniem, a także może zredukować całkowity koszt związany z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego.

Wprowadzenie opieki koordynowanej w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego skutkuje: skróceniem czasu pobytu w szpitalu, wcześniejszym rozpoczęciem chodzenia, zmniejszeniem liczby ponownych hospitalizacji.

Dodatkowo zgodnie z dowodami naukowymi wprowadzenie opieki skoordynowanej usprawni i ujednostyni opiekę, zwiększy wydajność (oszczędności wynikające głównie ze skrócenia czasu hospitalizacji) i częstość korzystania z wytycznych najlepszych praktyk.

Odnalezione analizy ekonomiczne wskazują, że zintegrowana ścieżka pacjenta jest efektywna kosztowo. Dodatkowo dzięki skróceniu czasu hospitalizacji możliwe będzie przeprowadzanie większej liczby zabiegów w skali roku.

Wprowadzenie w systemie opieki zdrowotnej modelu opieki kompleksowej – endoprotezoplastyka biodra będzie skutkować poprawą jakości udzielanych świadczeń. Zgodnie z przyjętymi założeniami modelu pacjent zakwalifikowany do zabiegu endoprotezoplastyki biodra będzie w pierwszym etapie- przedoperacyjnym - przygotowany do zabiegu. W trakcie tego etapu zostanie wdrożona m.in. przedoperacyjna rehabilitacja, edukacja, oraz konsultacje specjalistyczne. Działania te mają na celu przede wszystkim

optymalne przygotowanie pacjenta do zabiegu, a co za tym idzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum, zmniejszenie liczby powikłań śródoperacyjnych oraz pooperacyjnych, a także zmniejszenie liczby wykonywanych operacji rewizyjnych. Skrócenie czasu hospitalizacji dla pacjentów objętych opieką kompleksową pozwoli na przyjmowanie przez świadczeniodawców większej liczby pacjentów, co będzie oznaczało zmniejszenie liczby pacjentów oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki biodra. Wdrożenie opieki kompleksowej, polegającej również na zapewnieniu pacjentowi rehabilitacji w III etapie modelu w okresie 1 roku od zabiegu, pozwoli na szybszy powrót takiego pacjenta do sprawności fizycznej co będzie skutkowało również zmniejszeniem kosztów społecznych dotyczących chociażby zmniejszeniem liczby świadczeń wypłacanych z systemu ubezpieczenia społecznego.

### **Przedmiot wniosku**

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego.

### **Problem zdrowotny**

Zgodnie z danymi Centralnej Bazy Endoprotez (CBE) głównymi rozpoznami chorobowymi, będącymi przyczyną pierwotnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego są: pierwotna, obustronna koksartroza (M16.0), złamanie szyjki kości udowej (S72.0), inne pierwotne koksartrozy (M16.1). Osoby z wymienionymi rozpoznaniem stanowią około 89% wszystkich osób, u których wykonano pierwotną endoprotezoplastykę stawu biodrowego. Najczęstszą przyczyną rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego w 2015 r. było z kolei mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów (T84.0) (CBE 2015).

Objawem klinicznym występującym najczęściej w obrębie chorego stawu biodrowego jest ból. Nie zawsze jednak zaawansowanie zmian chorobowych w obrazie rentgenowskim (RTG) odpowiada natężeniu dolegliwości bólowych. Kryteria diagnostyczne w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego zostały ustalone przez American College of Rheumatology. Ujmują one w sposób następujący objawy kliniczne, laboratoryjne i radiologiczne:

- 1) ból biodra przez większość dni w okresie ostatniego miesiąca,
- 2) obecność w obrazie radiologicznym osteofitów w obrębie głowy kości udowej i/lub panewki stawu biodrowego,
- 3) OB < 20 mm/h,
- 4) zwężenie szpary stawowej w obrazie radiologicznym.

Chorobę zwyrodnieniową rozpoznaje się, gdy spełnione są kryteria 1,2 lub 1,3. By zdiagnozować pacjenta należy wykonać przede wszystkim badanie kliniczne (lekarskie). Ponadto wykonuje się: RTG (zdjęcie przednio-tylne i boczne biodra, zdjęcie boczne powinno być wykonane także w pozycji żabiej, czyli Lauensteina), scyntyografię kości i rezonans magnetyczny (w przypadku podejrzenia martwicy aseptycznej niepotwierdzonej radiologicznie), badanie płynu stawowego (obserwuje się zmiany stanu płynu stawowego w chorobie stawów) oraz badanie krwi w celu wykluczenia infekcyjnego lub reumatoidalnego zapalenia stawów. Dolegliwości bólowe stawu biodrowego należy różnicować z innymi schorzeniami w obrębie stawu biodrowego, miednicy i kręgosłupa lędźwiowego, ponieważ ich objawy mogą być bardzo zbliżone.

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest rozwiązaniem dla większości pacjentów z chorobami stawu biodrowego, które powodują przewlekły dyskomfort lub upośledzenie funkcji. Obecnie istnieje wiele różnych rodzajów zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Zabiegi

endoprotezoplastyki można podzielić na endoprotezoplastykę pierwotną i endoprotezoplastykę rewizyjną, ze względu na charakter zabiegu: endoprotezoplastyka całościowa, częściowa, kapoplastyka; ze względu na rodzaj stosowanej protezy: cementowe, bezcementowe, hybrydowe; czy w końcu ze względu na rodzaj tworzywa, z którego wyprodukowana jest proteza/artykulacja. Samo zakładanie protezy stawu biodrowego może być wykonywane w wielu dostępach chirurgicznych.

W 2015 r. wykonano 42 485 endoprotezoplastyk pierwotnych stawu biodrowego i 4 200 endoprotezoplastyk rewizyjnych (w tym 661 operacji rewizyjnych bez wymiany elementów). W przypadku operacji pierwotnych ponad 83% stanowiły endoprotezoplastyki całkowite, natomiast wśród operacji rewizyjnych nie występuje tak duża różnica pomiędzy liczbą wykonanych endoprotezoplastyk częściowych i całkowitych.

Całkowita liczba oczekujących w marcu 2016 r. na świadczenia endoprotezoplastyki pierwotnej dla przypadków stabilnych wyniosła 89 665 osób, natomiast dla przypadków pilnych około 13 122 osoby. Na świadczenia endoprotezoplastyki rewizyjnej całkowita liczba oczekujących (stan na grudzień 2015) w przypadkach stabilnych wyniosła 1 323 chorych, natomiast w przypadkach pilnych 897 pacjentów.

Wg danych NFZ (stan na marzec 2016 r.) średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę biodra dla pacjentów stabilnych wynosi 581,4 dni, natomiast dla pacjenta pilnego to 189 dni. Czas oczekiwania na endoprotezoplastykę rewizyjną stawu biodrowego w przypadkach stabilnych wynosi 82 dni, natomiast w przypadkach pilnych na rewizję stawu biodrowego oczekuje się około 40 dni (stan na grudzień 2015.)

### **Alternatywna technologia medyczna**

Alternatywę w przypadku modelu kompleksowej opieki nad pacjentami poddawanymi endoprotezoplastyce stawu biodrowego stanowi obecnie istniejąca praktyka, w ramach której stosuje się podobne świadczenia lecz w formie nieskoordynowanej.

### **Opis wnioskowanego świadczenia**

Model kompleksowej opieki nad pacjentami poddawanymi endoprotezoplastyce stawu biodrowego został opracowany w oparciu o dane pochodzące z analizy przekazanej przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, dowodów naukowych, opinii eksperckich w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz rehabilitacji, a także informacje o stanie finansowania w innych krajach.

Modelowa opieka kompleksowa składa się z trzech etapów:

1. opieki przedoperacyjnej obejmującej: skierowanie pacjenta na konsultację do poradni kwalifikacyjnej, kwalifikację pacjenta do zabiegu (2 wizyty kwalifikacyjne) i opieki przedoperacyjnej (edukacja i rehabilitacja przedoperacyjna);
2. okresu hospitalizacji obejmującego: przygotowanie do zabiegu, zabieg operacyjny, wczesne usprawnienia pacjenta w oddziale oraz okres pooperacyjny (usprawnienie, edukacja i przygotowanie do wypisu);
3. opieki poszpitalnej składającej się z: 3 wizyt kontrolnych oraz rehabilitacji.

Epizod, zdefiniowany jako czas do skierowania pacjenta na wizytę kwalifikacyjną (po spełnieniu określonych kryteriów kwalifikacji) do wizyty kontrolnej po zabiegu i rehabilitacji, jest rozciągnięty w czasie i zajmuje około 1,5 roku. Nad całością procesu terapeutycznego czuwa koordynator.

### **Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa**

*Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne*

w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.

Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.

W wyniku wyszukiwania odnaleziono 19 publikacji odnoszących się do opieki koordynowanej: Crawford 2003, Mertes 2013, Miller 2013, Raphael 2014, CADATH 2011, Gooch 2012, Vitoria 2012, Fyie 2013, Rosendal 2000, Barbieri 2009, Malviya 2011, Dowsey 1999, Van Citters 2013, AIAQS 2011, Gulotta 2011, Ibrahim 2013, Meleskie 2003, Indelli 2015, Alberta Health and Wellness 2006.

W 14 publikacjach oceniano skuteczność opieki koordynowanej: Mertes 2013, Miller 2013, Raphael 2014, CADATH 2011, Gooch 2012, Rosendal 2000, Barbieri 2009, Malviya 2011, Dowsey 1999, Gulotta 2011, Ibrahim 2013, Meleskie 2003, Indelli 2015, Alberta Health and Wellness 2006.

Wnioski płynące z większości odnalezionych publikacji są ze sobą spójne i zwraca się w nich uwagę na następujące aspekty:

- w niesystematycznym przeglądzie literatury Ibrahim 2013 podkreśla się, że adaptacja interdyscyplinarnych ścieżek może prowadzić do lepszych wyników związanych z funkcjonowaniem, a także może zredukować całkowity koszt związany z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego. Wśród interwencji, które mogą być stosowane razem w interdyscyplinarny sposób wymienia się: przedoperacyjną edukację, przedoperacyjną ocenę stanu odżywienia pacjenta, stosowanie znieczulenia do walki z bólem, stosowanie programów rehabilitacji okołoperacyjnej oraz stosowanie nowoczesnych opatrunków na rany. W publikacji Indelli 2015 dokonano przeglądu międzynarodowych, szybkich ścieżek pacjentów poddawanych endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego. Autorzy konkludują, że ścieżki zintegrowanej opieki dla całkowitej endoprotezoplastyki zyskują na popularności na całym świecie, a w ich skład wchodzi: selekcja i edukacja pacjentów, prerehabilitacja, odpowiednie odżywienie, premedykacja, odpowiednie znieczulenie, odpowiednia opieka śródoperacyjna i pooperacyjna oraz stosowanie odpowiednich kryteriów wypisu pacjenta ze szpitala;
- wprowadzenie opieki koordynowanej w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego skutkuje skróceniem czasu pobytu w szpitalu, zwłaszcza w przypadku starszych osób i mężczyzn (Mertes 2013). Również w przeprowadzonej przez CADTH 2011 analizie skuteczności klinicznej ścieżek pacjentów wskazano na poprawę wyników, zwłaszcza związanych z redukcją czasu pobytu pacjentów w szpitalu. W badaniu Malviya 2011, którego celem była ocena skuteczności interdyscyplinarnej, przyspieszonej ścieżki powrotu pacjenta do zdrowia, zaobserwowano poza skróceniem długości pobytu, również zmniejszenie śmiertelności, zmniejszenie potrzeby wykonywania transfuzji krwi. W badaniu Dowsey 1999 wskazuje się również na skrócenie czasu pobytu, wcześniejsze rozpoczęcie chodzenia, zmniejszenie ilości ponownych hospitalizacji oraz lepsze dopasowanie miejsca wypisu ze szpitala, w zależności od stanu i potrzeb chorych. Również wyniki pilotażowego badania Meleskie 2004, wprowadzającego regionalną ścieżkę kliniczną stosowaną w endoprotezoplastyce stawu biodrowego, wykazały wzrost przepływu informacji, usprawnienie i ujednoczenie opieki, zwiększenie wydajności (oszczędności wynikające głównie ze skrócenia czasu hospitalizacji), zwiększenie częstości korzystania z wytycznych najlepszych praktyk, bardziej spójną opiekę w całym procesie oraz skróconą długość pobytu. Podobnych wniosków dostarcza inne badanie związane z wprowadzeniem ścieżki klinicznej opracowanej na podstawie najaktualniejszych, międzynarodowych dowodów naukowych i standardów opieki (Alberta Health and Wellness

2006). Po wprowadzeniu klinicznej ścieżki pacjenci krócej oczekiwali na pierwszą konsultację ortopedyczną, krócej oczekiwali na zabieg, szybciej trafiali na salę operacyjną, szybciej byli wypisywani ze szpitala, lepiej stosowali się do zaleceń i byli bardziej zadowoleni z całościowego procesu leczenia/opieki (podobnie jak personel). Odnaleziono ponadto metaanalizę badań pierwotnych Barbieri 2009, w której oceniano stosowanie klinicznych ścieżek pacjenta w endoprotezoplastyce kolana i biodra w porównaniu ze standardową opieką medyczną. Wyniki metaanalizy wykazały, że ścieżki kliniczne mogą znacząco poprawić jakość opieki. Na podstawie wyników, autorzy zakładają, że ścieżki mają wpływ na organizację opieki. Suma wyników wykazała, że w grupie pacjentów ze ścieżki klinicznej w porównaniu z grupą typowej opieki, u znacznie mniejszej liczby pacjentów wystąpiły komplikacje pooperacyjne, ponadto zaobserwowano krótszy czas pobytu w szpitalu oraz mniejszy koszt opieki. Tylko w jednym badaniu (Rosendal 2000) nie wykazano różnic pomiędzy pacjentami zakwalifikowanymi do zintegrowanej opieki w porównaniu z pacjentami poddawanyymi typowej opiece;

- ponadto, ścieżki pacjentów mogą poprawiać jakość życia związaną ze zdrowiem u pacjentów z degeneracyjną chorobą stawów biodrowych lub kolanowych w okresie 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym (Gooch 2012);
- w badaniu Gulotta 2011 oceniano bezpieczeństwo i skuteczność szybkiej ścieżki pacjentów. Zdaniem autorów badania w wybranej grupie pacjentów, relatywnie zdrowych, protokół, który pozwala na wypis po 2 dniach hospitalizacji jest bezpieczny i skuteczny;
- skorygowana łączna opłata za cały epizod w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego była o 4% niższa w przypadku szpitali zaangażowanych w opiekę zintegrowaną. Różnica ta może być głównie wytłumaczona przez mniejsze wydatki na opiekę po wypisie ze szpitala (Miller 2013). Również w badaniu, w którym opisuje się doświadczenia związane z wprowadzeniem nowej ścieżki klinicznej (Alberta Health and Wellness 2006) wskazuje się na to, że nowa ścieżka opieki była o 4% tańsza w stosunku do dotychczasowej ścieżki. Podobne wnioski nasuwają również wyniki badania Raphael 2014: bezpośrednie koszty hospitalizacji związane z opieką koordynowaną były niższe niż koszty pochodzące z benchmarku przeprowadzonego w USA. Inkrementalne korzyści każdego kroku opieki koordynowanej wyrażały się przede wszystkim w postaci krótszego, przeciętnego czasu pobytu. Zidentyfikowano bardzo duże zróżnicowanie w odniesieniu do cen protez i opieki pooperacyjnej. Również w analizie skuteczności klinicznej wprowadzenia ścieżek pacjentów (CADTH 2011) wskazuje się na zmniejszenie kosztów opieki, bez jednoczesnego pogorszenia jakości opieki.

Pięć publikacji nie odnosiło się bezpośrednio do skuteczności opieki skoordynowanej, ale dotyczyło istotnych aspektów organizacji opieki nad pacjentem w ocenianym wskazaniu:

- Crawford 2003 – badanie odnosiło się do skuteczności prowadzenia dokumentacji medycznej. Wykazano lepszą jakość prowadzonej dokumentacji medycznej w sposób tradycyjny niż w sposób przewidziany dla opieki zintegrowanej. Należy przy tym zauważyć, że w obu grupach nastąpiła duża częstość pomijania informacji;
- Fyie 2013 – badanie oceniało sposób kierowania pacjentów na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Wyniki badania sugerują, że różnice w procesie kierowania pacjentów prowadzą do zwiększenia czasu oczekiwania pacjentów. I tak, m. in. wybór konkretnego chirurga, zamiast skierowanie do pierwszego wolnego chirurga wydłużało czas oczekiwania o 10-47 dni roboczych;

- AIAQS 2011 – badanie odnosiło się do systemów priorytetyzacji pacjentów na listach oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, nie zaobserwowano jednak związku pomiędzy stosowaniem systemu priorytetyzacji, a czasem oczekiwania i kolejnością wykonywania zabiegów; należy jednak zwrócić uwagę, że otrzymane wyniki nie były jednorodne;
- Vitoria 2012 – wyniki badania sugerują tworzenie oddziałów ortogeriatrycznych, jako oddziałów, które dostosowane są do potrzeb osób starszych po złamaniach biodra. Zdaniem autorów utworzenie takiego oddziału przynosi oszczędności związane z hospitalizacją, oddział taki przyczynia się również do poprawy funkcjonalności;
- Van Citters 2013 – badanie w którym opracowano zalecenia dotyczące ścieżek pacjentów. W trakcie opracowywania ścieżki pacjenta zebrano 40 sugestii dotyczących poprawy opieki, 37 sugestii dotyczących technik redukcji strat oraz 55 sugestii dotyczących poprawy sposobu komunikacji. Rekomendacje dotyczą poszczególnych etapów opieki i obejmują standaryzację procesów opieki oraz ról personelu, dostosowanie przepływu informacji i przebiegu procesu, zidentyfikowania ról odpowiedzialnych za świadczenie opieki i komunikację, zarządzanie oczekiwaniami pacjenta oraz przypisanie pacjenta do odpowiedniego poziomu opieki.

#### *Ograniczenia*

Ze względu na cel niniejszego opracowania, nie poświęcono szczegółowej uwagi następującym zagadnieniom:

- programy zabezpieczenia pacjentów w krew do transfuzji (m. in. przetoczenia własnej krwi, EPO),
- profilaktykę przeciwzakrzepową,
- profilaktykę antybiotykową.

#### **Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

#### **Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych**

*Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.*

*Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.*

*Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.*

*Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.*

*Aktualnie próg opłacalności wynosi 125 955 PLN (3 x 41 985 PLN).*

*Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym wykorzystaniem aktualnie dostępnych zasobów.*

W ramach analizy ekonomicznej przeprowadzono przegląd literatury, w wyniku którego odnaleziono 32 publikacje dotyczące analiz ekonomicznych odnoszących się do opieki kompleksowej lub do poszczególnych elementów składających się na kompleksową opiekę nad pacjentem zakwalifikowanym do endoprotezoplastyki stawu biodrowego: Lavernia & Villa 2015, Duplantier 2015, Raphael 2014, Doman 2012, Kamal 2011, Olsson 2008, Hejblum 2009, Lavernia 2015, Tuominen 2013, Mota 2013, Fielden 2005, Snow 2014, Fusco 2014, Roos and Juhl 2012, Larsen 2009, Hansen 2009, Bulthuis 2008, Krummenar 2008, Iyengar 2007, Tribe 2005, Mehrotra 2013, Batsis 2009, Gandjour Weyler 2006, Martineau 2005, Bolz 2010, Pullicottil 2015, Bosco 2014, Kallala 2013, Pennington 2013, Post 2013, Di Tanna 2011, Bozic 2006

Publikacje dotyczące profilaktyki antybiotykowej, przeciwzakrzepowej oraz ogólnie efektywności kosztowej całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego (THR – ang. *total hip replacement*) nie zostały uwzględnione w poniższym przeglądzie. Ponadto zastosowano zakres odcięcia od 2005 roku.

Z odnalezionych analiz ekonomicznych wynika, że:

- zintegrowana ścieżka pacjenta jest efektywna kosztowo, ponadto przyczynia się do przeprowadzania więcej zabiegów w skali rocznej;
- opieka wielodyscyplinarnego zespołu (pielęgniarka, ortopeda, anestezjolog itp.), który ocenia również pacjentów pod względem ciężkości choroby oraz ryzyka operacyjnego od momentu kwalifikacji pacjenta do zabiegu THR pomaga właściwie ocenić stan pacjenta, a przez to dobrze zaplanować oraz zoptymalizować zabieg;
- standaryzowany protokół „szybkiego powrotu do zdrowia” wpływa na redukcję liczby dni hospitalizacji oraz na prewencję powikłań powodując pozytywne implikacje finansowe, jednocześnie nie powodując pogorszenia bezpieczeństwa oraz jakości życia pacjentów;
- czas oczekiwania na zabieg do 6 miesięcy okazuje się być efektywny kosztowo - wraz ze wzrostem wieku oraz pogorszeniem stanu pacjenta efektywność kosztowa THR maleje;
- połączenie prerrehabilitacji i edukacji pacjenta (tzw. I linia leczenia w okresie ok. 30 dni przed zabiegiem) oraz opieki długoterminowej (90 dni po wypisie ze szpitala) powoduje znaczącą redukcję częstości korzystania z opieki pooperacyjnej odpowiednio o 29%;
- program ćwiczeń rehabilitacyjnych dopasowany do indywidualnych potrzeb jest kosztowo-efektywny u młodych pacjentów;
- program rezygnacji z palenia jest efektywny kosztowo, nawet wprowadzony krótkoterminowo ok. 6-8 tyg. przed zabiegiem THR;
- przeprowadzanie zabiegów THR w dużych, wyspecjalizowanych szpitalach, które posiadają specjalistyczne kliniki (lub punkty/oddziały) oceniające stan pacjentów przed zabiegiem przynosi oszczędności;
- wykazano brak użyteczności kosztowej prowadzonych w wielu krajach rutynowych badań kontrolnych vs brak rutynowych wizyt kontrolnych po zabiegu THR w ciągu 7 lat, stąd rozpatrywanie alternatywnych strategii, które wymagają mniejszych zasobów niż powszechne rutynowe kontrole pooperacyjne lub minimalna liczba rutynowych kontroli pooperacyjnych w ciągu pierwszych 7 lat są zalecane.

**Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2015 poz. 345);**

*Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku*

wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.

Nie dotyczy.

### **Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego**

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.*

*Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.*

*Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.*

*Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie, czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.*

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.*

Celem analizy wpływu na budżet była ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o finansowaniu ze środków publicznych modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra w 3 letnim horyzoncie czasowym. W ramach niniejszej analizy porównywano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone w ramach finansowania modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra w przypadku rozliczania świadczeń w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów oraz wysokość nakładów w sytuacji finansowania świadczenia kompleksowej endoprotezoplastyki biodra ze środków publicznych.

W analizie uwzględniono następujące koszty związane z finansowaniem modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra:

- pierwszej wizyty kwalifikacyjnej w punkcie konsultacyjnym, konsultacji specjalistycznych, rehabilitacji przedoperacyjnej, porady edukacyjnej oraz drugiej wizyty kwalifikacyjnej wraz z elementami składowymi realizowanej w ramach I etapu opieki przedoperacyjnej,
- hospitalizacji w ramach zabiegu operacyjnego w zakresie endoprotezoplastyki biodra wraz z elementami składowymi realizowanej w II etapie opieki,
- pierwszej, drugiej i trzeciej wizyty kontrolnej po operacji, rehabilitacji oraz dodatku związanego z koordynacją oraz raportowaniem danych do Centralnej Bazy Endoprotez realizowanej w ramach III etapu opieki poszpitalnego
- uwzględniono 20% dodatek związany ze spełnieniem wskaźników płatności za wyniki (P4P – ang. *pay-for-performance*) i realizacją świadczeń w ramach modelu kompleksowej opieki w zakresie endoprotezoplastyki biodra.

W ramach analizy uwzględniono scenariusz istniejący oraz 3 nowe scenariusze:

1. wariant optymalny, uwzględniający dwukrotny wzrost liczby wykonywanych świadczeń w ramach endoprotezoplastyki biodra;



2. wariant maksymalny, uwzględniający dwuipółkrotny wzrost liczby wykonywanych świadczeń w ramach endoprotezoplastyki biodra, generujący maksymalny wpływ ocenianej decyzji na budżet płatnika publicznego;
3. wariant minimalny, uwzględniający półtorakrotny wzrost liczby wykonywanych świadczeń w ramach endoprotezoplastyki biodra, generujący minimalny wpływ ocenianej decyzji na budżet płatnika publicznego.

W wariantcie 1, w I roku finansowania świadczenia wprowadzenie modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra będzie wiązało się ze zwiększeniem kosztów po stronie płatnika publicznego w wysokości około 217 mln PLN, co odpowiada 29% zwiększeniu kosztów w tym obszarze. W II kolejnych latach wprowadzenie modelu wiąże się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości odpowiednio 466 mln PLN w II roku, 716 mln PLN w III roku oraz 1 090 mld PLN w IV roku finansowania modelu opieki kompleksowej.

W wariantcie 2, w I roku finansowania świadczenia wprowadzenie modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra będzie wiązało się ze zwiększeniem kosztów po stronie płatnika publicznego w wysokości około 354 mln PLN, co odpowiada 48% zwiększeniu kosztów w tym obszarze. W kolejnych latach wprowadzenie modelu wiąże się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości odpowiednio 695 mln PLN w II roku, 1 036 mld w III roku oraz 1 547 mld w IV roku finansowania modelu opieki kompleksowej.

W wariantcie 3 w I roku finansowania świadczenia wprowadzenie modelu opieki kompleksowej w zakresie endoprotezoplastyki biodra będzie wiązało się ze zwiększeniem kosztów po stronie płatnika publicznego w wysokości około 79 mln PLN, co odpowiada 11% zwiększeniu kosztów w tym obszarze. W kolejnych latach wprowadzenie modelu wiąże się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości odpowiednio 237 mln PLN w II roku, 395 mln PLN w III roku oraz 632 mln PLN w IV roku finansowania modelu opieki kompleksowej.

#### *Ograniczenia*

Analizując dane dotyczące skutków finansowych należy mieć na uwadze następujące ograniczenia:

- założenie dotyczące zwiększenia ilości wykonywanych świadczeń, poprzez zmniejszenie długości pobytu operowanych pacjentów również wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Przede wszystkim, 5 dni stanowi zalecany czas pobytu pacjenta w oddziale, nie oznacza to jednak, że jest on obligatoryjny. Ponadto, dotyczy to pacjentów standardowych, niepowikłanych, a u osób starszych z licznymi obciążeniami, pobyt ten na pewno ulegnie wydłużeniu;
- liczebność populacji docelowej ustalono na podstawie danych z listy oczekujących NFZ z roku 2014 dotyczącej endoprotezoplastyki pierwotnej i rewizyjnej i na tej podstawie dokonano ekstrapolacji na lata 2017-2020.

#### **Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

#### **Uwagi do zapisów programu lekowego**

Nie dotyczy.

#### **Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej**

*Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi*

*kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.*

*Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.*

Nie dotyczy.

## **Omówienie rekomendacji wydawanych w innych krajach w odniesieniu do ocenianej technologii**

Odnaleziono

W trakcie wyszukiwania literatury odnaleziono 21 rekomendacji klinicznych odnoszących się do opieki koordynowanej lub do poszczególnych elementów składających się na kompleksową opiekę nad pacjentami, którzy zostali zakwalifikowani do endoprotezoplastyki stawu biodrowego:

- National Institute for Health and Care Excellence 2014-2016,
- New Zealand Orthopaedic Association 2014
- The Ontario Health Technology Advisory Committee 2013
- Institute for Healthcare Improvement 2013
- Agency for Clinical Innovation 2012
- Swierstra 2011
- Bone and Joint Canada 2011
- The Royal Australian College of General Practitioners 2007
- National HealthService 2014
- America Academy of Orthopaedic Surgeons 2014
- Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland, British Orthopaedic Association, British Geriatric Society 2015
- National Health and Medical Research Council - Australian Government 2014
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2009
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2012
- Westby 2014
- The Ontario Health Technology Advisory Committee 2014
- College of Occupational Therapists 2012
- Kleijn 2011
- Barrois 2007
- Cudeyre 2007
- Belgian Federal Health Care Knowledge Centre 2007

Na podstawie odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej można odnieść się do następujących kwestii:

- kryteria kwalifikacji do zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego (zabiegi ze wskazań nagłych) – w odnalezionych dokumentach zwraca się uwagę na możliwość zaoferowania zabiegu całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego pacjentom, którzy są w stanie

samodzielnie się poruszać, nie są upośledzeni poznawczo, są w kondycji umożliwiającej przeprowadzenie zabiegu i znieczulenia. Podkreśla się również, że jeśli złamanie stawu biodrowego komplikuje lub przyspiesza przebieg choroby terminalnej, interdyscyplinarny zespół powinien rozważyć wykonanie zabiegu operacyjnego jako część opieki paliatywnej;

- tryb kierowania pacjenta na konsultację do specjalisty w sprawie podjęcia decyzji o konieczności wykonania zabiegu – w odnalezionych dokumentach wskazuje się na lekarza POZ jako osoby, która powinna skierować pacjenta na konsultację dotyczącą oceny konieczności wykonania zabiegu. W niektórych dokumentach dotyczących mających zastosowanie w innych systemach opieki zdrowotnej wskazuje się również na możliwość samodzielnego skierowania pacjenta na konsultację. Podkreśla się stosowanie standardowych druków skierowania;
- koordynacja procesu opieki nad pacjentem – w odnalezionych dokumentach najczęściej wskazuje się na lekarza POZ jako koordynatora procesu opieki nad pacjentem, pojawia się też koordynator lub pielęgniarka koordynująca;
- ocena w poradni kwalifikującej do zabiegu – w wytycznych praktyki klinicznej podkreśla się uwzględnienie w ocenie nagłości stanu, a także medycznych i psychicznych czynników ryzyka, które mogą wpłynąć na odsunięcie zabiegu w czasie lub na jego odwołanie. Wśród elementów, które powinny zawierać się w ocenie, wymienia się: wszechstronny, ustandaryzowany wywiad i badanie fizykalne, ocenę stanu funkcjonowania, badania diagnostyczne, zapewnienie dostępu do szeroko rozumianych specjalistów ochrony zdrowia, prowadzenie dokumentacji, ocenę zasadności przeprowadzenia zabiegu, ocenę pilności oraz planowanie dalszej opieki;
- listy oczekujących na zabieg – w odnalezionych wytycznych zwraca się uwagę na systemy zarządzania kolejką, a także podkreśla się, że pacjenci nie powinni czekać na zabieg więcej niż 6 miesięcy od momentu konsultacji (czas do konsultacji nie powinien być dłuższy niż 3 miesiące), przy czym przypadki pilne powinny zostać zaopatrzone do 90 dni, a pacjenci w stanach nagłych w ciągu 24 godzin;
- ocena przedoperacyjna – w odnalezionych rekomendacjach zwraca się uwagę na prowadzenie oceny przedoperacyjnej pacjenta, która jest konieczna w celu zminimalizowania dyskwalifikacji z zabiegu w dniu przyjęcia do szpitala. Wizyta ta powinna mieć miejsce przynajmniej 6 tyg. przed zabiegiem i powinna być prowadzona przez interdyscyplinarny zespół (m. in. lekarz, pielęgniarka, anestezjolog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy). W trakcie tej wizyty powinno się również rozpocząć planowanie wypisu pacjenta ze szpitala, a także zaleca się wdrożenie programu zabezpieczenia pacjenta w krew do ewentualnej transfuzji;
- przygotowanie pacjenta do zabiegu – w odnalezionych rekomendacjach zwraca się uwagę na konieczność optymalizacji stanu zdrowia pacjenta (m. in. poprzez modyfikację czynników ryzyka, leczenie chorób współistniejących, edukację, aktywność fizyczną) oraz na szczególną rolę interdyscyplinarnego zespołu w przygotowaniu pacjenta. Etap przygotowywania pacjenta do zabiegu powinien również obejmować przygotowanie mieszkania do funkcjonowania po zabiegu, zidentyfikowanie ewentualnych powikłań oraz przepisanie pomocy ortopedycznych;
- wybór protezy – w rekomendacjach zwraca się uwagę na konieczność wyboru protezy o długim okresie przeżywalności, a także podkreśla się, że ostateczny wybór protezy należy do lekarza;
- wizyty kontrolne, okres po wypisie ze szpitala – nie ma konsensusu w rekomendacjach co do częstości wizyt kontrolnych w okresie pooperacyjnym, niemniej jednak podkreśla się wagę świadomości pacjenta dotyczącej tego, jak istotne są wizyty kontrolne. Rekomenduje się również wpisanie pacjenta do rejestru endoprotez oraz utrzymywanie kontaktu z pacjentem po wypisie ze szpitala, w celu odpowiadania na pytania pacjenta związane z bezpieczeństwem i medycznymi problemami;

- organizacja/koordynacja działań – rekomenduje się stosowanie ustrukturyzowanej ścieżki pacjenta w planowej endoprotezoplastyce stawów, ze względu na skrócenie czasu pobytu w szpitalu i osiągnięcie lepszych wyników klinicznych. Rekomenduje się również sprawowanie interdyscyplinarnej opieki nad pacjentami, którzy doznali złamania stawu biodrowego;
- finansowanie – Panel Ekspertów rekomenduje, aby jednoczasowa, obustronna endoprotezoplastyka stawu biodrowego była finansowana jako osobna grupa. W finansowaniu powinno się również uwzględnić różnice wynikające z wieku pacjentów jak i różnice wynikające z istniejących chorób współistniejących. Pacjenci kwalifikowani do endoprotezoplastyki stawu biodrowego z innych powodów niż osteoartroza powinni być rozliczani w inny sposób (finansowe dostosowanie), ze względu na inną ścieżkę opieki niż w przypadku pacjentów, u których wykonuje się rutynową endoprotezoplastykę. Należy wypracować finansowe porozumienia pomiędzy szpitalami a lekarzami, w celu zachęcania ich do sprawowania wartościowej opieki, która wpłynie na poprawę jakości i obniżenie kosztów świadczeń.

Część odnalezionych rekomendacji, dotyczących rehabilitacji, odnosiła się wyłącznie do rehabilitacji, a część uwzględniała rehabilitację, jako integralny element kompleksowej opieki nad pacjentem zakwalifikowanym do endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Rekomendacje odnoszą się zarówno do zaleceń opieki przed-, jak i pooperacyjnej:

- opieka przedoperacyjna - W opiece przedoperacyjnej podkreśla się potrzebę edukacji pacjenta oraz jego najbliższych o całym procesie opieki. Edukacja powinna być realizowana na każdym etapie opieki nad pacjentem: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, inni specjaliści ochrony zdrowia, chirurg. Może być realizowana w trakcie wizyt domowych, w trakcie pobytu w szpitalu, w trakcie terapii po zabiegu, w trakcie wizyt kontrolnych. Edukacja może być prowadzona za pośrednictwem różnych form (materiały dla pacjenta, wizualne i werbalne środki przekazu). Zagadnienia, które powinny zostać poruszone to: ogólne informacje, informacje o budowie stawu, opis zabiegu, korzyści i ryzyko płynące z zabiegu, opis tego co się dzieje przed zabiegiem, wizyta szpitalna, wizyty kontrolne, wymagania dotyczące zaopatrzenia w sprzęt, monitorowanie powikłań, ograniczenia związane z poruszaniem się, odżywianie, gojenie się ran, wykonywanie czynności dnia codziennego, powrót do kierowania samochodem, aktywność seksualna, korzystanie z toalety, korzystanie z wanny/prysznic, powrót do aktywności sportowej i rekreacyjnej, ergonomiczne ustawienie stanowiska pracy, użycie sprzętu pomocowego, odpowiednie obuwie, zastosowanie leków w leczeniu bólu, zastosowanie nielekowych technik leczenia bólu, długoterminowa ochrona stawów oraz intensywność i progresja samodzielnie wykonywanych ćwiczeń. Ze względu na ograniczone dowody naukowe korzystny wpływ przedoperacyjnych ćwiczeń fizycznych na funkcjonowanie po operacji nie został wykazany. Mimo to, programy rehabilitacji przedoperacyjnej, składające się przynajmniej z fizykoterapii i edukacji, są rekomendowane, ponieważ ćwiczenia fizyczne mogą redukować ból i poprawiać funkcjonowanie pacjentów w trakcie oczekiwania na zabieg. Izolowana fizykoterapia przed całkowitą endoprotezoplastyką stawu biodrowego nie jest rekomendowana. Wytyczne zalecają prowadzenie terapii zajęciowej wśród osób oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki biodra. Zadania terapeuty zajęciowego skoncentrowane są na: maksymalizacji niezależności funkcjonalnej, redukcji niepokoju, wznowieniu pełnionych ról, zmniejszeniu liczby ponownych przyjęć, skróceniu czasu pobytu w szpitalu, ponownej integracji ze społeczeństwem;
- opieka pooperacyjna (ostry okres hospitalizacji) – odnalezione rekomendacje dotyczące wczesnej opieki pooperacyjnej określają strategie mobilizacji i rehabilitacji oraz kryteria wczesnego wypisu. Proces rehabilitacji powinien być wspierany przez interdyscyplinarny zespół. Podkreśla się udział fizjoterapeuty w procesie mobilizacji i rehabilitacji oraz jego ocenę pacjenta. Zaleca się wczesną mobilizację pacjenta, następnego dnia po wykonanym zabiegu chirurgicznym. Wczesna mobilizacja może poprawić funkcjonalną niezależność po zabiegu

endoprotezoplastyki i zredukować liczbę powikłań. Należy oferować mobilizację przynajmniej raz dziennie i zapewnić regularną ocenę fizjoterapeuty. Optymalna intensywność rehabilitacji w trakcie hospitalizacji jest nieznana. Ciągłe ruchy bierne nie są wskazane;

- wczesny, wspierany wypis ze szpitala – wytyczne rekomendują wczesny wypis, jeśli pacjent: jest medycznie stabilny, posiada umysłową zdolność do uczestniczenia w kontynuacji rehabilitacji, posiada możliwość przemieszczania się i poruszana na krótkich dystansach, nie osiągnął jeszcze w pełni swojego potencjału rehabilitacyjnego;
- opieka pooperacyjna (po ostrym okresie hospitalizacji) – według zaleceń rehabilitacja jest wymagana dla pełnego wyzdrowienia pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Rehabilitacja jest ograniczona przez chirurgiczne restrykcje. Ogólnym celem rehabilitacji jest skoncentrowanie się na deficytach mięśniowych wynikających z obostrzeń chirurgicznych. W zależności od stanu funkcjonalnego, chorób współistniejących, powikłań pooperacyjnych opieka pooperacyjna może być kontynuowana w warunkach szpitalnych (na oddziale rehabilitacyjnym), ambulatoryjnych, domowych (w środowisku, zakładzie opieki społecznej). Rekomenduje się przejście w stronę rehabilitacji społecznej. Nie wykazano przewagi otrzymywania fizjoterapii w warunkach szpitalnych nad programem fizjoterapii w warunkach domowych. Nie wykazano również przewagi korzystania z fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych i wykonywaniem samodzielnie programu ćwiczeń w warunkach domowych nad wykonywaniem samodzielnie programu ćwiczeń w warunkach domowych i otrzymywaniem wspierającego/ monitorującego telefonu od fizjoterapeuty. W przypadku pacjentów, uczestniczących w rehabilitacji ambulatoryjnej, należy rozważyć możliwość wdrożenia samodzielnego programu ćwiczeń w warunkach domowych z telefonicznym nadzorem fizjoterapeuty. Rehabilitacja szpitalna powinna być zarezerwowana tylko dla pacjentów, którzy spełniają określone, wystandaryzowane kryteria. Po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego większość pacjentów jest w stanie odbywać rehabilitację w warunkach domowych. W związku z tym pacjenci powinni mieć możliwość wykonywania programu ćwiczeń w warunkach domowych oraz być zachęceni do jego wykonywania. Odpowiednie świadczenia rehabilitacyjne powinny być łatwo dostępne. Wiedzę dotyczącą ćwiczeń wykonywanych po zabiegu, pacjenci powinni zdobyć przed operacją. Pacjentom, u których długotrwała rehabilitacja nie jest konieczna, ale nie mogą wrócić do domu, pobyt w niespecyficznym (nie rehabilitacyjnym) pooperacyjnym ośrodku może być zalecany. Niektórzy pacjenci mogą potrzebować poza świadczeniami fizjoterapeutycznymi również świadczeń z zakresu terapii zajęciowej, pielęgniarstwa lub osobistego wsparcia. Stosowanie nadzorowanej terapii zajęciowej i fizykoterapii w ciągu całego procesu rehabilitacji poprawia wyniki związane z funkcjonowaniem i zapobieganiem upadkom. Jedynie rekomendacje opracowane przez *Westby 2014* zawierają zalecane pooperacyjne interwencje po pierwotnej endoprotezoplastyce biodra, w tym ćwiczenia terapeutyczne i funkcjonalne, ćwiczenia chodu i zagadnienia edukacyjne oraz miary oceny wyników końcowych. Istnieją silne dowody naukowe wskazujące, że intensywna fizykoterapia po wypisie poprawia wyniki związane z funkcjonowaniem. Zakończenie rehabilitacji powinno nastąpić w momencie, kiedy pacjent osiągnął wyznaczone cele związane z niezależnym funkcjonowaniem i wykonywaniem czynności życia codziennego lub jeśli nastąpiła faza plateau i rehabilitacja nie przynosi już dalszych korzyści. Pacjenci przyjęci z domów opieki nie powinni być wykluczeni z programu rehabilitacji w społeczeństwie lub szpitalu.

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 22.06.2016 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: PLR.4600.779.2016.BR), odnośnie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości nr 76/2016 z dnia 25 lipca 2016 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego

### **Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 76/2016 z dnia 25 lipca 2016 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa” jako świadczenia gwarantowanego
2. Raport nr WT.541.26.2016. „Endoprotezoplastyka stawu biodrowego - opieka kompleksowa”. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej.