



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 84/2017 z dnia 8 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zmiany
przeciążeniowe narządu ruchu pracowników zakładów
przemysłowych Wielkopolski – patobiomechanizm, profilaktyka,
ergonomia stanowiska pracy”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Zmiany przeciążeniowe narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych Wielkopolski – patobiomechanizm, profilaktyka, ergonomia stanowiska pracy”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z niewłaściwie zaplanowanych interwencji, których zasadniczą część stanowi projekt badawczy, którego prowadzenie w ramach programu polityki zdrowotnej jest nieuzasadnione. Mnogość niejasnych informacji przedstawionych w projekcie oraz brak przejrzystości poszczególnych jego elementów wzbudza zastrzeżenia Prezesa Agencji.

Podkreślenia wymaga fakt, że przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej był już wcześniej przedmiotem opinii Prezesa Agencji (Opinia nr 190/2016 z dnia 4 października 2016r) i uzyskał opinię negatywną ze względu na niespójność informacji oraz uwzględnienie interwencji finansowanych w ramach świadczeń medycyny pracy. W odniesieniu do uwag zawartych w poprzedniej opinii projekt programu nie uległ zasadniczej zmianie, a jedynie zmodyfikowano jego poszczególne elementy. Tym samym Prezes Agencji stoi na stanowisku, że brak jest podstaw do wydania pozytywnej opinii na temat przedmiotowego projektu programu.

Przeformułowania wymagają cele, które powinny być zgodne z zasadą SMART oraz mierniki efektywności, które w obecnym brzmieniu nie są wskaźnikami umożliwiającymi ocenę stopnia realizacji celów i nie odnoszą się do planowanych interwencji.

W projekcie wskazuje się niespójne informacje odnośnie liczby uczestników. Programem ma być objęta populacja 10 000/10 300 osób, z czego tylko 300 osób ma zostać szczegółowo przebadanych. Brakuje także uzasadnienia dla tak przyjętej grupy adresatów programu i liczebności jego uczestników.

W odniesieniu do planowanych interwencji proponowane działania edukacyjne są zgodne z wytycznymi. Dla zaproponowanych badań nie wskazano metod, jakimi mają zostać przeprowadzone. Wątpliwości wzbudza przeprowadzenie tomografii komputerowej jako interwencji przesiewowej, której stosowanie nie znajduje poparcia w dostępnych publikacjach ani opinii konsultanta. Nie wskazano dowodów związanych ze skutecznością kliniczną wskazanych systemów w celu wykrywania zmian przeciążeniowych narządu ruchu i pracowników przemysłowych.

Bardziej precyzyjnego zapisu wymaga określenie poszczególnych etapów realizacji programu oraz ich ram czasowych, jak również określenie sposobu kwalifikacji do programu oraz odniesienie się do



aspektów logistycznych programu. Wątpliwości wzbudza odgórne określenie nazw urzędzeń i systemów, jakie mają zostać wykorzystane, co ogranicza transparentność wyboru realizatora programu.

Korekty wymaga zaplanowany proces monitorowania i ewaluacji, w szczególności ocena efektywności, która powinna uwzględniać przeprowadzone działania edukacyjne.

Przedstawiony budżet wzbudza szereg zastrzeżeń, m.in. takich jak uwzględnienie w ramach kosztów projektu „badań okresowych” związanych z medycyną pracy, które są finansowane przez pracodawców, braku określenia jakiego sprzętu dotyczą koszty planowanego zakupu oraz uwzględnienie zabiegów fizjoterapeutycznych, o których nie wspomniano w treści programu. Precyzyjnie zaplanowany kosztorys jest sprawą szczególnie ważną w programach, których budżet sięga tak wysokiej kwoty.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zmian przeciążeniowych narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych. Budżet programu został oszacowany na 6 001 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2019.

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

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy zmian przeciążeniowych narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych. Realizuje przy tym jednocześnie priorytet zdrowotny: tj. zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego oraz jeden z celów operacyjnych i kierunku interwencji do roku 2020 określonych w Policy Paper 2014-2020.

W projekcie wskazano przyczyny zespołów bólowych układu ruchu, dokładnie opisano czynniki fizyczne, które zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń ze strony układu mięśniowo-szkieletowego oraz odniesiono się do najczęściej stwierdzanych zespołów przeciążeniowych. Odniesiono się również do społecznych i ekonomicznych aspektów chorób układu kostno-stawowego. Przedstawiono również rzetelne dane epidemiologiczne

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest zwiększenie u pracowników, pracodawców, służb BHP, personelu medycznego, lekarzy POZ wiedzy i świadomości z zakresu zmian przeciążeniowych narządu ruchu oraz zalet fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy. Cel główny w porównaniu do poprzednio ocenianej wersji programu został zmieniony. Tym samym częściowo uwzględniono uwagę Prezesa Agencji dotyczącą niejasności sformułowanych celów.

Dodatkowo wskazano 4 cele szczegółowe wspierające cel główny. Zarówno cel szczegółowy „podniesienie wiedzy i świadomości pracowników (linii produkcyjnej) w zakresie zapobiegania przeciążeniom narządu ruchu na stanowisku pracy poprzez implementację 2 programów fizjoterapeutycznych” jak i „podniesienie poziomu wiedzy u pracodawców i pracowników służb BHP z zakresu czynników ryzyka związanych z występowaniem zmian przeciążeniowych narządu ruchu” stanowią w dużej mierze powielenie celu głównego. Cele szczegółowe powinny uzupełniać i wspierać cel główny. Sugeruje się przeformułowanie celów szczegółowych oraz odniesienie ich do interwencji, które mają zostać wykorzystane w projekcie. Cele szczegółowe nadal nie spełniają w pełni założeń dobrze sformułowanych celów, zgodnie z regułą SMART. Powinny one być dobrze zdefiniowane, możliwe do monitorowania i mierzenia, osiągalne, istotne, a także powinny zawierać ostateczny termin jego osiągnięcia (powinny być zaplanowane w czasie).

Mierniki efektywności w porównaniu do poprzedniej wersji projektu zostały zmienione natomiast należy stwierdzić, że są one określone w sposób pobieżny. Nie odniesiono się do mierników, które miałyby określać poziom wiedzy przed i po wprowadzeniu programu u pracowników, pracodawców oraz pozostałych grup uczestników programu. Budzi również wątpliwość sposób określania poszczególnych mierników efektywności, ze względu na z góry określone wartości, jakie mają zostać uzyskane oraz fakt, że odnoszą się one głównie do zgłaszalności nie zaś efektywności programu. Wydaje się zasadnym uwzględnienie w miernikach efektywności również poszczególnych wskaźników związanych z badaniami np. odsetek osób, u których stwierdzono nieprawidłowości związane z nadmiernym obciążeniem układu ruchu.

Populacja docelowa

Program ma dotyczyć pracowników zakładów przemysłowych w wieku 20-60 lat (szkolenia edukacyjne oraz badania/ankiety) ale również ma być skierowany do lekarzy medycyny pracy, lekarzy POZ, pracodawców, pracowników BHP (szkolenia). Nie jest jednak jasne jaka zostanie włączona ostateczna liczba pracowników zakładów przemysłowych do programu. W projekcie pojawiają się sprzeczne informacje dotyczące liczby uczestników (10 300 os. vs. 10 000 os. w oszacowaniu kosztów). Należy wyjaśnić kwestię liczebności populacji i ujednoczyć w całym projekcie programu.

W projekcie nie określono liczebności populacji pozostałych grup włączanych do programu, tj. pracodawców, lekarzy, czy też kadry odpowiedzialnej za bhp (nie uwzględniono uwagi Prezesa Agencji z opinii nr 190/2016).

W poprzednio ocenianym projekcie programu przyjęto, że w przemyśle elektromaszynowym w województwie wielkopolskim zatrudnionych było 89 162 osoby, co stanowiło około 25,5% ogółu zatrudnionych w przemyśle tego regionu (dane GUS). Do programu polityki zdrowotnej zakwalifikowana miała zostać reprezentatywna grupa pracowników (ok. 10 300 osób) - zatrudnionych w zakładach przemysłowych na terenie województwa wielkopolskiego w wieku do około 50 roku życia. W poprzednio ocenianym projekcie, populacja, którą planowało się objąć działaniami programu, stanowiła ok. 11% całej populacji pracującej w przemyśle elektromaszynowym. W aktualnie ocenianym projekcie programu wnioskodawca nie wskazał danych demograficznych związanych z zatrudnieniem w województwie wielkopolskich.

W projekcie przedstawiono „analizę statystyczną potwierdzającą wielkość populacji docelowej”. Nie jest jasne jednak w jakim celu wskazywane są różne błędy wyniku (oscylują między 3-5%) oraz różne poziomy ufności (95% oraz 99%).

Szczegółowymi badaniami, mającymi na celu określenie patobiomechanizmu chorób przeciążeniowych układu ruchu, ma zostać objęte ok. 300 osób. Zgodnie z uwagą Prezesa Agencji wskazano uzasadnienie dla włączenia tej grupy osób do badań. Budzi jednak nadal wątpliwość fakt, że osoby pracujące w różnych zakładach pracy na różnych stanowiskach mogą uskarżać się na odmienne schorzenia. Zatem nie jest jasne czy wyznaczenia 300 os. grupy będzie reprezentatywne w przypadku gdy uczestnicy badania będą poddawani różnym badaniom (niekoniecznie tym samym u wszystkich osób). Należy pamiętać, że zmiany przeciążeniowe mogą dotyczyć różnych zakresów tj. kończyn górnych, dolnych czy też kręgosłupa. Brak będzie zatem uzasadnienia do prowadzenia np. u osoby uskarżającej się na ból kończyny górnej badań dotyczących zmian przeciążeniowych kończyn dolnych.

W obecnie ocenianym projekcie programu wskazano, że do programu nie będą włączane osoby zatrudnione na umowy cywilno-prawne. Należy pamiętać, że wobec tych osób pracodawca nie ma obowiązku prowadzenia badań wstępnych lub okresowych związanych ze stanowiskiem pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (Dz. U. 1996 nr 69 poz. 332). Warto zatem rozważyć uwzględnienie tych osób w projekcie, zamiast skupiać się wyłącznie na osobach zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, które zgodnie z prawem objęte są tego rodzaju opieką medyczną przez pracodawcę.

W obecnym projekcie uwzględniono inne kryteria wiekowe w porównaniu do jego poprzedniej wersji. Do programu mają być włączane osoby w wieku 20-60 lat. Można zatem stwierdzić, że uwzględniono uwagę ekspertów klinicznych w tym zakresie.

W projekcie nie określono dokładnych kryteriów kwalifikacji do programu, co należy uzupełnić.

Działania edukacyjno-szkoleniowe mają być prowadzone z podziałem na poszczególne grupy odbiorców tj. pracowników (wszystkich), pracodawców, inspektorów bhp, lekarzy medycyny pracy oraz POZ.

Interwencja

Interwencjami przeprowadzonymi w ramach programu mają być: analiza występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych na stanowiskach pracy, wdrożenie kompleksowych działań przyczyniających się do eliminacji występujących zagrożeń dla zdrowia w środowisku pracy oraz działania edukacyjno-informacyjne. Zakres zaplanowanych działań jest zbieżny z poprzednio opiniowaną wersją programu.

Działania edukacyjno-szkoleniowe mają być prowadzone z podziałem na poszczególne grupy odbiorców tj. pracowników, pracodawców, inspektorów BHP, lekarzy medycyny pracy oraz POZ. Działania edukacyjne są zbieżne z wytycznymi. W odniesieniu do poprzednio opiniowanej wersji programu zaplanowane działania nie uległy zmianie.

Edukacja dla pracowników (grupowa i indywidualna) ma odnosić się do 2 programów ćwiczeń: ukierunkowanego na pracowników z pełnym obrazem zmian przeciążeniowych o charakterze przewlekłym oraz pracowników z krótkim stażem pracy. W projekcie nie uzasadniono wyboru 2 programów ćwiczeń. Zaplanowano również edukację pracowników w zakresie wykonywania ćwiczeń w ramach profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej.

Zgodnie z treścią projektu zestawu ćwiczeń te mają zostać opracowane w trakcie programu. Warto, żeby programy ćwiczeń zaproponowane uczestnikom programu zostały opracowane przed programem, uwzględniając dostępne i rekomendowane metody ćwiczeń.

Cykl edukacyjny dla pracodawców ma opierać się na sporządzeniu raportu o stanie narządu ruchu pracowników skierowanych na badania okresowe i przekazanie materiałów edukacyjnych z zaleceniami dotyczącymi profilaktyki i poprawy ergonomii stanowiska pracy. W obecnej wersji programu również nie wskazano, co oznacza użyte pojęcie „badania okresowego”. Nie określono czy w ramach ustawowo zaplanowanych badań okresowych będą prowadzone badania dotyczące zmian przeciążeniowych w postaci ankiet oraz dodatkowych badań prowadzonych u 300 os. Należy tą kwestię doprecyzować i wyjaśnić.

Działaniami edukacyjnymi mają zostać objęci również pracownicy działów bhp oraz lekarze medycyny pracy i POZ, którym planowane jest rozdanie materiałów edukacyjnych (broszur). Odnosząc się do poprzedniej wersji projektu w obecnie ocenianym projekcie również nie uwzględniono pracowników pjsmp, którzy podobnie jak pracownicy działów bhp mają styczność z osobami narażonymi na działanie zmian przeciążeniowych w miejscu pracy. Do projektu programu nie dołączono wzoru broszur stąd też niemożliwa jest ich ocena.

W ramach analizy występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych na stanowiskach pracy, oprócz obserwacji stanowisk i ankiety wśród pracowników zaplanowano monitorowanie danych biomechaniczno-kinezyologicznych, antropometrycznych, fizjologicznych, elektromiograficznych przeprowadzonych w laboratorium oraz tomografii komputerowej na reprezentatywnej grupie pracowników.

Z uwagi na brak spójności w zapisach projektu związanych z włączaniem uczestników do programu (10 000 lub 10 300 os.), nie jest zatem jasne ile osób zostanie poddanych działaniu związanemu z prowadzeniem ankiet.

W projekcie nie odniesiono się do uwag związanych z:

- algorytmem postępowania u poszczególnych uczestników w zakresie wykonywania badań diagnostycznych,
- określeniem jakimi metodami mają być prowadzone poszczególne badania,
- przedstawieniem dowodów naukowych stosownych do omawianego zagadnienia,
- zasadności przeprowadzania tomografii komputerowej u ok. 300 os. jako interwencji przesiewowej. Nie odnaleziono wytycznych czy też dowodów naukowych potwierdzających skuteczność prowadzenia skriningu przy pomocy ww. metody. Również konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny pracy z woj. mazowieckiego wskazał na niezasadność powyższego badania.

W projekcie programu nie wskazano żadnych dowodów związanych ze skutecznością kliniczną (przeeglądy systematyczne, metaanalizy, wytyczne/rekomendacje) wskazanych systemów w celu wykrywania zmian przeciążeniowych narządu ruchu i pracowników przemysłowych. W ramach przeprowadzonego wyszukiwania dowodów naukowych nie odnaleziono informacji o zasadności stosowania poszczególnych metod w celu wykrywania zmian przeciążeniowych narządu ruchu i pracowników przemysłowych.

Należy podkreślić, że zasadnicza część projektu programu swoim kształtem przypomina projekt badawczy, którego prowadzenie w ramach programu polityki zdrowotnej jest nieuzasadnione. Należy mieć na uwadze, że zgodnie z definicją przedstawioną w ustawie o świadczeniach interwencji podejmowane w ramach programów polityki zdrowotnej powinny być działaniami o potwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie, których celem jest zaspokajanie potrzeb i poprawa stanu zdrowia określonej populacji. Brak jest zatem podstaw do wdrażania w ramach programów interwencji o niepotwierdzonych efektach zdrowotnych, dla których ocena z wykorzystaniem HTA i EBM jest niemożliwa.

Należy także podkreślić, że obecnie dostępny jest program związany z powrotami do pracy: „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy” opracowany przez zespół wykonawców z kliniki i przychodni chorób zawodowych oraz Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Dostępny program powinien stanowić punkt wyjścia do prowadzenia działań z zakresu ergonomii pracy, które realizowane w ramach programów polityki zdrowotnej skupiać się powinny przede wszystkim na edukacji zdrowotnej oraz profilaktyce pierwotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu przewiduje jego monitorowanie i ewaluację, jednak wymaga ono doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności oraz ocena jakości świadczeń została przedstawiona łącznie co utrudnia ocenę zasadności poszczególnych mierników. W większości wskaźniki określone w ocenie ocenianym projekcie zostały niezmienione w porównaniu do poprzedniej wersji programu (m.in. liczba uczestników biorących udział w programie, liczba osób pozytywnie oceniająca program (ankieta satysfakcji).

W przypadku oceny zgłaszalności można zaliczyć do niej jedynie wskaźnik dotyczący liczby uczestników biorących udział w programie oraz liczbę pracowników objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi.

Do oceny jakości świadczeń udzielanych w ramach programu sugeruje się zaliczyć wskaźnik odnoszący się do analizy poziomu zainteresowania programem i zadowolenia badanych osób (ankieta satysfakcji). Ta część projektu została uzupełniona o nowe wskaźniki dotyczące liczby pracowników, u których zwiększył się poziom wiedzy z zakresu profilaktyki narządu ruchu oraz liczby odbiorców akcji informacyjno-edukacyjnej - personel medyczny, lekarze POZ, pracodawcy i służba BHP, u których wzrosła wiedza z zakresu zmian przeciążeniowych narządu ruchu. Należy jednak zauważyć, że oba wskaźniki dotyczą oceny efektywności.

Głównym założeniem oceny efektywności i oceny trwałości (punkty opisane łącznie) ma być określenie czy dojdzie do zwiększenia u pracowników, pracodawców, służb BHP, personelu medycznego, lekarzy POZ wiedzy i świadomości z zakresu zmian przeciążeniowych narządu ruchu oraz zalet fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy. Niejasne jest dlaczego usunięto prawidłowy zapis dotyczący stwierdzenia, że ocena efektywności zostanie przeprowadzona po zakończeniu programu. Ponadto należy zauważyć, że nie określono innych wskaźników niż ten dotyczący osiągnięcia celu głównego. Brakuje wskazania innych wskaźników, które dotyczyłyby np. stopnia osiągnięcia celów szczegółowych.

Warunki realizacji

W obecnie ocenianym projekcie wprowadzono zmiany w porównaniu do poprzedniej wersji programu dotyczące czasu trwania poszczególnych etapów. Brak jednak dokładnego harmonogramu oraz schematu postępowania chociażby z pracownikami. Nie jest jasne jaka będzie kolejność prowadzonych badań. Wątpliwość budzi również kwestia prowadzenia ankiet, osoby za to odpowiedzialnej i czasu na nie przeznaczonego.

W projekcie nie odniesiono się do uwag z opinii Prezesa Agencji nr 190/2016 dotyczących:

- kryteriów i sposobu kwalifikacji uczestników,
- zasad udzielania świadczeń w ramach programu,
- miejsca realizacji poszczególnych interwencji,
- zasad udzielania świadczeń w ramach programu,
- zakończenia udziału w programie.

Przedstawiono koszt jednostkowy w przeliczeniu na 1 uczestnika programu wynoszący średnio ok. 582 zł na osobę. Koszt całkowity programu został oszacowany na kwotę 6 001 000 zł.

W porównaniu do poprzedniej wersji projektu nie uwzględniono uwagi związanej z brakiem określenia liczby oraz zakresu interwencji u poszczególnych uczestników programu. Niejasnym jest uwzględnienie w ramach kosztów projektu prowadzenia „badań okresowych” związanych z medycyną pracy. Sugeruje się wyjaśnienie kosztu badań okresowych tym bardziej, że zostały one oszacowane na łączną kwotę 1,2 mln zł.

Nie sprecyzowano również jakich dokładnie urządzeń mają dotyczyć koszty związane z zakupem „aparatury potrzebnej do opracowania planu prewencji pracownika” oraz „sprzętu i oprogramowania komputerowego”. Łączny koszt ma wynieść 880 tys. zł. Nie jest również jasne z jakiego powodu zwiększono koszt komputerowego wspomaganie prewencji zmian przeciążeniowych o 30 tys. zł względem poprzedniej wersji projektu.

Budzi również wątpliwość wysokość kosztu opracowania 2 programów postępowania fizjoterapeutycznego na kwotę ponad 219 tys. zł. Nie jest również jasne na jakiej podstawie określono, że w projekcie będą potrzebne 2 programy tego typu.

Koszt szkolenia lekarzy, pracowników oraz pracodawców został oszacowany łącznie (80 tys. zł za 10 szkoleń łącznie) co nie pozwala na określenie prawidłowości przyjętego kosztu. Każda grupa szkoleniowa będzie inna, zatem zakres szkolenia również powinien być dopasowany do potrzeb danej grupy przez co koszt jednostkowy szkolenia również może różnić się chociażby ze względu na liczebność grup szkoleniowych. Dodatkowo zawarto koszt związany z wynagrodzeniem wykładowców/szkoleniowców na kwotę 200 tys. zł. Wydaje się, że te koszty powinny zostać uwzględnione w koszcie szkolenia przedstawionym powyżej. Brak również określenia liczby wykładowców oraz kwot jednostkowych ich wynagrodzeń.

Wskazano koszt przygotowania billboardów informacyjnych na kwotę 141 tys. zł natomiast nie wskazano liczby billboardów jakie planuje się przygotować. Brak zatem możliwości określenia poprawności przyjętego kosztu.

Projekt ma być finansowany środkami Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Ból pochodzenia mięśniowo-szkieletowego zarówno o charakterze nawracającym, jak i przewlekłym jest zjawiskiem powszechnym. Częstość występowania poszczególnych zespołów bólowych narządu ruchu jest różna w zależności od przyczyny ich powstania. U osób dorosłych najczęściej występują: ból krzyża (30-40%), ból w obrębie obręczy barkowej (15-20%), ból kolan, zespół stawu skroniowo-żuchwowego oraz rozlany ból mięśniowo-szkieletowy (10-15%).

Do przeciążeń i uszkodzeń kręgosłupa dochodzi najczęściej na drodze nagłych urazów lub przewlekłych przeciążeń. Zmiany przeciążeniowe dotyczą w pierwszej kolejności mięśni okołokręgosłupowych, następnie tkanek miękkich biernie stabilizujących kręgi (więzadła, powięzie, torebki stawów, krążki międzystawowe), a na samym końcu struktur kostnych kręgosłupa. Ból może wystąpić na każdym etapie rozwoju choroby, wiążąc się z zaburzeniami czynnościowymi. Podkreślić należy, że możliwe są sytuacje, w których ból nie objawia się w miejscu wystąpienia przeciążenia lecz jest odczuwany w odległych miejscach ciała.

Alternatywne świadczenia

Zakres i częstotliwość badań profilaktycznych określa załącznik 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (Dz.U. 1996 nr 69 poz. 332). W ww. załączniku noszącym nazwę „Wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników”, u osób pracujących w zakładach przemysłowych w ramach badania wstępnego i okresowego należy przeprowadzić badanie ogólne neurologiczne, ortopedyczne oraz ogólne, ze zwróceniem uwagi na układ ruchu i obwodowy układ nerwowy. Po przeprowadzeniu badań ogólnych pacjent może zostać skierowany w ramach dalszej diagnostyki do odpowiednich poradni celem zdiagnozowania u niego podejrzewanych zmian w układzie mięśniowo-szkieletowym.

Większość świadczeń proponowanych w ramach programu z zakresu zmian przeciążeniowych stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych dla tych beneficjentów przez NFZ, których wykaz określają następujące rozporządzenia:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2014 poz. 1442).

Tomografia komputerowa stanowi świadczenie gwarantowane ze środków publicznych - została uwzględniona w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej wydane na podstawie art. 33g ust. 7 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2014 r. poz. 587 i 1512 oraz z 2015 r. poz. 1505). Zaznacza się w nim, że ww. interwencja może być stosowana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną

Ocena technologii medycznej

Opinie eksperckie

Programy profilaktyczne z zakresu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) odgrywają bardzo istotną rolę w polityce zdrowotnej pod warunkiem, że są ukierunkowane na eliminację udokumentowanych czynników ryzyka. Ich podstawą powinien być element edukacyjny z zakresu zdrowego stylu życia, który powinien być dostosowany do głównego schorzenia, jakim objęty będzie program. Szczegółowe zagadnienia powinny być ustalone przez konsultantów wojewódzkich z zakresu neurologii, ortopedii, reumatologii i rehabilitacji. Programy profilaktyczne z zakresu MSD powinny być finansowane ze środków publicznych, ponieważ stanowią istotny problem społeczny ze względu na zdolność do pracy (niezdolność) obciążającą ZUS, NFZ, służbę

zdrowia, niezależnie od wpływu na życie osobiste chorego związane z cierpieniem i utratą zdolności zarobkowania. W związku z faktem, że problem MSD jest bardzo wszechstronny, programy z tego zakresu muszą być realizowane (lub co najmniej koordynowane) przez ośrodki naukowe.

Programy zdrowotne z zakresu MSD wynikających z niekorzystnego środowiska pracy w pierwszej kolejności powinny być ukierunkowane na jedną grupę zawodową (najlepiej najliczniejszą i w miarę jednolitą np. pracownicy fizyczni pracujący w określonym narażeniu lub pracownicy biurowi), a następnie powinna zostać nawiązana współpraca z pracodawcami. Kolejny etap powinien zawierać następujące działania: rozpoznanie zagrożeń w konkretnych miejscach pracy (specjaliści z zakresu medycyny pracy w tym np. ergonomii), badania pracowników przez lekarza i/lub psychologa, opracowanie zaleceń naprawczych, szkolenia dla pracodawców i opracowanie dla nich materiałów informacyjnych. Należy pamiętać, że przeciążenie układu ruchu może towarzyszyć zarówno ciężkiej, jak i lekkiej pracy fizycznej - w tym pracy biurowej (powszechnie uważanej za bardzo lekką). Ponadto powszechnie występują bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego są one często związane ze stresem w miejscu pracy.

Jako wskaźniki monitorowania oraz oceny efektów programów zdrowotnych z zakresu MSD podano następujące wskaźniki: spadek ilości wizyt u lekarza i absencji w pracy, wpływ na zmniejszenie ilości rent, liczba uczestników pozytywnie oceniających szkolenie (w przypadku programów edukacyjnych), liczba pacjentów z wykrytymi nieprawidłowościami w stanie zdrowia dotyczącymi układu ruchu skierowanych do POZ, liczba osób uczestniczących w grupowych zajęciach ruchowych.

Wtórne dowody naukowe (przeglądy systematyczne metaanalizy, wytyczne kliniczne)

Nie wyodrębniono żadnej pojedynczej strategii, która byłaby skuteczna dla wszystkich rodzajów prac przemysłowych w zapobieganiu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Słabej jakości dowody naukowe wskazują na skuteczność zastosowania mechanicznych rozwiązań ergonomicznych. Niska jakość dowodów naukowych (brak RCT) wykazała, że ergonomiczne interwencje nie zmniejszyły bólu w krótkim okresie obserwacji, ale miały korzystny wpływ na zmniejszenie bólu w długotrwałej obserwacji.

Narażenie zawodowe na nadmierne wibracje, zwiększoną siłę działającą na dłonie i powtarzalność ruchów zwiększają ryzyko wystąpienia zespołu cieśni nadgarstka (ZCN). W miejscu pracy należy wdrożyć odpowiednie strategie przeciwdziałające występowaniu ZCN. Brak jest wystarczających dowodów z randomizowanych badań klinicznych określających, czy ergonomiczne wyposażenie lub prawidłowa pozycja wpływają korzystnie lub szkodliwie na proces leczenia ZCN.

Wykazano umiarkowaną skuteczność nienadzorowanych ćwiczeń fizycznych w redukcji bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa u osób wykonujących ciężkie prace fizyczne oraz zawody związane z ochroną zdrowia.

Szacuje się, że w Unii Europejskiej bezpośrednie koszty MSD dochodzą do 2% PKB. Koszty związane z bólem pleców europejskiej siły roboczej to ponad 12 mld € rocznie, natomiast RZS to ok. 45 mld € rocznie. Ponadto szacuje się, że w Wielkiej Brytanii, "MSD i choroby stawów" kosztowały *National Health Service* 186 mln funtów w 2008 roku, podczas gdy koszty opieki zdrowotnej związane z reumatoidalnym zapaleniem stawów wynosiły 560 milionów funtów rocznie, dochodząc do 1,8 mld funtów przy uwzględnieniu utraty zatrudnienia czy zwolnienia chorobowego. Również w Wielkiej Brytanii, zostało obliczone, że w roku 1998 koszty opieki zdrowotnej, opieki nieformalnej i straty produkcyjne z powodu bólu pleców wyniosły 10,67 miliardów funtów. W Holandii, roczny koszt szkód wynikających z długotrwałego obciążenia związanego z pracą to 2,1 mld €, podczas gdy roczne koszty RZS zostały oszacowane na 1,6 mld € w Irlandii i 2 mld € w Hiszpanii.

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: OT.441.67.2017, „Zmiany przeciążeniowe narządu ruchu

pracowników zakładów przemysłowych Wielkopolski – patobiomechanizm, profilaktyka, ergonomia stanowiska pracy” realizowany przez: Województwo Wielkopolskie, Warszawa, kwiecień 2017 oraz Aneksu: „Programy w zakresie zapobiegania chorobom mięśniowo-szkieletowym oraz fizjoprofilaktyki dotyczącej ergonomii pracy –wspólne podstawy oceny” z wrzesień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 99/2017 z dnia 24 kwietnia 2017 roku o projekcie programu „Zmiany przeciążeniowe narządu ruchu pracowników zakładów przemysłowych Wielkopolski – patobiomechanizm, profilaktyka, ergonomia stanowiska pracy” (woj. wielkopolskiego)