



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 54/2017 z dnia 16 marca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w
zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów
ruchu”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizacji interwencji rehabilitacyjnych w grupie dorosłych aktywnych zawodowo. Mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne (kinezyterapia, fizykoterapia, masaże) stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w połączeniu z działaniami edukacyjnymi oraz zajęciami i promocją aktywności fizycznej, stanowią one logiczną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu. Zatem zgodnie z wytycznymi dla Europejskiego Funduszu Społecznego mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępowujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy mieć jednak na uwadze, że niektóre elementy projektu wymagają korekty.

Cel główny nie budzi zastrzeżeń, cele programowe należy natomiast przeformułować. Mierniki efektywności należy uzupełnić o wskaźniki jakościowe.

Należy doprecyzować oszacowania populacji docelowej, gdyż są one niejasne. W szczególności należy określić liczbę osób, do której skierowana będzie edukacja zdrowotna.

Zaplanowane działania stanowią interwencji rekomendowane. Zaplanowana edukacja zdrowotna jest istotnym elementem programu. Sugeruje się jednak zmianę organizacji tych działań gdyż organizowanie wykładów w każdej jednostce samorządu terytorialnego nie ma uzasadnienia. Warto spotkania edukacyjne organizować zgodnie z listami chętnych, tak aby w sposób optymalny i efektywny wydatkować dostępne środki.

Rehabilitacja medyczna obejmuje świadczenia finansowane ze środków publicznych, zatem warto określić sposób postępowania umożliwiający uniknięcie podwójnego finansowania. Ponadto zaleca się dobieranie czasu i liczby spotkań indywidualnie dla uczestników, podobnie jak wybierane będą metody terapeutyczne.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą zastrzeżeń.



Oszacowania kosztowe budzą wątpliwości, gdyż w poszczególnych częściach programu podaje się inne koszty całkowite i jednostkowe. Należy doprecyzować zaplanowany kosztorys. Ponadto przy zmianie sposobu organizacji spotkań edukacyjnych należy zweryfikować oszacowania w budżecie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji medycznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi ok. 3 646 244,41 PLN, 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

Projekt programu realizuje następujące priorytety zdrowotne: zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.

Programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji. Niepełnosprawność to długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. W projekcie przedstawiono zestawienie głównych grup chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. W grupie osób dorosłych przyczyną chorób układu mięśniowo-szkieletowego są m.in. zmiany zwyrodnieniowe będące następstwem przeciążeń związanych z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka. Niemniej czynniki zawodowe to tylko jedna spośród wielu przyczyn sprzyjających rozwojowi zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego. W treści projektu programu odniesiono się do ogólnoświatowych, europejskich i lokalnych danych (za 2014 rok) dot. epidemiologii chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Przedstawiono źródło tych informacji.

Wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla rozpoznania z grupy choroby stawów w roku 2014 w województwie warmińsko-mazurskim wynosiła 1 560,3 (na 100 tys. mieszkańców) (średnia dla Polski 1 538/100 tys.) a dla rozpoznania z grupy choroby kręgosłupa – 1 578,8 (na 100 tys. mieszkańców) (średnia dla Polski 1 594,6/100 tys.). Według wstępnych danych Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS) zrealizowanego w 2014 r. 59% osób dorosłych w Polsce zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych. Najczęstszą dolegliwością były bóle dolnej części pleców.

Cele i efekty programu

Cel główny programu obejmuje zahamowanie lub ograniczenie skutków procesów chorobowych dotyczących układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa wśród populacji osób powyżej 50. roku życia w województwie warmińsko-mazurskim. Dodatkowo określono 9 celów szczegółowych. Należy zauważyć, że większość z nich stanowi działania aniżeli cele oraz zostały sformułowane zbyt ogólnie. Cele szczegółowe powinny zostać przeformułowane zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którym cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

Przedstawione mierniki efektywności wydają się być adekwatne do postawionych celów. Jednak są to tylko mierniki ilościowe. Dodatkowo warto uwzględnić np. zwiększenie lub zmniejszenie udziału w zajęciach fizycznych w życiu codziennym po zakończeniu programu, porównanie wyników

wypełnionego przez uczestnika kwestionariusza oceny zdrowia (Health Assessment Questionnaire, HAQ), zmianę jakości życia w zakresie poprawy lub braku poprawy ze strony schorzeń kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą odpowiedniego kwestionariusza, zmiany poziomu wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych dot. unikania zachowań sprzyjających urazom (np. za pomocą ankiety sprawdzającej poziom wiedzy dot. ergonomii pracy), podjęcie pracy przez uczestników programu. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określone były przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

W zakresie działań edukacyjnych program skierowany jest do aktywnych zawodowo osób w wieku produkcyjnym (18-64 lata dla mężczyzn oraz 18-59 lat dla kobiet) zamieszkujących woj. warmińsko-mazurskie.

Zgodnie z danymi w projekcie w roku 2015 populacja kwalifikująca się do włączenia do tej części programu liczyła około 593 tys. osób. Nie podano jednak informacji ile osób spośród ww. populacji docelowej, planuje objąć działaniami edukacyjnymi, co wymaga uzupełnienia. W części budżetowej w odniesieniu do działań edukacyjnych, zakłada się frekwencję na poziomie do 60%, ale tylko wśród osób aktywnych zawodowo powyżej 50. roku życia.

W zakresie interwencji rehabilitacyjnych program skierowany jest do osób w wieku 50-64 lat wśród mężczyzn oraz 50-59 lat wśród kobiet zamieszkujących woj. warmińsko-mazurskie. W uzasadnieniu wyboru wieku populacji powołano się na definicję wieku produkcyjnego wg GUS. Populacja ta została określona poprawnie w odniesieniu do określonego ustawą wieku emerytalnego oraz priorytetów inwestycyjnych (8vi – Oś 10 Regionalny rynek pracy: Działanie 10.7 Aktywne i zdrowe starzenie się, z udziałem środków finansowych Europejskiego Funduszu Społecznego – EFS).

Oszacowano, że liczebność tej grupy wynosi ok. 190 000 osób (szacunki uwzględniają współczynnik aktywności zawodowej – 74,9% dla grupy 45-54 lat). Należy wziąć pod uwagę, że ww. oszacowania dotyczą osób bez względu na występowanie choroby stawów lub schorzeń kręgosłupa. Biorąc pod uwagę współczynniki zapadalności, można wskazać, że populacja docelowa spełniająca kryteria włączenia do programu stanowić będzie ok. 5 965 osób. Działaniami programowymi planuje się objąć ok. 890 uczestników.

Kwalifikacja uczestników do programu będzie przeprowadzana na podstawie weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej stwierdzającej wady lub schorzenia kręgosłupa lub rekrutacji realizowanej przez beneficjenta stwierdzającej wady lub schorzenia kręgosłupa. W zakresie działań związanych ze wstępną oceną dolegliwości ze strony kręgosłupa, przed włączeniem danej osoby do programu, muszą zostać przeprowadzone badania w kierunku wad postawy wykonywane przez lekarza lub rehabilitanta (badanie fizykalne i przy użyciu inklinometru).

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne oraz interwencje rehabilitacyjne.

Edukacja zdrowotna została opisana w sposób poprawny, określono zakres tematyczny, wskazano również sposób prowadzenia zajęć. Edukacja stanowi dużą wartość dodaną do programu, zaś wiedza zdobyta i odpowiednio utrwalona przez uczestników może pozytywnie oddziaływać na ich zachowania w życiu codziennym. Dodatkowo w ramach programu będą prowadzone zajęcia rekreacyjno-sportowe, zachęcanie do regularnych ćwiczeń fizycznych. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły one zarówno być realizowane na sali ćwiczeń, jak i kontynuowane w warunkach domowych. Wydaje się, że opisane powyżej interwencje mogą stanowić dodatkowo promocję aktywności fizycznej wśród mieszkańców województwa – stanowi to wartość dodaną do świadczeń gwarantowanych w ramach rehabilitacji leczniczej.

Planuje się przeprowadzenie edukacji co najmniej 2 razy w roku, w każdej gminie i mieście na prawach powiatu w województwie, co daje łącznie 118 jednostek uczestniczących. Zatem w ciągu 3 lat realizacji programu odbędzie się aż 708 wykładów (po 2 w każdym roku w każdej ze 118 jst). Prowadzenie wykładów edukacyjnych w każdej jst województwa wydaje się nie mieć uzasadnienia.

Liczba wykładów, częstotliwość oraz miejsce prowadzenia powinna być dostosowana do liczby uczestników, którzy zgłoszą się na owe wykłady.

W zakresie interwencji rehabilitacyjnej planuje się przeprowadzenie porady lekarskiej rehabilitacyjnej/porady fizjoterapeutycznej, w trakcie której lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad i odpowiednie badanie przedmiotowe (fizyczne i przy użyciu inklinometru, celem wstępnej oceny dolegliwości ze strony kręgosłupa i badania w kierunku wad postawy) oraz ustali indywidualny program rehabilitacji u poszczególnych uczestników. W ramach programu przewidziane są minimalnie trzy porady fizjoterapeutyczne, Natomiast w części budżetowej wyliczono koszty dla „co najmniej 5 porad lekarskich” dla każdego uczestnika. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia i doprecyzowania.

W zakresie działań terapeutycznych możliwe będzie zastosowanie: gimnastyki korekcyjnej, zajęć ruchowych (zajęcia rekreacyjno-sportowe), zabiegów fizykalnych, masaży, kinezyterapii, terapii manualne, technik specjalnych. W projekcie nie przedstawiono opisu poszczególnych interwencji rehabilitacyjnych. Warto także wskazać, jakie dokładnie zabiegi w ramach kinezyterapii, zabiegów fizykalnych oraz masażu zamierza prowadzić w ramach programu

Należy wskazać, że świadczenia z zakresu rehabilitacji są obecnie dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych i obejmują szeroki zakres metod terapeutycznych. Należy zatem stwierdzić, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania interwencji zaproponowanych w projekcie.

W części budżetowej projektu programu, założono, że dla każdego uczestnika ma się odbyć 36 spotkań w ramach terapii indywidualnej. Odnalezione rekomendacje zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Zatem zasadnym jest się aby nie narzucać każdemu uczestnikowi sztywno przyjętej ilości i częstotliwości spotkań/zajęć.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Monitorowanie programu zostało zaplanowane poprawnie, uwzględniając ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń.

Ocena efektywności programu (ewaluacja) zawiera poprawnie określone wskaźniki. Dodatkowo zasadnym byłoby uwzględnienie także liczby i rodzaju wykrytych schorzeń kręgosłupa, podejmowania uczestnictwa w zajęciach fizycznych w życiu codziennym po zakończeniu programu, zmiany jakości życia w zakresie poprawy lub braku poprawy ze strony schorzeń kręgosłupa po uczestnictwie w programie mierzona za pomocą odpowiedniego kwestionariusza, zmiany poziomu wiedzy z zakresu umiejętności praktycznych dot. unikania zachowań sprzyjających urazom np. za pomocą ankiety sprawdzającej poziom wiedzy, dot. ergonomii pracy, liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie. Należy mieć na uwadze, że ewaluacja programu powinna być procesem długoterminowym i trwać np. kilka lat po zakończeniu programu. Proces zbierania i analizy danych został podzielony na etapy określone w czasie (co rok).

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w ramach konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Opisano także sposób realizacji działań oraz wymagania względem realizatora.

Program zawiera harmonogram planowanych działań oraz przewiduje prowadzenie działań promujących.

W projekcie określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite zaplanowanych działań. Należy zauważyć, w dwóch miejscach projektu podano dwie inne kwoty budżetu całkowitego tj. 3 646

244,41 zł oraz 3 645 975,00 zł, co należy wyjaśnić. Podobne rozbieżności występują w kosztach jednostkowych. Łączny koszt dla jednego uczestnika programu objętego terapią indywidualną określono w różnych częściach projektu na wynosił 3 937,50 zł lub 4096,90 zł.

Biorąc pod uwagę brak uzasadnienia dla prowadzenia edukacji w każdej jednostce samorządu terytorialnego na terenie województwa warto przeorganizować tą część i zorganizować szkolenia zgodnie ze zgłoszeniami na wykłady. Pozwoli to na precyzyjne określenie kosztów oraz efektywniejsze wydatkowanie środków.

Programu będzie w 85% współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji.

W grupie osób dorosłych przyczyną chorób układu mięśniowo-szkieletowego są m.in. zmiany zwyrodnieniowe będące następstwem przeciążeń związanych z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka. Niemniej czynniki zawodowe to tylko jedna spośród wielu przyczyn sprzyjających rozwojowi zespołów bólowych kręgosłupa oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (ChZK) występuje u 50% populacji powyżej 50. roku życia. Prowadzić mogą do niej długotrwałe i zwiększające się przeciążenia, na skutek nieracjonalnych form wypoczynku, niedostosowanych zgodnie z zasadami ergonomii miejsc pracy oraz unikania ćwiczeń fizycznych.

Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W ramach ubezpieczenia wypadkowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma istotne znaczenie w kwestii poprawy stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia osób niepełnosprawnych.

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.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, 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: OT.441.40.2017 „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu” realizowany przez: województwo warmińsko-mazurskie, marzec 2017 r. oraz aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 62/2017 z dnia 13 marca 2017 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu”