



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 19/2020 z dnia 8 kwietnia 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja
lecnicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji medycznej u chorych onkologicznych, która ma się przyczynić do szybszego powrotu pacjentów do pracy. Projekt został przygotowany w sposób szczegółowy. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń.

W celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Większość celów programu została sformułowana poprawnie. Jednocześnie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Należy uzupełnić program w tym zakresie.
- Interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi. Projekt przewiduje finansowanie świadczeń stanowiących świadczenia gwarantowane, a zatem konieczne jest opisanie rozwiązań, które zostaną zastosowane w celu uniknięcia podwójnego finansowania.
- Budżet wymaga weryfikacji w zakresie zgodności zawartych w nim kosztów z opisami interwencji. W treści projektu istnieją rozbieżne zapisy dotyczące liczby szkoleń umiejętności psychologicznych – w treści projektu zaproponowano 2 warsztaty po 60 lub 90 minut dla grup wielkości 6-7 osób, zaś w budżecie wskazuje się na 20 szkoleń dla 125 osób.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej zaplanowany na lata 2020-2022 z zakresu rehabilitacji po leczeniu onkologicznym, realizowany na terenie województwa zachodniopomorskiego. W zakresie rehabilitacji i edukacji wielkość populacji docelowej oszacowano na minimum 500 osób w wieku aktywności zawodowej, które zachorowały na nowotwór złośliwy i wymagają wsparcia w postaci rehabilitacji. Planowane koszty całkowite realizacji programu oszacowano na 6 395 950 zł. Program



jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. Planowany okres realizacji programu to lata 2020-2024.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt odnosi się do konkretnego i dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest rehabilitacja po chorobie nowotworowej. Wpisuje się on w priorytet zdrowotny: „rehabilitacja”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Zakres programu jest zgodny z priorytetem Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 („wsparcie procesu leczenia nowotworów oraz edukacja onkologiczna”) oraz Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (cel operacyjny A, narzędzie 3: „wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy”).

W projekcie poprawnie przedstawiono przyczyny rozwoju niepełnosprawności oraz procesy przywracające sprawności psychofizyczną i zawodową osób leczonych z powodu nowotworów. Wskazano, że głównym sposobem usprawniania osób po leczeniu onkologicznym powinna być kinezyterapia. Przedstawiono piśmiennictwo, na podstawie którego opisany został problem zdrowotny – nie budzi ono zastrzeżeń.

W treści projektu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając w sposób szczegółowy zarówno dane europejskie, ogólnopolskie, jak i z obszaru województwa zachodniopomorskiego (m.in. na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów i Mapy Potrzeb Zdrowotnych). W 2016 roku woj. zachodniopomorskie zajmowało 13. miejsce wśród województw ze względu na współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wśród mężczyzn oraz 8 miejsce pod względem wartości współczynnika zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wśród kobiet. Zapadalność w populacji mężczyzn wynosiła 411,3/100 tys., przy średniej dla Polski 443,9/100 tys., zaś wśród kobiet 418,1/100 tys., przy średniej ogólnopolskiej 411,5/100 tys.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*ułatwienie powrotu do sprawności i poprawa jakości życia co najmniej 30% chorych będących w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym poprzez zastosowanie rehabilitacji leczniczej wśród pacjentów uczestniczących w programie w latach 2020-2022*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań. Należy zaznaczyć, że program polityki zdrowotnej powinien zawierać jeden najważniejszy cel. Zawarte w zaproponowanym celu głównym określenie „ułatwienie powrotu” może sprawić trudności przy sprawozdawaniu poziomu uzyskanego ułatwienia, gdyż w szczególności nie jest ono tożsame z „poprawą sprawności”. Proszę rozważyć przeformułowanie celu głównego tak, aby odnosił się wyłącznie do zdarzeń w programie, których pomiar został zaplanowany. Jednocześnie treść projektu należy uzupełnić o uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej, tj. 30%. Warto podkreślić, że pomiar zmiany jakości życia został zaplanowany przez przeprowadzenia badania z użyciem kwestionariusza przed i po realizacji działań rehabilitacyjnych, co jest działaniem poprawnym. Jednocześnie w projekcie brak jest sposobu pomiaru „ułatwienia”, a zatem przy pozostawieniu celu głównego w obecnym brzmieniu koniecznym jest uzupełnienie projektu o stosowny miernik efektywności.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „*zwiększenie dostępu do rehabilitacji leczniczej dla co najmniej 500 mieszkańców województwa zachodniopomorskiego uczestniczących w programie w latach 2020-2022*”

- (2) „zmniejszenie częstości występowania bólu i wybranych zaburzeń czynności (tj. ograniczona ruchomość w stawach, obrzęk chłonny) u co najmniej 30% uczestników programu z ww. dysfunkcjami w latach 2020-2022”
- (3) „poprawa sprawności u co najmniej 30% uczestników programu w latach 2020-2022”
- (4) „poprawa jakości życia u co najmniej 30% uczestników w latach 2020-2022”
- (5) „wzrost poziomu wiedzy i umiejętności u 80% personelu medycznego uczestniczącego w różnych formach szkolenia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym, realizowanych w ramach programu w latach 2020-2022”

Osiągnięcie celów szczegółowych powinno stanowić element warunkujący osiągnięcie celu głównego. Cel szczegółowy 1 sformułowano jako działanie, a nie wartość stanu, do którego osiągnięcia dąży się w czasie realizacji programu. Cel szczegółowy 4 jest powieleniem celu głównego. Należy zmodyfikować treść projektu w sposób, który usunie opisane powyżej nieprawidłowości. W projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, a zatem konieczne jest uzupełnienie treści programu w tym względzie.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba uczestników programu – 500 osób”
- (2) „odsetek osób, u których zmniejszył się lub ustąpił obrzęk limfatyczny – min. 30% uczestników programu ze stwierdzonym obrzękiem limfatycznym”
- (3) „odsetek osób, u których zwiększył się zakres ruchu w obrębie stawów – min. 30% uczestników programu ze stwierdzonym ograniczeniem zakresu ruchu w stawach”
- (4) „odsetek osób, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe (tzn. odsetek osób, u których stopień nasilenia bólu oceniany przy pomocy skali NRS na zakończenie udziału w programie był niższy niż na początku – min. 30% uczestników programu”
- (5) „odsetek osób, u których stwierdzono wyższy stopień sprawności mierzonej skalą Karnofsky’ego na zakończenie udziału w programie niż na początku programu – min. 30% uczestników programu”
- (6) „odsetek osób, które lepiej oceniają jakość swojego życia niż przed udziałem w programie – min. 30% uczestników programu”
- (7) „liczba osób personelu medycznego, które zwiększyły swoje kompetencje potwierdzone uzyskaniem certyfikatu/świadectwa ukończenia kształcenia z zakresu fizjoterapii w onkologii lub psychoonkologii (ogółem oraz w podziale na rodzaj kształcenia) – min. 50 osób”
- (8) „odsetek liczby personelu medycznego, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie objętych szkoleniem – 80% uczestników szkoleń”
- (9) „liczba wykonanych świadczeń każdego rodzaju, tj. konsultacji onkologicznych, lekarskich porad rehabilitacyjnych, zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacji dietetycznych i psychologicznych, sesji psychoterapeutycznych itd.”
- (10) „liczba pacjentów, którzy zrezygnowali z udziału w programie z własnej woli”
- (11) „liczba pacjentów, którzy przerwali udział w programie z powodów zdrowotnych”

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po jego realizacji. Mierniki efektywności 1, 7, 9, 10 i 11 opisują elementy, które nie odnoszą się do celów programu, lecz bezpośrednio się do monitorowania jego realizacji. Należy także podkreślić, że wartości docelowe mierników efektywności stanowią cele

programu, zaś mierniki efektywności odnosić się powinny do sposobu obiektywnego przedstawiania zmiany za pomocą wartości liczbowych.

Populacja docelowa

Program kierowany jest przede wszystkim do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej. Liczba osób w wieku produkcyjnym wg danych GUS wynosiła w 2016 r. ok. 1,05 mln osób (61,54% mieszkańców województwa). Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych dotyczących prognozowanej chorobowości 5-letniej na nowotwory w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku, pochodzącymi z Map Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii, gdzie wskaźnik chorobowości 5-letniej w 2016 r. oszacowano na 22 tys. osób. W związku z odsetkiem mieszkańców w wieku produkcyjnym w województwie (61,54%), przyjęto, że wskaźnik chorobowości 5-letniej z przyczyn onkologicznych wyniesie 13 539 przypadków w omawianej grupie osób. Z programu będzie mogło skorzystać minimum 500 osób, co stanowić ma ok. 6,15% populacji kwalifikującej się do programu. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wykluczenia dla pacjentów. Są one sformułowane poprawnie.

Dodatkowo do programu zostaną włączeni lekarze POZ, lekarze udzielający świadczeń w zakresie rehabilitacji, fizjoterapeuci zatrudnieni w podmiotach realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza z terenu woj. zachodniopomorskiego oraz psychologowie wykonujący zawód psychologa na obszarze województwa. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w projekcie na podstawie danych z Urzędu Statystycznego w Szczecinie, w województwie zatrudnionych było 838 lekarzy POZ, 41 specjalistów rehabilitacji medycznej, 716 fizjoterapeutów z wykształceniem wyższym, 293 techników fizjoterapii oraz 140 psychologów. W ramach programu ma zostać przeszkolonych łącznie co najmniej 50 osób z wymienionych powyżej grup zawodowych, co stanowi około 2% z ogólnej liczby osób realizujących świadczenia na rzecz pacjentów onkologicznych w województwie zachodniopomorskim.

Interwencja

Wśród planowanych interwencji znajdują się:

- zindywidualizowany program rehabilitacji,
- wsparcie psychologiczne,
- edukacja uczestników,
- fakultatywnie grupowe zajęcia aktywności fizycznej,
- konsultacje dietetyczne,
- szkolenia dla personelu medycznego.

Pacjenci zakwalifikowani do programu będą mieli zapewnioną 3-krotną lekarską poradę rehabilitacyjną (przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po pierwszym i drugim turnusie rehabilitacyjnym), podczas której lekarz specjalista rehabilitacji medycznej przeprowadzi badanie fizykalne i dokona oceny psychoruchowej pacjenta oraz występujących u niego zaburzeń czynnościowych. W ramach rehabilitacji planuje się przeprowadzenie m.in. zabiegów kinezyterapeutycznych, masażu oraz fizykoterapii. W projekcie przedstawiono przykładowe zakresy świadczeń dla pacjentów z różnymi problemami onkologicznymi.

Świadczenia rehabilitacyjne udzielane w ramach Programu będą realizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności zarządzenia Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Zdecydowana większość zaproponowanych interwencji stanowi świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, a zatem konieczne jest zastosowanie rozwiązań zapobiegających wystąpieniu podwójnego finansowania. Należy uzupełnić treść programu w tym zakresie. Interwencjami planowanymi do realizacji w programie i niebędącymi świadczeniami gwarantowanymi są szkolenia dla personelu medycznego.

Program zakłada również wsparcie psychologiczne o charakterze indywidualnym i grupowym. Konsultacje indywidualne prowadzone będą przez psychologa spełniającego wymagania przedstawione w projekcie. Zapisy są zgodne z wytycznymi.

Edukacja zdrowotna dla uczestników programu prowadzona będzie indywidualnie dla każdego uczestnika programu przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. Pacjenci będą zachęceni również do podejmowania aktywności fizycznej. Należy zaznaczyć, że zakres aktywności fizycznej zalecanej w przypadku osób w trakcie i po leczeniu onkologicznym, jest dokładnie opisany w rekomendacjach PTOK 2013, do których odniesiono się w treści projektu. Fakultatywną formą wsparcia będą grupowe zajęcia aktywności ruchowej (np. yoga, body ball, choreoterapia, zajęcia nordic walking, zajęcia w wodzie). Realizator będzie mógł organizować zajęcia we własnym zakresie lub zakupić tego typu usługę dla uczestników programu. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Jedną z dostępnych interwencji będą również indywidualne konsultacje dietetyczne. Podczas konsultacji zostanie przeprowadzony szczegółowy wywiad zdrowotny i żywieniowy. Opracowane zostaną zalecenia żywieniowe, plan żywieniowy wraz z przygotowaniem jadłospisu oraz dalsze postępowanie i określony zostanie. Ocena stanu odżywienia oraz porada dietetyczna są zalecane w przypadku kobiet w trakcie oraz po leczeniu raka piersi (DSD 2017, BCCA 2012).

Prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego jest zasadne ze względu na kluczową rolę jaką odgrywają m.in. lekarze i fizjoterapeuci w opiece nad osobami chorującymi na nowotwory, wymagającymi świadczeń rehabilitacyjnych. Dla przykładu, odnalezione rekomendacje (ASBrS 2017) wskazują, że niezbędne jest prowadzenie działań edukacyjnych dla personelu medycznego w związku z udzielaniem opieki pacjentom z ryzykiem wystąpienia obrzęku limfatycznego.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie uwzględniono zarówno prowadzenie monitorowania jak i wykonanie ewaluacji programu. Założenia dotyczące monitorowania oraz ewaluacji zostały przyjęte w oparciu o „Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, co nie budzi zastrzeżeń.

Ocenę zgłaszalności zaplanowano poprawnie.

W ramach oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu, zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji uczestników oraz możliwość zgłaszania pisemnych uwag. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Przedstawiono informacje nt. personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora. Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej, edukacyjnej oraz rehabilitacji. Po zakończeniu realizowania interwencji przewidziane jest wykonanie ewaluacji programu. Organizacja programu jest poprawna.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji, które nie budzą zastrzeżeń.

Całkowity koszt programu wyniesie oszacowano na 6 395 950 zł. Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (85% wartości projektu), budżetu państwa (5%) i środków własnych beneficjenta (10%).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń dla życia Polaków. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju w ostatnim 40-leciu rosła, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu). Proces terapii nowotworów może prowadzić do ograniczenia sprawności psychofizycznej i zawodowej. Powoduje szereg zaburzeń czynnościowych, np.: ograniczenie ruchomości w stawach, osłabienie lub zanik mięśni, upośledzenie wentylacji płuc, ograniczenie sprawności fizycznej.

Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, powodując w 2016 roku 27,3% zgonów wśród mężczyzn i 24,1% zgonów wśród kobiet. Bezwzględna liczba zgonów z tej przyczyny w 2016 roku wyniosła 99 965. Są także najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet w młodszym i średnim wieku, odpowiadając za 32,2% zgonów w wieku 20-44 lata i 48,6% zgonów kobiet w wieku 45-64 lata. W populacji młodych mężczyzn (20-44 lata), nowotwory złośliwe stanowią trzecią przyczynę umieralności (9,5% zgonów), a wśród mężczyzn w wieku 45-64 lata są na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów (28,9%).

W strukturze zgonów z przyczyn onkologicznych w Polsce przeważają zgony spowodowane nowotworem płuc (29,3% zgonów wśród mężczyzn, 17,1% wśród kobiet), na kolejnych pozycjach u mężczyzn są nowotwór jelita grubego (12,4%), nowotwór gruczołu krokowego (9,4%) i rak żołądka (6,1%), a u kobiet - nowotwór piersi (14,5%), nowotwór jelita grubego (11,9%) oraz rak jajnika (5,9%).

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli pn. „Dostępność i efekty leczenia nowotworów” z 2018 roku określono, że „nie ma wyodrębnionego świadczenia kontraktowego oraz komórek organizacyjnych dla rehabilitacji onkologicznej obejmujących leczenie następstw chorób onkologicznych objawiających się różnymi dysfunkcjami różnych narządów”. Rehabilitacja onkologiczna odbywa się zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i jest finansowana w ramach umów ze świadczeniodawcami w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Koszty rehabilitacji pacjentów onkologicznych stanowiły w 2015 r. zaledwie 0,72% środków wydatkowanych na świadczenia we wszystkich zakresach rehabilitacji leczniczej. Rekomendacje NIK dotyczą zapewnienia pacjentom rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych skutków leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do pełnej sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej.

Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO z 2011 roku podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie, zaleca także udzielania świadczeń na poziomie społeczeństwa. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (CBR, ang. *community-based rehabilitation*), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób z niepełnosprawnościami, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania z niego. W ramach realizacji Planu Działań WHO na Rzecz Niepełnosprawności i Rehabilitacji na lata 2006-2011, w 2010 r. opublikowano wytyczne rehabilitacji na poziomie społeczeństwa (CBR Guidelines), których celem było m.in. udzielenia praktycznych wskazówek i podkreślenie roli rehabilitacji na poziomie społeczeństwa jako narzędzia, które kraje mogą wykorzystać w celu wdrożenia Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych; Działania podejmowane w programach ukierunkowanych na zapobieganie niepełnosprawności oraz kompleksową terapię i rehabilitację niepełnosprawnych, a także zagrożonych niepełnosprawnością osób, jak również na aktywizację i integrację społeczną osób niepełnosprawnych wynikają z zadań jednostek samorządów terytorialnych określonych w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2016 poz. 2046), ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. Zm.) oraz ustawach odpowiednich dla danych jednostek terytorialnych. Głównym celem podejmowanych działań jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz tworzenia warunków do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz do korzystania na zasadzie równości z praw

ustanowionych dla ogółu obywateli. Programy te mają również pomóc osobom niepełnosprawnym w skutecznym i efektywnym korzystaniu z usług świadczonych na terenie tych jednostek samorządu terytorialnego.

Działania te wpisują się zarówno w światową, jak i w regionalne strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych skierowanych m.in. na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu poprzez zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających im pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym oraz integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem, realizujących zapisy Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych.

Rehabilitacja stanowi integralną część leczenia chorych na raka piersi. Celem rehabilitacji psychofizycznej jest zmniejszenie niedostosowania fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego, które wynikają z choroby lub jej leczenia. Rehabilitacja fizyczna polega na usprawnianiu ruchowym chorych w okresie szpitalnym, ambulatoryjnym, sanatoryjnym i wspomagającym (np. kluby kobiet po mastektomii „Amazonki”). Do szczegółowych celów rehabilitacji fizycznej należą: uzyskanie poprawy zakresu ruchów w stawach obręczy barkowej po stronie operowanej; uzyskanie poprawy siły mięśniowej kończyny po stronie operowanej; zapobieganie wystąpieniu obrzęku limfatycznego kończyny po stronie operowanej; korygowanie wad postawy wynikłych z przebytego leczenia; leczenie zachowawcze obrzęku limfatycznego; usprawnianie chorych przed i po operacjach odtwórczych piersi.

Celem rehabilitacji psychicznej jest poprawa stanu psychicznego kobiet w trakcie i po leczeniu (szczególnie chirurgicznym, a także radioterapii i leczeniu systemowym) oraz pomoc w akceptacji zaistniałego stanu. W tym celu wykorzystuje się metody psychoterapii grupowej i indywidualnej, psychoedukacji – nauczanie radzenia sobie ze stresem, relaksacji, terapii poznawczej indywidualnej chorych i ich rodzin oraz działalność grup wsparcia. W okresie obserwacji po leczeniu pierwotnym konieczne jest zabezpieczenie możliwości usprawniania stanów związanych z chorobami współistniejącymi oraz leczenia sanatoryjnego (1 rok po zakończeniu leczenia onkologicznego, dla osób bez cech wznowy choroby – według wytycznych Konsultanta Krajowego ds. balneologii).

Alternatywne świadczenia

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych realizowana jest na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.). W przypadku pacjentów, u których stwierdzono nowotwór złośliwy realizowane są świadczenia ukierunkowane na przywrócenie sprawności narządu ruchu. Rehabilitacja lecznicza zgodnie z ww. rozporządzeniem realizowana jest w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów.

W trakcie realizacji jest „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” na lata 2016-2024, ustanowiony Uchwałą nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r., który w priorytetach uwzględnia m.in.: „Wsparcie procesu leczenia nowotworów”. Zakłada on podejmowanie interwencji mających na celu zwiększenie dostępności do metod leczenia nowotworów oraz mających na celu dążenie do opracowania i wdrożenia procedur zapewnienia jakości w terapii nowotworów. Uwzględnia działania polegające na uzupełnianiu oraz wymianie wyeksploatowanych wyrobów medycznych, a także działania nakierowane na profilaktykę III fazy, czyli zahamowanie postępu choroby oraz ograniczanie powikłań. Program przewiduje także „edukację onkologiczną”, której celem jest poprawa stanu wiedzy i umiejętności personelu medycznego oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, z zakresu diagnostyki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem programów przesiewowych i postępowania terapeutycznego.

Należy zaznaczyć, że w schorzeniach onkologicznych, w tym po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego w ramach prewencji rentowej ZUS realizowana jest rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Od 2010 r. ZUS oferuje ww. program m.in. kobietom po mastektomii. Zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej ZUS, w 2020 r. rehabilitacja w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego nie jest realizowana w żadnym ośrodku na terenie woj. zachodniopomorskiego.

Obecnie na podstawie dwóch Rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz trzech zarządzeń Prezesa NFZ realizowana jest „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”. Model opieki nad świadczeniobiorcą z diagnozą nowotworu piersi obejmuje, m.in. rehabilitację przedoperacyjną, pooperacyjną, późny okres pooperacyjny i rehabilitację wtórną wyodrębnioną w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych z PFRON.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono następujące rekomendacje kliniczne i wytyczne:

- ASBrS 2017 – American Society of Breast Surgeons
- DSD 2017 – Dutch Society of Dermatology
- LCA 2016 – London Cancer Alliance
- BCCA 2014 – British Columbia Cancer Agency
- PTOK 2013 – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

Zgodnie z zaleceniami PTOK 2013 rehabilitacja chorych na nowotwory powinna uwzględniać zasady polskiego modelu rehabilitacji – zakładające jej powszechność, wczesność, ciągłość oraz kompleksowość. Powszechność rehabilitacji w onkologii oznacza objęcie nią wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii). Zasada wczesności polega na zapoczątkowaniu rehabilitacji jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego, a nie po jego zakończeniu, co znacznie zmniejsza ryzyko powikłań i zaburzeń oraz zwiększa szanse szybszego powrotu chorych do pełnej aktywności. Zasada ciągłości zakłada kontynuację rehabilitacji nawet przez całe życie chorego i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego), co zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń czynnościowych, które są groźne nawet wiele lat po zakończeniu leczenia. Natomiast kompleksowość rehabilitacji polega na uwzględnieniu wszystkich obszarów życia człowieka (medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego). Kontynuacja rehabilitacji powinna być zapewniona nawet przez całe życie chorych.

Odnalezione wytyczne sugerują również, że zwiększanie świadomości wśród pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów nt. potrzeby i ogólnej skuteczności rehabilitacji onkologicznej jest jednym z priorytetów w zakresie wdrażania rehabilitacji po leczeniu onkologicznym/chorobie nowotworowej.

W odnalezionych rekomendacjach wskazuje się także sposoby realizacji rehabilitacji skierowanej do poszczególnych grup odbiorców. U chorych po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego ćwiczenia fizyczne powinny uwzględniać deficyty czynnościowe, zainteresowania chorych, rodzaj i lokalizację nowotworu oraz metodę jego leczenia. Intensywność ćwiczeń powinna osiągać co najmniej 1000 kcal tygodniowo lub 150–400 kcal dziennie. Ponadto wytyczne wskazują, że osoby chore na nowotwory mogą i powinny uprawiać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych we wszystkich stadiach choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia. Ćwiczenia powinny być wykonywane po zabiegu operacyjnym, w trakcie radio- i chemioterapii, zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo oraz paliatywnie (w celu łagodzenia objawów). Powinny uwzględniać możliwości oraz sprawność i wydolność chorych.

Rehabilitacja chorych na nowotwory powinna rozpoczynać się jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego. Następnie powinna być zapewniona kontynuacja rehabilitacji nawet przez całe życie chorych i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego). Rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie obszary życia człowieka (medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego).

W przypadku anemii powinna być stosowana forma interwałowa ćwiczeń, małopłytkowość jest wskazaniem do unikania urazowych form ruchu, a stan neutropenii uzasadnia ograniczenie ćwiczeń sprzyjających infekcji (np. ćwiczenia w dużych grupach, na basenie lub w ostrych warunkach klimatycznych). Do pół roku po terapii raka odbytnicy lub raka gruczołu krokowego niewskazana jest

jazda na rowerze, natomiast przetoka nerkowa stanowi przeciwwskazanie do pływania. W przypadku osłabienia struktury kości należy unikać dużych obciążeń, a w sytuacjach związanych z zaburzeniami koordynacji nie są zalecane ćwiczenia w pozycji stojącej.

W przypadku rehabilitacji chorych z obrzękiem chłonny po leczeniu najbardziej uznaną i najczęściej stosowaną metodą postępowania jest kompleksowa terapia udrażniająca obejmująca ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię, ćwiczenia ruchowe i higienę kończyny.

Przy rehabilitacji chorych z ograniczeniami ruchomości stawów po leczeniu zaleca się stosowanie podstawowe metody zwiększania ruchomości (zwłaszcza ćwiczenia rozciągające, techniki terapii manualnej i torowania nerwowo-mięśniowego). Ćwiczenia rozciągające powinny być stosowane w formie statycznej i dynamicznej.

Celem rehabilitacji psychicznej kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi jest poprawa stanu psychicznego w trakcie i po leczeniu oraz pomoc w akceptacji zaistniałego stanu. W tym celu wykorzystuje się metody psychoterapii grupowej i indywidualnej, psychoedukacji – nauczanie radzenia sobie ze stresem, relaksacji, terapii poznawczej indywidualnej chorych i ich rodzin oraz działalność grup wsparcia. W kontekście osób po leczeniu raka piersi edukacja pacjentów i samzarządzanie chorobą jest istotnym elementem procesu opieki (DSD 2017, ASBrS 2017, LCA 2016, BCCA 2014). Informowanie, instruowanie, wsparcie psychologiczne oraz zachęcanie do samodzielnej pielęgnacji są niezbędne w procesie leczenia (DSD 2017).

Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

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 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.12.2020 pn. „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” realizowany przez: województwo zachodniopomorskie, Warszawa, kwiecień 2020; Aneksu pn. „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016; Aneksu pn. „Programy w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2019; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 76/2020 z dnia 6 kwietnia 2020 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022”.