



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 225/2018 z dnia 26 listopada 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu
województwa łódzkiego” realizowanego
przez województwo łódzkie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie rehabilitacji medycznej u chorych onkologicznych, która przyczynić ma się 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. Należy jednak wskazać, że część elementów projektu wymaga doprecyzowania.

Cele programu sformułowano prawidłowo. Natomiast nie uzasadniono przyjętych wartości docelowych mierników efektywności, co wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa programu została zdefiniowana poprawnie. Natomiast wymagana jest weryfikacja liczebności populacji docelowej w odniesieniu do personelu medycznego, który będzie brał udział w działaniach edukacyjnych.

Interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi, aczkolwiek należy mieć na uwadze, że są to częściowo świadczenia gwarantowane, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie.

Budżet wymaga weryfikacji w zakresie kosztów jednostkowych poszczególnych interwencji. Ponadto należy wskazać źródło finansowania ewaluacji i monitorowania programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji po leczeniu onkologicznym. Koszty bezpośrednie realizacji programu zostały oszacowane na 17 220 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2023.

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 wpisuje się 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 Zwalczenia 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 programie precyzyjnie przedstawiono opis problemu zdrowotnego. Przedstawiono dane liczbowe dotyczące epidemiologii nowotworów w skali globalnej, krajowej i regionalnej. Odwołano się do informacji pochodzących z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w zakresie onkologii dla województwa łódzkiego, jak również danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN).

Z zaprezentowanych danych wynika, że wśród najczęściej występujących nowotworów w populacji kobiet z terenu województwa łódzkiego na pierwszym miejscu był rak piersi (24,9% zachorowań), następnie rak jelita grubego (10%) i nowotwór trzonu macicy (9,2%). W przypadku mężczyzn na pierwszym miejscu był rak prostaty (18,2%), następnie rak płuca (16,9%) oraz rak jelita grubego (13,2%). W 2015 r. woj. łódzkie zajmowało 8 miejsce wśród województw o najwyższym współczynniku zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wśród mężczyzn oraz 5 miejsce pod względem wartości współczynnika dla kobiet. Zapadalność w populacji mężczyzn wynosiła 446,4 (średnia dla Polski - 438,9), zaś wśród kobiet 438,7 (średnia ogólnopolska 411,4). Rzeczywisty współczynnik umieralności w 2015 r. w woj. łódzkim był najwyższy w kraju i wynosił - 337,52/100 tys. dla mężczyzn (średnia ogólnopolska 299,14) i 256,98 dla kobiet (średnia dla Polski 226,42).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% osób uczestniczących w Programie będących w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym, aby mogły one podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań.

Dodatkowo w projekcie określono 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie dla celu nadrzędnego („zwiększenie dostępu do rehabilitacji leczniczej dla co najmniej 2 000 mieszkańców województwa łódzkiego uczestniczących w programie w latach 2019-2023”, „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 2019-2023”, „poprawa sprawności mierzonej przy pomocy skali sprawności Karnofsky’ego u co najmniej 30% uczestników programu w latach 2019-2023”, „poprawa jakości życia mierzona przy pomocy kwestionariusza do oceny jakości życia u co najmniej 30% uczestników w latach 2019-2023”, „zwiększenie potencjału kadry medycznej w zakresie fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym poprzez objęcie różnymi formami kształcenia co najmniej 50 osób z personelu medycznego (lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów) w latach 2019-2023”). Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z zasadą SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Podsumowując, cele programowe zostały sformułowane w sposób poprawny.

W projekcie wskazano 7 mierników efektywności: „liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”, „liczba uczestników programu (wartość odniesienia: „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie”, „odsetek osób, u których zmniejszył się lub ustąpił obrzęk limfatyczny”, „odsetek osób, u których zwiększył się zakres ruchu w obrębie stawów”, „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”, „odsetek osób, u których nastąpiła poprawa sprawności (tzn. odsetek osób, u których stwierdzono wyższy stopień sprawności mierzonej skalą Karnofsky'ego na zakończenie udziału w programie niż na początku)”, „odsetek osób, które lepiej oceniają jakość swojego życia niż przed udziałem w programie” oraz „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)”. Zaproponowane mierniki efektywności odnoszą się do celów programu i powinny umożliwić pomiar efektów działań zaplanowanych w programie. Wskazano wartości docelowe mierników, wartości odniesienia oraz sposób pomiaru, przy czym nie uzasadniono założonych wartości wskaźników.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku aktywności zawodowej. Na podstawie danych GUS wskazano, że liczba osób w wieku produkcyjnym wynosiła w 2016 r. ok. 1,5 mln (60,7% mieszkańców województwa). Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych dotyczących prognozowanej chorobowości 5-letniej na nowotwory w województwie łódzkim w 2016 r., pochodzącymi z Map Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii, gdzie wskaźnik chorobowości 5-letniej w 2016 r. oszacowano na 31 tys. W związku z odsetkiem mieszkańców w wieku produkcyjnym w województwie (60,7%), przyjęto, że wskaźnik chorobowości 5-letniej z przyczyn onkologicznych wyniesie 18 817 przypadków w omawianej grupie osób. Z programu będzie mogło skorzystać minimum 2 000 osób, co stanowić ma ok. 10,6% populacji kwalifikującej się do programu.

Dodatkowo do programu zostaną włączeni lekarze udzielający świadczeń w zakresie rehabilitacji, fizjoterapeuci oraz psychologowie. W projekcie przedstawiono niespójne zapisy nt. liczby osób z personelu medycznego, które będą mogły wziąć udział w szkoleniach, co wymaga doprecyzowania.

W projekcie określono warunki kwalifikacji i wykluczenia z udziału w programie. Przedstawiono dwa możliwe sposoby kwalifikacji. Pierwszy zakłada skierowanie osoby do udziału w programie przez swojego lekarza prowadzącego, np. onkologa, chirurga onkologa, neurochirurga, ortopedę itd (na specjalnie przygotowanym druku pn.: „zalecenia udziału w programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”). Drugi - zgłoszenie się potencjalnego uczestnika do programu samodzielnie. W tym przypadku kwalifikacji dokona lekarz podczas konsultacji onkologicznej, na podstawie wywiadu, badania lekarskiego oraz przedstawionej przez pacjenta dokumentacji potwierdzającej przebieg leczenia choroby nowotworowej.

Interwencja

Wśród interwencji zaplanowano:

- szkolenia dla personelu medycznego z zakresu:
 - fizjoterapii pacjentów onkologicznych, skierowane do lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów. Tematyka: diagnostyka i ocena funkcjonalna w rehabilitacji osób z chorobami nowotworowymi; bezpieczeństwo i skuteczność metod fizjoterapeutycznych stosowanych w rehabilitacji pacjentów onkologicznych; zasady rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym; dobór różnych form aktywności ruchowej i prowadzenie zajęć rekreacyjnych z osobami po zakończonym leczeniu onkologicznym;
 - psychoonkologii dla psychologów, lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów. Tematyka: aspekty psychologiczne choroby nowotworowej o różnej lokalizacji; kryzys psychiczny wywołany chorobą nowotworową; zaburzenia seksualne i problemy w relacjach z partnerem; strategia radzenia sobie ze stresem; efektywna komunikacja pomiędzy pacjentem onkologicznym i jego bliskimi a lekarzem; wsparcie rodzinne i społeczne; terapia indywidualna i grupowa pacjenta z chorobą nowotworową; przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu członków zespołu terapeutycznego;

- edukację zdrowotną dla uczestników programu prowadzona przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. W zależności od występujących dolegliwości tematyką będzie np.: zarządzanie zmęczeniem; redukcja ryzyka złamań i upadków u pacjentów z kruchością kości; strategia postępowania z bólem; redukcja ryzyka rozwoju obrzęku limfatycznego; nauka automasażu; instruktaż postępowania w czynnościach dnia codziennego oraz nauka ćwiczeń do samodzielnego wykonania w domu. Pacjenci będą zachęceni również do podejmowania aktywności fizycznej;
- zindywidualizowany program rehabilitacji uczestników, zakładający przeprowadzenie, m.in. zabiegów kinezyterapeutycznych, masażu oraz fizykoterapii. W tabeli 1 przedstawiono zaproponowane w projekcie programu, przykładowe zakresy świadczeń dla pacjentów z różnymi problemami onkologicznymi. Wskazano jednak, że wyboru odpowiednich świadczeń dostosowanych indywidualnie do każdego pacjenta dokona lekarz podczas lekarskiej porady rehabilitacyjnej;
- wsparcie psychologiczne/psychoterapeutyczne (indywidualne konsultacje psychologiczne, psychoterapia indywidualna lub grupowa) oraz ew. konsultacja z seksuologiem;
- konsultacje dietetyczne;
- grupowe zajęcia aktywności fizycznej (np. yoga, body ball, choreoterapia, zajęcia nordic walking, zajęcia w wodzie).

W odniesieniu do szkoleń, należy wskazać, że odnalezione wytyczne (PCRR 2013) sugerują, że zwiększanie świadomości wśród pracowników służby zdrowia i pacjentów nt. potrzeby i ogólnej skuteczności rehabilitacji onkologicznej jest jednym z priorytetów w zakresie wdrażania rehabilitacji po leczeniu onkologicznym/chorobie nowotworowej.

W przypadku szkoleń dla personelu medycznego w projekcie określono wymagania dotyczące sposobu przeprowadzenia działań edukacyjnych oraz ich zakres tematyczny, jednak nie przedstawiono szczegółowego planu ww. szkoleń, co należy uzupełnić.

Edukacja zdrowotna dla uczestników programu prowadzona będzie indywidualnie dla każdego uczestnika programu przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. Pacjenci będą zachęceni do podejmowania aktywności fizycznej. Należy zaznaczyć, że zakres aktywności fizycznej zalecanej w przypadku osób w trakcie i po leczeniu onkologicznym powinien być zgodny z zaleceniami PTOK z 2013 r.

Program zakłada również wsparcie psychologiczne. Przewiduje się średnio 5 tego typu konsultacji na jednego uczestnika. Uczestnicy będą mogli korzystać z konsultacji psychologicznych również po zakończeniu cyklu rehabilitacji. Możliwe będzie uczestniczenie w psychoterapii indywidualnej lub psychoterapii grupowej obejmującej do 30 sesji psychoterapeutycznych dla jednej osoby/grupy. O liczbie sesji i grup terapeutycznych ma zdecydować realizator. Podczas interwencji psychologicznych/psychoterapeutycznych uczestnikowi programu będzie mogła towarzyszyć osoba bliska, przy czym udział tych osób nie może być dodatkowo sfinansowany ze środków przeznaczonych na realizację programu.

Zgodnie z zaleceniami PTOK celem rehabilitacji psychicznej (dot. kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi) 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.

Osoby zakwalifikowane do programu będą miały zapewnioną również lekarską poradę rehabilitacyjną, podczas której lekarz przeprowadzi badanie fizykalne i dokona oceny psychoruchowej pacjenta oraz występujących u niego zaburzeń czynnościowych. Wykonane zostaną pomiary ruchomości w stawach, pomiary wielkości obrzęków, ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali numerycznej (NRS – Numerical Rating Scale), ocena stopnia funkcjonalnej

samodzielności przy pomocy skali Karnofsky'ego oraz ocena jakości życia przy pomocy jednego z wybranych kwestionariuszy.

Podczas etapu rehabilitacji uczestników zakłada się przeprowadzenie, m.in. zabiegów kinezyterapeutycznych, masażu oraz fizykoterapii. W projekcie przedstawiono przykładowe zakresy świadczeń dla pacjentów z różnymi problemami onkologicznymi. Wskazano jednak, że wybór odpowiednich świadczeń, dostosowanych indywidualnie do każdego pacjenta, dokona lekarz podczas lekarskiej porady rehabilitacyjnej. Podstawą rehabilitacji w programie będzie kinezyterapia. W przypadku zabiegów fizykoterapeutycznych zostaną rozważone zarówno korzyści jak i ryzyko dla pacjenta. Nie będzie możliwe wykonywanie tego typu zabiegów w obrębie leczonego obszaru i przyległych kwadratów. Czas trwania rehabilitacji w ramach programu wyniesie od 10 do 30 dni zabiegowych i objemie od minimum 4 do maksimum 10 procedur dziennie, w zależności od potrzeb danego pacjenta. Po każdej serii, tj. 10 dniach zabiegowych odbędzie się lekarska porada rehabilitacyjna w celu stwierdzenia zasadności dalszej rehabilitacji oraz ew. modyfikacji planu rehabilitacji.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych/ zabiegów, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (WHO 2017, NSF 2010, VHA-DoD 2010).

Podsumowując, w ramach kompleksowej rehabilitacji medycznej w projekcie programu planuje się zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych stanowiących świadczenia gwarantowane. Trzeba zaznaczyć, że Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym (IZ RPO) jest gwarantem tego, że planowane w ramach programu świadczenia gwarantowane działania nie będą podwójnie finansowane. Zaproponowane interwencje rehabilitacyjne m.in. kinezyterapia, zabiegi fizykalne czy masaże stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. Elementami wykraczającymi poza zakres świadczeń gwarantowanych są m.in. szkolenia dla personelu medycznego.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie oraz ewaluacja zostały zaplanowane w sposób poprawny.

Ocena zgłaszalności przeprowadzona będzie na podstawie liczby: osób, które zgłosiły się do udziału w programie; osób, które zostały zakwalifikowane do programu; osób, które przeszły pełen cykl rehabilitacji; osób, które skorzystały z konsultacji psychologicznej/psychoterapii indywidualnej/grupowej; osób, które skorzystały z porad dietetycznych; osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania, z analizą przyczyn rezygnacji; lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów, którzy wzięli udział w szkoleniach (oddzielnie dla każdej grupy zawodowej) oraz form kształcenia, z których skorzystali.

Ocena jakości świadczeń zostanie przeprowadzona na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników. Przewidziano także możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu, co należy uznać za podejście prawidłowe.

Ewaluacja programu zostanie przeprowadzona w celu sprawdzenia, czy zaproponowane interwencje okazały się wystarczające dla uzyskania założonych w nim efektów. Zaplanowano analizę m.in. w zakresie wskazanych mierników efektywności. Dodatkowo zaplanowano analizę wpływu programu na dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów onkologicznych. Należy pamiętać, aby ocenę przeprowadzić zarówno przed rozpoczęciem, jak i po zakończeniu programu.

W ramach programu należałoby także analizować wskaźniki dotyczące liczby i rodzaju świadczeń rehabilitacyjnych, z których korzystają uczestnicy poza programem. Powyższe dane mogą być monitorowane na podstawie danych przekazywanych przez uczestników programu np. w ramach ankiety, lub też w oparciu o współpracę z instytucjami udzielającymi/finansującymi ww. świadczenia.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Opisano kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji programu. Wybór realizatorów odbędzie się w drodze konkursu, co jest zgodne z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ramach projektu zaplanowano również przeprowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej.

W projekcie przedstawiono sposób zakończenia udziału w programie. Uczestnik zostanie poinformowany o innych dostępnych formach świadczeń, które można uzyskać ze środków publicznych oraz otrzyma pisemne zalecenia do kontynuacji rehabilitacji domowej z wykorzystaniem ćwiczeń do samodzielnego wykonywania, których nauczy się podczas udziału w programie. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń. Uczestnicy będą mieli również możliwość zakończenia udziału na każdym etapie na swoje życzenie.

Całkowity koszt bezpośredni realizacji programu oszacowano na 17 220 000 zł. Nie oszacowano kosztu jednostkowego na uczestnika, natomiast wskazano koszty jednostkowe w odniesieniu do poszczególnych interwencji. Koszt bezpośrednio oszacowano na 14 057 000 zł, w tym koszt świadczeń zdrowotnych – 13 021 000 zł; grupowe zajęcia aktywności fizycznej – 328 000 zł; szkolenia dla personelu medycznego – 100 000 zł; koszt dojazdu niezbędnego do realizacji usługi zdrowotnej dla uczestników z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem – 195 000 zł; zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekują się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach programu, w czasie korzystania ze wsparcia – 78 000 zł; działania informacyjno-edukacyjne – 60 000 zł; finansowanie środków trwałych i cross-finansingu – 275 000 zł. Koszty pośrednie mają wynieść 3 163 000 zł (22,5% kosztów bezpośrednich), co nie jest zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Należy podkreślić, że nie jest jasne, w jaki sposób wyliczony został koszt ogółem dla cyklu rehabilitacji uwzględniającego lekarские, kontrolne porady rehabilitacyjne. Ponadto niektóre z kosztów odnoszących się do poszczególnych interwencji budzą zastrzeżenia co do oszacowanej ceny, która jest zaniżona w porównaniu z ceną rynkową. W projekcie nie przedstawiono budżetu przypadającego na poszczególne lata trwania programu. Ewaluacja programu ma zostać sfinansowana z innych środków niż przeznaczone na realizację programu, przy czym nie wskazano źródła finansowania. Wobec powyższych uwag wymagane jest zweryfikowanie budżetu pod kątem prawidłowości i kompletności względem zaplanowanych działań.

Projekt programu zakłada współfinansowanie działań w programie ze środków EFS.

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).

Oceniany program odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono podział nowotworów na nowotwory łagodne i złośliwe. Opisano również istotę prowadzenia procesów przywracających sprawność psychofizyczną i zawodową osób leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Przytoczono szereg zaburzeń czynnościowych związanych z chorobami nowotworowymi, np.: ograniczenie ruchomości w stawach; osłabienie lub zanik mięśni; upośledzenie wentylacji płuc; ograniczenie sprawności fizycznej. Odniesiono się również w sposób szczegółowy do metod leczenia nowotworów. W projekcie programu przedstawiono informacje dotyczące niepełnosprawności oraz rehabilitacji leczniczej. Wskazano, że głównym sposobem usprawniania osób po leczeniu onkologicznym powinna być kinezyterapia.

Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, powodując w 2015 roku 27,2% zgonów wśród mężczyzn i 23,6% zgonów wśród kobiet. Bezwzględna liczba zgonów z tej przyczyny w 2015 roku wyniosła 100 601. Są także najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet w młodszych i średnim wieku, odpowiadając za 35% zgonów pań w wieku 20-44 lata i 49% zgonów kobiet w wieku 45-64 lata. W populacji młodych mężczyzn (20-44 lata), nowotwory złośliwe stanowią trzecią przyczynę umieralności (9,6% zgonów), a wśród panów w wieku 45-64 lata są na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów (29,8%).

Bezwzględna liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wyniosła w 2015 roku 7 379 (4 019 przypadków zgonów wśród mężczyzn i 3 360 zgonów wśród kobiet). Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów u płci męskiej są nowotwory płuca (29,2% wszystkich zgonów), jelita grubego (13,1%) i prostaty (8,4%). Wśród kobiet najwyższą liczbą zgonów z przyczyn onkologicznych była spowodowana nowotworem płuca 16,6%, piersi (14,1%) i jelita grubego (11,8%).

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. 2013 poz. 1522). 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.

Ponadto obecnie realizowany „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” na lata 2016–2024, do którego priorytetów należą m.in.: „Wsparcie procesu leczenia nowotworów oraz „Edukacja onkologiczna”.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne m.in. Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK 2013).

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 chorych 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. Rehabilitacja powinna uwzględniać wszystkie obszary życia człowieka: medycznego oraz psychospołecznego i zawodowego.

Odnalezione wytyczne sugerują również, że zwiększanie świadomości wśród pracowników służby zdrowia 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.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.195.2018 „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego” realizowany przez: województwo łódzkie, Warszawa, listopad 2018; Aneksów „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016, „Programy w zakresie rehabilitacji psychofizycznej kobiet po amputacji piersi – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 301/2018 z dnia 26 listopada 2018 roku o projekcie programu „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa łódzkiego”.