



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 30/2020 z dnia 15 maja 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program
rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata
z terenu województwa wielkopolskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest rehabilitacja medyczna chorych onkologicznych. Projekt został przygotowany w sposób dość szczegółowy. Zaplanowane interwencje stanowią spójną całość i mogą stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń. Jednakże z uwagi na wysokie koszty realizacji programu oraz szeroką populację docelową, od autorów projektu programu polityki zdrowotnej należy oczekiwać znacznie bardziej wyczerpującego opisu.

Wobec powyższego, w celu podniesienia jakości programu w opisie projektu programu polityki zdrowotnej należy dokonać następujących zmian:

- ujęte w programie interwencje zostały zaplanowane zgodnie z wytycznymi, jednak stanowią one świadczenia tożsame ze świadczeniami gwarantowanymi. Należy przedstawić w opisie informację o działaniach, które zostaną podjęte w celu ograniczenia ryzyka podwójnego finansowania ww. interwencji;
- cele i mierniki efektywności należy przeformułować zgodnie z uwagami zawartymi w dalszej części opinii. Każdą z proponowanych wartości należy uzasadnić;
- monitorowanie oraz ewaluacja wymagają dopracowania zgodnie z uwagami zawartymi w dalszej części opinii. Te zadania w projekcie przy proponowanym budżecie stanowią istotny element, więc korzystne byłoby ich właściwe zaplanowanie i opisanie.

Dodatkowo, ze względu na wysoki budżet opiniowanego programu, szczególną uwagę należy zachować przy planowaniu i organizacji poszczególnych interwencji, aby zapewnić optymalne wykorzystanie dostępnych środków finansowych. Te działania również warto opisać w projekcie programu. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, organizacja opieki i schematy postępowania w realizacji ww. świadczeń były przedmiotem szerokiej oceny Agencji. Wówczas ocena Agencji była skoncentrowana na optymalizacji opieki



i realizacji działań w ww. obszarze. Odwołanie do wspomnianych materiałów analitycznych zostało zawarte w dalszej części opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej zaplanowany na około 3 lata z zakresu rehabilitacji po leczeniu onkologicznym, realizowany na terenie województwa wielkopolskiego. W zakresie rehabilitacji i edukacji wielkość populacji docelowej oszacowano na minimum 2 000 osób w wieku 18-64 lata, które zachorowały na nowotwór złośliwy i wymagają wsparcia w postaci rehabilitacji. Planowane koszty całkowite realizacji programu oszacowano na 14 000 000 zł. Program jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego. W przedstawionym projekcie nie wskazano lat, w jakich program będzie realizowany.

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 dnia 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 problem zdrowotny opisano w sposób zdawkowy. Uprzejmie proszę rozważyć, czy celem dalszej realizacji projektu konieczne jest ewentualne rozszerzenie tego opisu. 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 dane o sytuacji epidemiologicznej z obszaru województwa wielkopolskiego (m.in. na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów i Mapy Potrzeb Zdrowotnych).

Choroby nowotworowe są obecnie najczęstszym powodem pierwszorazowego orzekania o niezdolności do pracy w Polsce (23% ogółu pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy wydanych w 2018 roku), w tym do całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (55,7% orzeczeń w tej grupie) oraz do całkowitej niezdolności do pracy (40,6% orzeczeń). Zajmują również pierwsze miejsce wśród przyczyn dezaktywacji zawodowej z powodów zdrowotnych w populacji kobiet (28,6% orzeczeń pierwszorazowych o niezdolności do pracy wydanych kobietom).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej u nie mniej niż 30% uczestników programu, a także poprawa kondycji psychicznej i/lub poprawa stanu odżywienia u nie mniej niż 30% uczestników w okresie realizacji programu”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań. Program polityki zdrowotnej powinien zawierać jeden najważniejszy cel, zaś zaproponowane brzmienie zawiera w istocie trzy cele: poprawa sprawności funkcjonalnej, poprawa kondycji psychicznej oraz poprawa stanu odżywienia. Należy przeformułować cel główny tak, aby była możliwa jednoznaczna ocena stopnia jego realizacji. Treść projektu należy uzupełnić o uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępu do usług rehabilitacyjnych na terenie województwa wielkopolskiego dla 2 000 osób w okresie realizacji programu zdrowotnego”
- (2) „zwiększenie dostępu do usług psychologicznych na terenie województwa wielkopolskiego dla 2 000 osób w okresie realizacji programu zdrowotnego”
- (3) „zwiększenie dostępu do poradnictwa dietetycznego na terenie województwa wielkopolskiego dla 2 000 osób w okresie realizacji programu zdrowotnego”
- (4) „wzrost poziomu wiedzy u osób z otoczenia pacjenta, tj. członków rodzin/opiekunów, które wzięły udział w edukacji w ramach programu”
- (5) „wzrost poziomu wiedzy u kadry medycznej programu (fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków), która wzięła udział w szkoleniach w ramach programu”

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Cele szczegółowe nr 1, 2 i 3 nie odnoszą się do efektów uzyskiwanych dzięki przewidzianym w programie interwencjom, a zatem są sformułowane nieprawidłowo. Cele szczegółowe nr 4 i 5 nie zawierają wartości, które mają zostać uzyskane w programie. Należy przeformułować cele oraz treść projektu uzupełnić o sposób wyznaczenia podanej wartości docelowej, w tym opis w jaki sposób osiągnięcie założonych wartości celów szczegółowych będzie warunkowało osiągnięcie celu głównego.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba osób ogółem uczestniczących w programie – 2 200 osób”
- (2) „ogólna liczba uczestników korzystających z rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii w ramach programu – ok. 2 000 osób”
- (3) „ogólna liczba uczestników korzystających z poradnictwa psychologicznego i/lub psychoterapii w ramach programu – ok. 2 000 osób”
- (4) „ogólna liczba uczestników korzystających z poradnictwa dietetyka – ok. 2 000 osób”
- (5) „ogólna liczba osób z otoczenia pacjenta korzystających ze wsparcia edukacyjnego w programie – ok. 200 osób”
- (6) „liczba osób z otoczenia pacjenta, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczącej profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej po leczeniu choroby nowotworowej oraz metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywieniowego pacjentów onkologicznych – ok. 150 osób”
- (7) „liczba osób uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u której nastąpiła poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej – ok. 600 osób”
- (8) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa kondycji psychicznej mierzona testem HRQL – ok. 300 osób”
- (9) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu odżywienia po wystąpieniu objawów ubocznych długotrwałego leczenia onkologicznego podczas trwania programu zdrowotnego – ok. 300 osób”
- (10) „liczba kadry medycznej zatrudnionej przy realizacji programu, u której zwiększył się poziom wiedzy specjalistycznej – ok. 85%”

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 określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Zaproponowane mierniki

efektywności nr 1, 2, 3, 4 i 5 opisują elementy programu, które wiążą się z monitorowaniem jego realizacji, a nie z oceną efektywności interwencji. Miernik efektywności nr 6, 7, 8, 9 i 10 odnoszą się do odpowiednich celów programu, co jest prawidłowe. Należy podkreślić, że wartości docelowe stanowią cele programu, zaś mierniki efektywności powinny odnosić się do pomiaru efektów faktycznie uzyskiwanych w czasie realizacji programu.

Populacja docelowa

Program kierowany jest do mieszkańców województwa wielkopolskiego w wieku 18-64 lata w trakcie leczenia lub po przebytej chorobie nowotworowej. Dodatkowo działaniami objęte są osoby z najbliższego otoczenia pacjenta oraz w zakresie szkoleń także personel medyczny.

Liczba osób w podanym przedziale wiekowym w województwie wg danych GUS wynosiła w 2016 r. ok. 2,28 mln osób (65,4% mieszkańców województwa). Liczebność populacji docelowej oszacowano na podstawie danych dotyczących prognozowanej chorobowości 5-letniej na nowotwory w województwie wielkopolskim w 2016 roku, pochodzącymi z Map Potrzeb Zdrowotnych w zakresie onkologii. W związku z odsetkiem mieszkańców w wieku produkcyjnym w województwie (65,4%), przyjęto, że wskaźnik chorobowości 5-letniej z przyczyn onkologicznych wyniesie 17 tys. przypadków w omawianej grupie osób. Z programu będzie mogło skorzystać minimum 2 000 osób, co stanowić ma ok. 11,76% 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 fizjoterapeuci, psychologowie i dietetycy (nie wskazano liczebności), w zakresie szkoleń.

Interwencja

Wśród planowanych interwencji znajdują się:

- zindywidualizowany program rehabilitacji,
- wsparcie psychologiczne,
- konsultacje dietetyczne,
- edukacja uczestników,
- szkolenia dla personelu medycznego.

Osoby zakwalifikowane do programu będą miały zapewniony 5-dniowy cykl rehabilitacyjny. W razie potrzeby liczba cykli będzie zwiększana zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta. Podczas etapu rehabilitacji uczestników zakłada się przeprowadzenie m.in. zabiegów kinezyterapeutycznych, ćwiczeń ogólnokondycyjnych i terapii przeciwozbrękowej. Dodatkowo podczas wizyty fizjoterapeutycznej możliwe będzie np.: przeprowadzenie wywiadu; ocena ogólnej tolerancji wysiłku i wydolności (test marszu 6-minutowego); wyliczenie BMI; ocena funkcji kończyn górnych i dolnych, obwodów kończyn, równowagi, stopnia niewydolności mięśni dna miednicy. Na końcowej wizycie fizjoterapeutycznej wykonane zostaną identyczne testy, co podczas pierwszej konsultacji. Jest to działanie zasadne w celu porównania skali efektu zdrowotnego.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych „ile potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji (KK w dziedzinie rehabilitacji medycznej, 2010). Powyższe kwestie zostały uwzględnione w projekcie.

Zakończenie udziału w programie nastąpi po zrealizowaniu planu rehabilitacji. W przypadku zaistnienia potrzeby kontynuowania interwencji po zakończeniu realizacji cyklu działań oraz w przypadku, gdy dostępne będą środki finansowe, może nastąpić skierowanie beneficjenta do kolejnych działań objętych programem. Dla każdego pacjenta zostaną również opracowane zalecenia dla utrwalenia

efektów po zakończeniu PPZ. 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. Postępowanie to jest prawidłowe.

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.

Program zakłada również wsparcie psychologiczne. Uczestnicy będą mogli skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychologiem (jednogodzinne sesje raz w tygodniu przez okres 3 tygodni). Spotkania będą miały charakter psychoedukacyjny i terapeutyczny z koncentracją na emocjach. Założono również możliwość powtórzenia sesji jednokrotnie lub wielokrotnie przez jednego pacjenta, zależnie od potrzeb i dostępnych środków. W ramach PPZ będzie możliwe również uzyskanie wsparcia grupowego. Przewidziano organizację maksymalnie 4 spotkań w grupach nie większych niż pięcioosobowe dla ok. 250 osób zakwalifikowanych do części psychologicznej programu. Zapisy te nie będą zastrzeżeń.

Zgodnie z zaleceniami PTOK 2013 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. W kontekście osób po leczeniu raka piersi edukacja pacjentów i samozarządzanie 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).

Jedną z dostępnych interwencji będzie poradnictwo dietetyczne. Postępowanie zostanie dopasowane do potrzeb pacjenta i uwzględni rodzaju nowotworu, zastosowane leczenie oraz stan odżywienia. W projekcie przedstawiono szczegółowe zakresy świadczeń dietetycznych. Dla wszystkich uczestników PPZ zaplanowano konsultację wstępną, po której następuje zakwalifikowanie do jednej z dwóch ścieżek. Przewidziano również możliwość prowadzenia terapii warsztatowo-edukacyjnej dla grup maksymalnie pięcioosobowych. Zgodnie z rekomendacjami ocena stanu odżywienia oraz porada dietetyczna są zalecane w przypadku kobiet w trakcie oraz po leczeniu raka piersi (DSD 2017, BCCA 2012). Podstawowym badaniem jest pomiar masy ciała oraz wyliczenie wskaźnika BMI (DSD 2017, ASBrS 2017, PTChO/PTO/PTOK/POLSPEN 2015, PTOK 2013, BCCA 2012).

Edukacja zdrowotna dla uczestników programu prowadzona będzie indywidualnie dla każdego uczestnika programu 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. W celu utrwalenia przekazywanych informacji realizatorzy zapewnią uczestnikom programu spójne materiały edukacyjne (opracowane przez lekarzy onkologów i koordynatorów poszczególnych dziedzin rehabilitacji).

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

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Przedstawione w projekcie rozwiązania w zakresie monitorowania przebiegu programu wymaga dopracowania. Ocenę zgłaszalności zaplanowano poprawnie, jednak należy uzupełnić projekt o opis sposobu oceny jakości świadczeń.

Ewaluacja powinna opierać się o porównanie stanu sprzed wprowadzeniem działań i po zakończeniu programu. Zapisy projektu w tym zakresie odnoszą się do monitorowania jego przebiegu, a nie oceny uzyskanych efektów i ich odniesienia do założonych celów, przez co przeprowadzenie kompleksowej ewaluacji może okazać się utrudnione.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszymi etapami mają być wybór realizatora oraz akcja informacyjno-edukacyjna. Następnie zaplanowano utworzenie Centrum Referencyjnego oraz jego filii. Kolejnym etapem będzie prowadzenie kompleksowej rehabilitacji, wsparcia psychologicznego i dietetycznego. Przedstawiono szczegółowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

Realizatorem programu będzie podmiot leczniczy, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

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

Całkowity koszt programu wyniesie oszacowano na 14 000 000 zł. Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (85% wartości projektu), budżetu państwa i środków własnych beneficjenta (min. 5%).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Materiały analityczne z procesu oceny technologii medycznych w zakresie rehabilitacji leczniczej są dostępne pod adresem:

<http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5537-92-2018-zlc>

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.

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 w miarę potrzeb i możliwości powinna być zapewniona nawet przez całe życie chorych. Przy czym z czasem, zaangażowanie rehabilitowanej osoby w proces usprawniania i zachowania sprawności powinno wzrastać.

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, natomiast 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 samozarządzanie 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.441.29.2020 pn. „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” realizowany przez: województwo wielkopolskie, Warszawa, maj 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 108/2020 z dnia 11 maja 2020 roku o projekcie programu „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego”.