



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 56/2023 z dnia 9 października 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego
ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób
z chorobą onkologiczną (II)”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną (II)”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim jest rehabilitacja onkologiczna. Zakłada prowadzenie rehabilitacji medycznej u osób w wieku aktywności zawodowej, w trakcie leczenia lub po zakończonym leczeniu z powodu choroby nowotworowej. Zaplanowane interwencje stanowią całość i mogą być wartością dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń, a także wpisują się w założenia Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 oraz priorytety Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.

Podobny projekt pn. „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną” był w 2017 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał warunkowo pozytywną opinię (nr. 65/2017), a zgłoszone wówczas uwagi w znacznej części (w zakresie budżetu i celów zostały przeformułowane, pozostające zastrzeżenia opisano w dalszej części opinii) lub całości ujęto w nowej propozycji (w zakresie: populacji, interwencji, kwalifikacji uczestników). Ponadto warto dodać, że jednostka wypełniła nałożony na nią ustawowy obowiązek i przekazała raport końcowy po zakończeniu realizacji poprzedniej edycji programu. Z dokumentu tego wynika, iż cele (główny i szczegółowe) zostały osiągnięte, a wartości stopnia realizacji wahają się w przedziale 29,35-133,33%. Odnośnie mierników efektywności wskazano, że odsetek uczestników programu, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia wyrażona poprawą ogólnej sprawności lub zmniejszeniem bólu lub przywróceniem sprawności i funkcji narządów organizmu lub poprawą operatywności ośrodkowego układu nerwowego lub innych parametrów oceniających skuteczność indywidualnej rehabilitacji wyniósł 44,16%. W przedmiotowym raporcie odniesiono się także do odsetka uczestników programu, u których nastąpiła poprawa stanu zdrowia w obszarach funkcjonowania fizycznego – 42,47%, w rolach życiowych – 41,72%, emocjonalnego – 55,72%, poznawczego – 36,30%, społecznego – 44,58%. Odsetek uczestników programu, u których nastąpiła poprawa jakości życia wyniósł 57,23%.

Z uwagi na prognozowany budżet programu, a także uzyskane wyniki z wcześniejszej jego edycji, zaleca się przeanalizować i ewentualnie zweryfikować szacunki kosztowe tak, aby pozwalały na osiągnięcie maksymalnej możliwej efektywności kosztowej podejmowanych działań. Dodatkowo opiniowany dokument zawiera także uchybienia, które rzutują na jego jakość, więc ich skorygowanie jest niezbędne, aby program został pozytywnie oceniony i aby można było zrealizować go z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z tym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące celów i mierników efektywności. Jednocześnie należy przychylić się do stanowiska Rady Przejrzystości nr 163/2023 z dnia 2 października 2023 roku, o konieczności określenia w zapisach programu formy funkcjonowania Onkologicznego Centrum Rehabilitacji po zakończeniu programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji w ramach leczenia onkologicznego. Program jest skierowany do mieszkańców województwa podlaskiego, w wieku aktywności zawodowej, w trakcie leczenia lub po zakończonym leczeniu z powodu choroby nowotworowej, a w zakresie szkoleń: do fizjoterapeutów i psychologów udzielających świadczeń z zakresu onkologii oraz pracowników Punktów Informacyjno-Edukacyjnych i pracodawców. Całkowity koszt realizacji 14 996 540 zł., zaś okres realizacji to lata 2023-2027.

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 2022 r., poz. 2561 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

W opiniowanym dokumencie przedstawiono m.in. stosowane metody leczenia nowotworów, ich skutki oraz możliwe powikłania. Wskazano także na istotę prowadzenia procesów przywracających sprawność psychofizyczną, społeczną i zawodową osób leczonych z powodu nowotworów. Podkreślono, iż rehabilitacja powinna stanowić standard opieki pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych.

Należy zauważyć, że projekt jest zbieżny z celami Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030, a zakres programu jest zgodny z priorytetem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 („wsparcie procesu leczenia nowotworów oraz edukacja onkologiczna”). Ponadto dokument jest zgodny z głównym obszarem działań – rehabilitacja medyczna, wskazanym w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 80) oraz z Wojewódzkim Planem Transformacji Województwa Podlaskiego na lata 2022-2026 ustalonym przez Wojewodę Podlaskiego obwieszczeniem z dnia 17 grudnia 2021 r. (Dz. Urz. Woj. Podl. z 2021 poz. 5202).

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego. Zapisy nie budzą zastrzeżeń.

W treści projektu programu odniesiono się do ogólnopolskich i lokalnych danych dot. epidemiologii nowotworów złośliwych. Epidemiologia lokalna została przygotowana m.in. w oparciu o statystyki z Krajowego Rejestru Nowotworów i Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). W treści projektu podkreślono, że nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce po chorobach układu krążenia. W 2020 r. odpowiadały za 21,8% zgonów wśród mężczyzn (liczba bezwzględna to 54 370) i 20,0% zgonów wśród kobiet (bezwzględna 45 501), są one także najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet w młodszym (28,3 % - 20-44 lata) i średnim wieku (41,6% - 45-64 lata),

odpowiadając za 28,3% zgonów w wieku 20-44 lata i 41,6% zgonów kobiet w wieku 45-64 lata. W województwie podlaskim w 2020 r. mieszkało ponad 146 tys. osób z chorobą nowotworową, a nowych zachorowań było ok. 163,3 tys. W województwie najczęściej występowały zachorowania wśród mężczyzn na nowotwory gruczołu krokowego (21,5% zachorowań), a w przypadku kobiet był to rak piersi (24,4% zachorowań). W MPZ w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa podlaskiego wskazano m. in. na „zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu rehabilitacji”, a także iż najważniejszym „zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego”.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „ułatwienie powrotu do sprawności poprzez rehabilitację, co najmniej 10% osób uczestniczących w Programie, będących w trakcie leczenia lub po zakończonym 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. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Cel główny sformułowano prawidłowo, jednak zapisy programu wymagają uzupełnienia o uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Ponadto zasadnym byłoby aby oszacowania dla przyjętej w projekcie wartości docelowej uwzględniały doświadczenia z realizacji poprzednich edycji programu.

W projekcie zaproponowano cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępu do rehabilitacji leczniczej po chorobie onkologicznej, co najmniej 2900 mieszkańców województwa podlaskiego uczestniczących w Programie w latach 2023-2027”;
- (2) „poprawa sprawności mierzonej przy pomocy skali sprawności Karnofsky’ego, u co najmniej 30% uczestników Programu uczestniczących w rehabilitacji w latach 2023-2027”;
- (3) „poprawa jakości życia mierzona przy pomocy kwestionariusza do oceny jakości życia, u co najmniej 30% uczestników Programu w zakresie rehabilitacji w latach 2023-2027”;
- (4) „zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji po chorobie onkologicznej poprzez zwiększenie kompetencji 34 fizjoterapeutów uczestniczących w szkoleniach o tematyce usprawniania i rehabilitacji w dysfunkcjach występujących po leczeniu onkologicznym”;
- (5) „zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu psychoonkologii w województwie podlaskim poprzez zwiększenie kompetencji 17 psychologów uczestniczących w szkoleniach o tematyce zapobiegania, leczenia i profilaktyki zaburzeń psychicznych po chorobie onkologicznej”;
- (6) „zwiększenie dostępności edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki III-rzędowej chorób onkologicznych poprzez przeszkolenie co najmniej 34 osób wykonujących zawód medyczny lub zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia”;
- (7) „zwiększenie świadomości pracodawców o potrzebach osób, które zachorowały na chorobę onkologiczną i wróciły lub planują powrót do pracy, poprzez przeszkolenie co najmniej 42 pracodawców”.

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. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości. Cel nr 2 i 3 sformułowano prawidłowo. Pozostałe cele sformułowano niewłaściwie bo nie odnoszą się do efektu zdrowotnego (nr 1, 4, 5, 6), a cel nr 7 dotyczący zwiększenia świadomości jest niemierzalny. W żadnym z celów nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co wymaga skorygowania.

W związku z powyższym niezbędne jest przeformułowanie celów szczegółowych programu. Przykładowe brzmienie: „*podniesienie lub utrzymanie wysokiego (do określenia przez wnioskodawcę) poziomu wiedzy u co najmniej ...% fizjoterapeutów, włączonych do programu, na temat usprawniania i rehabilitacji w dysfunkcjach występujących po leczeniu onkologicznym*”; „*podniesienie lub utrzymanie wysokiego (do określenia przez wnioskodawcę) poziomu wiedzy u co najmniej ...% psychologów, włączonych do programu, w zakresie zapobiegania, leczenia i profilaktyki zaburzeń psychicznych po chorobie onkologicznej*”; „*podniesienie lub utrzymanie wysokiego (do określenia przez wnioskodawcę) poziomu wiedzy u co najmniej ...% osób wykonujących zawód medyczny lub zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia, włączonych do programu, z zakresu profilaktyki III-rzędowej chorób onkologicznych*”; „*podniesienie lub utrzymanie wysokiego (do określenia przez wnioskodawcę) poziomu wiedzy u co najmniej ...% pracodawców, włączonych do programu w zakresie potrzeb osób, które zachorowały na chorobę onkologiczną i wróciły lub planują powrót do pracy*”. Jednocześnie wartości docelowa musi być określona i uzasadniona przez wnioskodawcę.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „*liczba uczestników Programu*”;
- (2) „*liczba uczestników Programu, którzy skorzystali z rehabilitacji*”
- (3) „*odsetek uczestników Programu, u których nastąpiła poprawa sprawności ruchowej wyrażona w skali Karnofsky’ego po zakończeniu udziału w interwencjach*”;
- (4) „*odsetek uczestników Programu, u których nastąpiła poprawa jakości życia*”;
- (5) „*liczba fizjoterapeutów, którzy w okresie realizacji Programu podnieśli swoje kompetencje zawodowe*”;
- (6) „*liczba psychologów, którzy w okresie realizacji Programu podnieśli swoje kompetencje zawodowe*”;
- (7) „*liczba pracowników Punktów Informacyjno-Edukacyjnych, którzy w okresie realizacji Programu podnieśli swoje kompetencje zawodowe*”.

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. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Większość zaplanowanych wskaźników sformułowano prawidłowo. Wskaźniki (nr 1 i 2) nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast odnoszą się do oceny zgłaszalności i mogą zostać wykorzystywane w ramach monitorowania, a nie w ocenie efektywności.

Biorąc pod uwagę, że w dokumencie nie wskazano planowanego sposobu pomiaru kompetencji, zasadne byłoby przeformułowanie mierników efektywności odnosząc je do podniesienia poziomu wiedzy, tj. „*liczba fizjoterapeutów, u których w okresie realizacji programu doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy na temat usprawniania i rehabilitacji w dysfunkcjach występujących po leczeniu onkologicznym*”; „*liczba psychologów, u których w okresie realizacji programu doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania, leczenia i profilaktyki zaburzeń psychicznych po chorobie onkologicznej*”; „*liczba osób wykonujących zawód medyczny lub zawód mający zastosowanie w ochronie zdrowia, u których w okresie realizacji programu doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki III-rzędowej chorób onkologicznych*”; „*liczba pracodawców, u których w okresie realizacji programu doszło do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy na temat potrzeb osób, które zachorowały na chorobę onkologiczną i wróciły lub planują powrót do pracy*”.

Podsumowując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności programu wymaga korekty.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do mieszkańców województwa podlaskiego w wieku aktywności zawodowej, w trakcie leczenia lub po zakończonym leczeniu z powodu choroby nowotworowej. Na podstawie danych GUS, wyników reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) a także założeń dotyczących prognozowanej zapadalności na nowotwory w województwie podlaskim w 2022 r., pochodzącymi z MPZ na lata 2022-2026 oszacowano populację docelową na 8,15 tys. osób chorych. Zaznaczono, że z programu w ramach interwencji rehabilitacji będzie mogło skorzystać minimum 2 900 mieszkańców województwa podlaskiego, tj. 21,4% zakładanej populacji. Ponadto wskazuje się, że populację objętą szkoleniami będą stanowili fizjoterapeuci (34 osoby) i psychologowie (18 osób) udzielający świadczeń w zakresie onkologii oraz osoby, które będą zakwalifikowane do szkoleń dla pracowników Punktów Informacyjno-Edukacyjnych (34 osoby) i pracodawcy (42 osoby).

W dokumencie określono kryteria włączenia i wyłączenia do programu w zależności od etapu realizowanej interwencji, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Interwencja

W programie planowane jest utworzenie Onkologicznego Centrum Rehabilitacji (OCR) (etap I), działania szkoleniowe i edukacyjne dla kadry realizującej program (II etap), interwencje rehabilitacyjne (III etap).

Etapi I to utworzenie OCR, którego zadaniem będzie realizacja działań administracyjnych programu, koordynacja poszczególnych etapów zaplanowanych w programie oraz przeprowadzanie działań informacyjno-edukacyjnych. Centrum będzie także odpowiedzialne za opracowanie oraz zamieszczenie na stronie internetowej treści informacyjnych i edukacyjnych, które będą wspierały pacjenta onkologicznego w procesie rehabilitacji – m.in. filmów edukacyjnych, narzędzi edukacji zdrowotnej, narzędzi samokontroli. Podkreślono, że treść merytoryczna materiałów edukacyjnych będzie opracowana przez zespół Onkologicznego Centrum Rehabilitacji. Dodatkowo materiały będą dostosowane w zakresie treści do trzech grup odbiorców – uczestników etapu III, pracowników Punktów Informacyjno-Edukacyjnych (PIE), pracodawców.

Działania szkoleniowe i edukacyjne dla kadry realizującej program to II etap. W dokumencie wskazuje się, że szkolenia dla fizjoterapeutów mają za zadanie podnieść wiedzę i praktyczne umiejętności z zakresu postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów onkologicznych. Obejmą one m.in. tematykę diagnostyki oraz oceny funkcjonalnej w rehabilitacji osób z chorobami nowotworowymi. Szkolenia dla psychologów mają podnieść poziom wiedzy w zakresie udzielania wsparcia psychologicznego pacjentom onkologicznym. Będą one uwzględniać tematykę m.in. dotyczącą aspektów psychologicznych choroby nowotworowej o różnej lokalizacji, kryzysu psychicznego wywołanego chorobą nowotworową. Ponadto w ramach programu będą organizowane szkolenia dla pracowników PIE. Ich cel to przekazanie potencjalnym uczestnikom programu w szczególności celu prowadzonych interwencji, sposobu realizacji programu, kryteriów włączenia do udziału w programie. W ramach działań szkoleniowych zaplanowano także szkolenie dla pracodawców, których celem będzie zwiększenie świadomości pracodawców w kwestii zdrowia i powrotu do pracy po chorobie onkologicznej pracowników.

W etapie III przewidziano następujące formy rehabilitacji: rehabilitacja indywidualna, rehabilitacja grupowa ambulatoryjna, rehabilitacja grupowa stacjonarna, rehabilitacja indywidualna psychologiczna, rehabilitacja grupowa psychologiczna, rehabilitacja społeczna. W ramach programu dla każdego uczestnika zostanie przygotowany indywidualny plan rehabilitacyjny. Indywidualny plan rehabilitacji będzie skonstruowany, a jego skuteczność kontrolowana przy użyciu skali Karnofsky'ego. Jakość życia uczestnika natomiast zostanie zbadana przy użyciu dedykowanego kwestionariusza oceny jakości życia, indeksu jakości życia Spitzera lub rotterdamskiej listy objawów (RSCL), bądź kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ-C30. Planowane interwencje z zakresu rehabilitacji fizycznej, psychologicznej i społecznej będą ukierunkowane na zapobieganie późnym następstwom leczenia onkologicznego, przywracanie utraconej sprawności psychofizycznej, oraz mają pozwolić uprawdopodobnić powrót do pełnej aktywności życiowej, zawodowej i społecznej.

Projekt programu zakłada świadczenia, których część finansowana jest ze środków publicznych. Należy podkreślić, że działania z zakresu szkoleń, edukacji czy też wsparcia psychologicznego stanowią wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu.

Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

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.

Ocena zgłaszalności do programu będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu na podstawie informacji o zgłaszalności i frekwencji w poszczególnych działaniach przy wykorzystaniu wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu. Zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji, jednak nie załączono wzoru takiej ankiety co wymaga uzupełnienia.

Po zakończeniu realizacji, program zostanie poddany ewaluacji w celu sprawdzenia, czy zaproponowane interwencje okazały się wystarczające dla uzyskania założonych w nim efektów. Podkreślono, że w ramach ewaluacji oceniony zostanie także wpływ programu na dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów onkologicznych. W dokumencie wskazano, iż ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu przed wprowadzenia interwencji w ramach programu i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem mierników efektywności wskazanych w projekcie programu. Niemniej należy podkreślić, że w punkcie dot. mierników efektywności część wskaźników sformułowano niewłaściwie, w związku z tym kompleksowa ocena efektywności podejmowanych działań może okazać się utrudniona.

Warunki realizacji

Projekt zawiera szczegółowy opis planowanych działań, z podziałem na poszczególne jego etapy. Wskazano warunki niezbędne do realizacji świadczeń tj. dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W dokumencie opisano sposób zapraszania uczestników, zasady udzielania świadczeń oraz sposób zakończenia udziału w programie.

Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy.

W treści projektu programu przedstawiono koszty jednostkowe: 1 907 160 zł – etap I., 375 400 zł – etap II., 11 341 100 zł – etap III. Uzupełnienia wymaga podział kosztów ze względu na lata realizacji.

Całkowity koszt realizacji oszacowano na 14 996 540 zł.

Program będzie finansowany z budżetu: województwo podlaskie, środki Unii Europejskiej.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby nowotworowe stanowią obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonów. Są one także jedną z przyczyn niepełnosprawności i utraty zdolności do pracy. W latach 2016-2029 zgodnie z prognozami Map Potrzeb Zdrowotnych przewidywany jest ciągły wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. Prognozuje się, że w roku 2029 liczba nowych zachorowań wyniesie 213 140.

Alternatywne świadczenia

Porada lekarska rehabilitacyjna udzielana dorosłym i dzieciom, obejmuje wybrane procedury zgodnie z aktualną wiedzą medyczną: ogólną ocenę stanu zdrowia – badanie ogólnolekarskie; skierowanie na konsultację i badania dodatkowe; określenie zakresu ruchu w stawach; testy czynnościowe; ocenę aktywności ruchowej mierzalnym wskaźnikiem odpowiednio do rozpoznania; ocenę czucia powierzchownego i głębokiego; ocenę odruchów ścięgnisto-okostnowych; pomiar długości kończyn i obwodów; ocenę chodu i lokomocji; ocenę samoobsługi i samodzielności; ocenę deformacji i zniekształceń; ocenę deformacji, cech dysmorfii ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych; ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, ocenę spastyczności; badania przesiewowe w kierunku depresji; badanie fizykalne dla potrzeb rehabilitacji; interpretację badań diagnostycznych i obrazowych; ocenę bezpieczeństwa i ryzyka upadku; planowanie i koordynowanie programu rehabilitacji; punkcje lecznicze i iniekcje dostawowe; zlecenie na wyroby medyczne; zaplanowanie postępowania rehabilitacyjnego (ustalenie programu usprawnienia leczniczego); skierowanie na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe; końcową ocenę procesu usprawniania.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje: zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem i po zakończeniu fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii. Fizjoterapia ambulatoryjna odbywa się na podstawie zlecenia wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą być także realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową jest wystawione m.in. przez: lekarzy oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych. W przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Celem rehabilitacji jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpoczęta zostanie rehabilitacja, tym lepsze efekty można uzyskać. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób: ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego; pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS.

Ocena technologii medycznej

Niezależnie od jednostki chorobowej wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także jej ciągłość.

Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja medyczna daje szansę nauczenia i zachęcenia do pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej z 2013 r. 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).

Rehabilitacja 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.

Rehabilitacja chorych z obrzękiem chłonnym po leczeniu

Najbardziej uznaną i najczęściej stosowaną metodą postępowania jest kompleksowa terapia udrażniająca obejmująca ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię, ćwiczenia ruchowe i higienę kończyny.

Rehabilitacja 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.

Rehabilitacja chorych z zaburzeniami czynności płuc po leczeniu

Ze względu na zróżnicowany przebieg zaburzeń wentylacji płuc po leczeniu nowotworów złośliwych rehabilitacja oddechowa zawsze powinna być poprzedzona badaniem czynnościowym układu oddechowego i ustaleniem charakteru zaburzeń, od których zależą metody rehabilitacji.

Zalecenia dot. ćwiczeń fizycznych u chorych na nowotwory

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.

Zalecenia dot. fizykoterapii i masażu u chorych na nowotwory

Decyzja o zastosowaniu zabiegów fizykalnych lub masażu u osób leczonych z powodu chorób nowotworowych powinna być podjęta bardzo rozważnie i uwzględniać zarówno korzyści, jak i ryzyko.

Decyzja o zastosowaniu fizykoterapii musi także uwzględniać czas po zakończeniu leczenia nowotworu. Przyjmuje się zazwyczaj 5 lat jako względnie bezpieczny okres, po upływie którego czynniki fizykalne mogą być stosowane u osób po leczeniu nowotworów złośliwych.

Rehabilitacja uzdrowskowa chorych na nowotwory

Obowiązujące poglądy wskazują na możliwość stosowania rehabilitacji uzdrowskowej w przypadku większości nowotworów dopiero po roku od zakończenia leczenia (w przypadku niektórych nowotworów nawet dopiero po 5 latach).

Realizacja programów treningu fizycznego w warunkach uzdrowskowych nie powinna budzić zastrzeżeń, to korzystanie z zabiegów przyrodoleczniczych musi być bardzo ostrożnie rozważone.

Rehabilitacja chorych po leczeniu operacyjnym

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania powikłaniom po leczeniu jest wczesna rehabilitacja (poziom wiarygodności 2+, stopień rekomendacji C), która powinna być prowadzona przez cały czas pobytu chorego w szpitalu i obejmować fizjoterapię klatki piersiowej, ćwiczenia i zabiegi przeciwzakrzepowe, ćwiczenia utrzymujące poziom sprawności fizycznej oraz ćwiczenia samoobsługi.

Rehabilitacja chorych podczas radioterapii i/lub chemioterapii

W przypadku radioterapii i/lub chemioterapii należy wykonać nową ocenę czynnościową, taką jak przed zabiegiem operacyjnym (poziom wiarygodności 2+, stopień rekomendacji C). Rehabilitacja powinna być prowadzona w trakcie i po zakończeniu radioterapii, a jej cele i metody zależą od wskazań oraz okresu radioterapii.

Zgodnie z przyjętymi standardami diagnoza powinna być kompleksowa i opracowana przez zespół specjalistów; powinny wynikać z niej szczegółowe wskazania, a także przeciwwskazania oraz ocena ryzyka powikłań, które należy uwzględnić podczas konstruowania programów pracy z chorym.

Niezależnie od stosowanej interwencji powinno się zapewnić beneficjentowi dobrej jakości informacje na temat schorzenia oraz jego wpływu na życie, dostępnych opcji terapeutycznych oraz potencjalnych korzyści. Beneficjent powinien otrzymać także informacje nt. ryzyka każdej z interwencji oraz informacje o innych dostępnych formach wsparcia. Przekazywanie wyżej wymienionych informacji powinno odbywać się w przystępnej i przyswajalnej formie.

Zalecenia są zgodne, że przy ocenie stanu pacjenta należy uwzględnić ocenę w kierunku występowania niepokoju i depresji, a wszystkie osoby przejawiające objawy znacznego niepokoju czy depresji, powinny być skierowane do odpowiednio wykwalifikowanego specjalisty na ocenę, a następnie poddani leczeniu zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Pracownicy medyczni powinni uwzględniać szersze pojęte potrzeby zdrowotne i socjalne, które mogą obejmować identyfikację i rozwiązanie kwestii ekonomicznych i mieszkaniowych, prawo socjalne oraz pomoc społeczną. Lekarze powinni ocenić prawdopodobną skalę tych potrzeb, przy planowaniu w jaki sposób ich świadczenia zaspakajają potrzeby lokalnej społeczności.

Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy.

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.54.2023 „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną (II)” realizowany przez: Województwo Podlaskie; data ukończenia raportu: wrzesień 2023 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 163/2023 z dnia 2 października 2023 roku o projekcie „Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną (II)”