



Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022

Podstawa prawna realizacji Programu:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 poz. 1793 z późn. zm.)

Katowice, 2018



Fundusze
Europejskie



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Nazwa Programu:

Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022

Okres realizacji Programu: 2019-2022

Podstawa prawna realizacji Programu:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 poz. 1793 z późn. zm.)

Autorzy Programu:

Samorząd Województwa Śląskiego

przy współpracy z ekspertami:

prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki

mgr Karolina Sobczyk

dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki

dr hab. n. o zdrowiu Piotr Romaniuk

Dane kontaktowe:

Zarząd Województwa

ul. Ligonia 46

40-037 Katowice

telefony: +48 (32) 20 78 290, 287

faxy: +48 (32) 20 78 291

Data opracowania Programu: *data akceptacji III etapu umowy*

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	4
I. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1. Problem zdrowotny	5
2. Epidemiologia	15
3. Obecne postępowanie.....	30
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	35
II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności.....	40
1. Cel główny	40
2. Cele szczegółowe	40
3. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej.....	40
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu polityki zdrowotnej	42
1. Populacja docelowa.....	42
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej	44
3. Planowane interwencje.....	46
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu polityki zdrowotnej ...	56
5. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej.....	57
IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej	58
1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	58
2. Warunki organizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	58
V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu polityki zdrowotnej	60
VI. Budżet Programu polityki zdrowotnej	62
1. Koszty jednostkowe	62
2. Koszty całkowite	63
3. Źródło finansowania, partnerstwo	65
Spis rycin.....	66
Spis tabel	66
Bibliografia.....	67

Wykaz skrótów

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

CRTTH - chemioradioterapia

CTH - chemioterapia

ET-KT - pozytonowa tomografia emisyjna połączona z tomografią komputerową

EUS – ultrasonografia endoskopowa

GUS – Główny Urząd Statystyczny

ICD-10 – International Classification of Diseases (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)

KRN – Krajowy Rejestr Nowotworów

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

NPZChN - Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych

PET-KT – Pozytonowa tomografia emisyjna połączona z tomografią komputerową

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PTOK - Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

RehL – Rehabilitacja Lecznicza

RM – rezonans magnetyczny

RTG – badanie rentgenowskie

RTH - radioterapia

TK – tomografia komputerowa

TNM (tumor, nodes, metastases) – system klasyfikacji zaawansowania nowotworów

UICC - Union for International Cancer Control (Międzynarodowa Unia do Walki z Rakiem)

USG - ultrasonografia

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zagrażających życiu Polaków, a ich rosnąca w ciągu ostatnich czterech dekad liczba bezwzględna jest głównie wynikiem procesu starzenia się populacji oraz wzrostu narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (w tym m.in. palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, otyłość). Ponadto, zgodnie z szacunkami epidemiologicznymi, w ciągu najbliższych dekad trend wzrostowy, zarówno w odniesieniu do zapadalności jak i umieralności, zostanie zachowany (w tym głównie w grupie wiekowej powyżej 65r.ż.)¹. W populacji polskiej w roku 2015 odnotowano łącznie ponad 163 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe (w tym ok. 12,8% w woj. śląskim) oraz ponad 100 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 11,7% w woj. śląskim)².

Choroby nowotworowe układu pokarmowego stanowią rozbudowaną kategorię o złożonej etiologii i zróżnicowanym obrazie klinicznym. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 choroby zaliczane do tej grupy dzieli na 2 główne kategorie (Tabela 1), obejmujące łącznie 27 jednostek chorobowych. W kontekście zapobiegania niepełnosprawności i wykluczeniu z rynku pracy, choroby te należy rozpatrywać przede wszystkim w odniesieniu do ich wpływu na obniżenie sprawności psychofizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego.

Tab. 1. Choroby nowotworowe układu pokarmowego wg klasyfikacji ICD 10.

Rozdział II - Nowotwory	
Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła (C00–C14)	
C00	Nowotwór złośliwy wargi
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	Nowotwór złośliwy migdałka
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła

¹ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].

² Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów [onkologia.org.pl; dostęp: 18.01.2018r.]

Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego (C15–C26)	
C15	Nowotwór złośliwy przełyku
C16	Nowotwór złośliwy żołądka
C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego
C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C25	Nowotwór złośliwy trzustki
C26	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu pokarmowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

Nowotwory zlokalizowane w obrębie układu pokarmowego są niezwykle istotnym problemem epidemiologicznym, stanowiąc w województwie śląskim 24% zachorowań na nowotwory ogółem oraz pozostając przyczyną ponad 32% zgonów z przyczyn nowotworowych ogółem (dane za rok 2015)³. W związku z faktem, iż jak wskazano powyżej, grupa ta składa się z 27 jednostek chorobowych, w opisie problemu zdrowotnego skupiono się na przedstawieniu tych o największym rozpowszechnieniu w populacji docelowej (C15, C16, C18-C21, C25), tj. stanowiących w roku 2015 ponad 78% przypadków nowych zachorowań oraz ponad 77% przyczyn zgonów w omawianej grupie. Ponadto dokonano skrótego przedstawienia nowotworów jamy ustnej (C01-C06) jako najczęściej występujących nowotworów z podgrupy C00-C14⁴.

1.1 Rak jelita grubego (C18-C21)

Nowotwór jelita grubego to nowotwór występujący w obrębie okrężnicy (C18), zgięcia esiczo-odbytniczego (C19), odbytnicy (C20), a także odbytu i kanału odbytu (C21)⁵. Nowotwory jelita grubego znajdują się na 1 miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów układu pokarmowego w populacji województwa śląskiego w roku 2015. W analizowanym okresie odnotowano 2285 nowych zachorowań w omawianej lokalizacji, w tym 1388 nowotworów okrężnicy (60,7%), 709 nowotworów odbytnicy (31%), 141 nowotworów zgięcia esiczo-odbytniczego (6,2%) oraz 47 nowotworów odbytu i kanału odbytu (2,1%)⁶.

³ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

⁴ Ibidem.

⁵ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

⁶ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

Nowotwór złośliwy jelita grubego powstaje zwykle na podłożu polipów gruczolakowatych. Zdecydowaną większość przypadków (65-85%) stanowią nowotwory sporadyczne, pozostałe to te występujące rodzinnie⁷. Wśród czynników ryzyka zachorowania wymienia się m.in.^{8,9}:

- epidemiologiczne - wiek (ok. 83% przypadków występuje u osób w wieku 60 lat i starszych), rasa biała;
- związane ze stylem życia – dieta bogata w nasycone kwasy tłuszczowe i/lub uboga w błonnik i wapń, brak aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, otyłość;
- jelitowe (m.in. uwarunkowane genetycznie zespoły chorobowe, rak jelita grubego w wywiadzie rodzinnym wśród krewnych 1 stopnia przy braku ww. zespołów, dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością, polipy gruczolakowe lub rak jelita grubego w wywiadzie, stany zapalne jelit w wywiadzie),
- mieszane (przebycie radioterapii lub cholecystektomii, obecność ureterosigmoidostomii).

Wśród objawów nowotworu jelita grubego, w zależności od jego lokalizacji i stopnia zaawansowania, mogą pojawiać się: krwawienie utajone, bóle brzucha, zmiana rytmu wypróżnień, krwawienia jawne, spadek masy ciała, niedokrwistość, wyczuwalne guzy, brak łaknienia, gorączka oraz niedrożność jelita. Dodatkowo, w badaniach laboratoryjnych, mogą występować podwyższone stężenia CEA, niedokrwistość mikrocytarna oraz pozytywny wynik testu na obecność krwi utajonej w kale. Podstawę diagnostyki omawianej grupy nowotworów stanowi endoscopia (sigmoidoskopia, rektoskopia, kolonoskopia), umożliwiającą wykrycie guza, pobranie wycinków oraz kontrolę pozostałej części jelita. Dodatkowo, oceniając zaawansowanie zmian, stosuje się m.in. badanie USG, TK jamy brzusznej i miednicy, rentgenogram i/lub TK klatki piersiowej, EUS, RM oraz PET-KT. Klasyfikacja zaawansowania raka jelita grubego, w przypadku okrężnicy lub odbytnicy, opiera się na systemie TNM według UICC (*Union for International Cancer Control*)¹⁰.

W terapii chorych na nowotwory jelita grubego stosuje się leczenie operacyjne, chemioterapię i/lub radioterapię. W zależności od stopnia zaawansowania raka okrężnicy i możliwości technicznych zabiegu, leczenie chirurgiczne może polegać m.in. na resekcji fragmentu jelita z regionalnymi węzłami chłonnymi, wycięciu odcinkowym jelita

⁷ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

⁸ Ibidem.

⁹ NICE Clinical Guideline [CG131], Colorectal cancer: the diagnosis and management, November 2011 [nice.org.uk; dostęp: 18.01.2018r.].

¹⁰ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

z jednoczesną lub następową resekcją zmian w wątrobie lub płucach, a także na resekcji stosowanej jako metoda paliatywna (przy zmianach trwale nieoperacyjnych). W niektórych przypadkach nowotworów okrężnicy oraz odbytnicy, w ramach postępowania terapeutycznego, konieczne jest wytworzenie sztucznego połączenia między światłem jelita a powłokami jamy brzusznej (stomii). Coraz częściej, zwykle wśród pacjentów z małym stopniem zaawansowania nowotworu, stosuje się także laparoskopowe usunięcie okrężnicy. CTH, będąca leczeniem uzupełniającym, stosowana jest zwykle w przypadkach III stopnia zaawansowania nowotworu okrężnicy, pod warunkiem braku przeciwwskazań. W II stopniu zaawansowania jej stosowanie zależne jest od współistnienia czynników większego ryzyka wznowy (np. liczba usuniętych węzłów chłonnych <12 lub duży stopień złośliwości histologicznej). Ponadto CTH zawierająca fluorouracyl stosowana jest u pacjentów z nieoperacyjnym guzem, zlokalizowanym zarówno w okrężnicy, jak i w odbytnicy¹¹. W przypadku nowotworu odbytnicy leczenie pacjentów, poza chirurgicznym (zależnym od umiejscowienia zmiany w odcinku jelita grubego od brzegu odbytu), wymaga także uwzględnienia RTH. Dodatkowo należy podkreślić, iż wykazuje się przewagę przedoperacyjnej RTH nad pooperacyjną, a zastosowanie drugiej z wymienionych lub CRTTH, stanowi postępowanie z wyboru u chorych leczonych w sposób skojarzony. RTH stosowana jest także jako terapia paliatywna. Niezwykle istotna jest obserwacja pacjenta po leczeniu celem wczesnej diagnozy ewentualnych nawrotów choroby¹².

Rokowanie w przypadku nowotworów jelita grubego jest znacznie lepsze, niż ma to miejsce w przypadku raka o innych najczęstszych lokalizacjach w obrębie układu pokarmowego. Średni wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce w populacji pacjentów z nowotworem jelita grubego (C18-C21) zdiagnozowanych w latach 2000-2002 wyniósł wśród mężczyzn 43,3%, w populacji kobiet 44,1%. W przypadku województwa śląskiego było to odpowiednio 43,6% i 43,2%¹³. Działania profilaktyczne w przypadku nowotworu o omawianej lokalizacji obejmują chemoprewencję oraz badania przesiewowe. Do pierwszej z wymienionych interwencji zaliczyć można stosowanie kwasu acetylosalicylowego, dietę (bogatą w owoce i warzywa, błonnik, witaminę B6 oraz ryby, ubogą w czerwone mięso), aktywność fizyczną, rezygnację z alkoholu i palenia tytoniu oraz stosowanie hormonalnej

¹¹ Ibidem.

¹² Bujko K., Herman R., Pałucki J. i in., Rak odbytnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

¹³ Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.

terapii zastępczej u kobiet w okresie pomenopauzalnym. W zakresie profilaktyki wtórnej prowadzone są badania przesiewowe, w tym także w Polsce, w ramach realizowanego od roku 2000 Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego, opisanego szerzej w części dot. obecnego postępowania w omawianym problemie zdrowotnym¹⁴.

1.2. Nowotwór złośliwy żołądka (C16)

Rak żołądka znajduje się na 3 miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów układu pokarmowego w populacji województwa śląskiego w roku 2015 (701 przypadków)¹⁵. Rak ten w ponad 80% przypadków jest nowotworem sporadycznym (rzadziej wrodzonym lub wieku młodego), a na jego rozwój wpływają m.in. czynniki środowiskowe (w tym zakażenie *Helicobacter pylori*, dieta bogata w sól i/lub związki azotowe, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu) lub specyficzne zmiany genetyczne w przypadku raka wrodzonego. Zwiększone ryzyko zachorowania na raka żołądka występuje m.in. wśród osób z zanikowym zapaleniem żołądka, niedokrwistością wynikającą z niedoboru witaminy B12, przebytą resekcją żołądka lub usunięciem gruczolaka żołądka w wywiadzie, z zachorowaniami na nowotwór o tej lokalizacji w rodzinie oraz z rodzinną polipowatością gruczolakowatą¹⁶.

Najczęściej występującym nowotworem żołądka jest gruczolakorak (ok. 95%), rzadziej są to chłoniaki, mięsaki, nowotwory podścieliskowe, czy też neuroendokrynne. Choroba we wczesnej postaci może przebiegać bezobjawowo. Wśród objawów zaawansowanego raka żołądka występują: spadek masy ciała, stały ból w nadbrzuszu o niewielkim nasileniu, uczucie sytości po posiłku, nudności, wymioty, dysfagia, smoliste stolce, objawy niedokrwistości, a także wyczuwalny w badaniu przedmiotowym guz, wodobrzusze oraz objawy ewentualnych przerzutów¹⁷. W postępowaniu diagnostycznym stosuje się gastroskopię, umożliwiającą pobranie materiału histologicznego do badania i tym samym postawienie rozpoznania. W ocenie zaawansowania choroby stosuje się klasyfikację TNM według UICC, a podstawowe znaczenie wśród badań diagnostycznych mają EUS oraz TK, w wybranych przypadkach stosuje się laparoskopię diagnostyczną (m.in. celem wykluczenia przerzutów u chorych z zaawansowanym nowotworem)¹⁸.

¹⁴ Siepsiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.

¹⁵ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

¹⁶ Polkowski W., Łacko A., Guzel Z. i in., Nowotwory żołądka, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

¹⁷ Bartnik W., Strzeszyński Ł. Choroby żołądka i dwunastnicy (Rak żołądka). W: Interna Szczeklika. Podręcznik Chorób Wewnętrznych. Augustynowicz-Kopeć E, Bała M, Baranowska B, Barcikowska M, Bartnik W, Bartuzi Z i wsp. Medycyna Praktyczna. Kraków 2013; 918–921.

¹⁸ Polkowski W., Łacko A., Guzel Z. i in., Nowotwory żołądka... op.cit.

W postępowaniu terapeutycznym stosuje się leczenie operacyjne (resekcja żołądka z limfadenektomią), CTH (zarówno przed operacją, jak i po zabiegu oraz jako terapia paliatywna), CRTTH (leczenie pooperacyjne) i RTH (terapia paliatywna). Wczesne postacie nowotworu można leczyć metodami endoskopowymi z ograniczeniem do częściowej resekcji żołądka oraz częściowej limfadenektomii D1, w pozostałych przypadkach zalecane jest wycięcie co najmniej 2/3 żołądka z limfadenektomią D2. Chemioterapia okołoperacyjna obejmuje zwykle 3 lub 2-3 cykle CTH przed zabiegiem operacyjnym oraz 3 lub 3-4 po zabiegu, w zależności od stosowanego schematu CTH. Chemioradioterapia pooperacyjna obejmuje zwykle 1 cykl CTH, następnie po 28 dniach napromienianie wraz z CTH, a po miesiącu od zakończenia RTH 2 kolejne cykle CTH w odstępie miesiąca. Paliatywną RTH stosuje się u pacjentów z brakiem możliwości wykonania resekcji żołądka z niedokrwistością oraz zwężenia/niedrożności w okolicy wpustu lub odźwiernika. CTH może stanowić terapię paliatywną w przypadku chorych na nieoperacyjnego raka żołądka¹⁹.

W związku z późnym zazwyczaj rozpoznaniem nowotworu żołądka, rokowanie nie jest zadawalające – średni wskaźnik przeżyć 5-letnich w Polsce w populacji zdiagnozowanych w latach 2000-2002 mężczyzn wyniósł 14,9%, w populacji kobiet 18,2%. W przypadku województwa śląskiego było to odpowiednio 16,3% i 20,7%²⁰. Profilaktyka pierwotna raka żołądka obejmuje ograniczanie oraz kontrolę czynników ryzyka. Badania przesiewowe w ramach profilaktyki wtórnej prowadzi się w krajach o wysokim ryzyku zachorowania, takich jak np. Japonia, gdzie interwencje z użyciem metod radiologicznych i endoskopowych dotyczą grup zwiększonego ryzyka (m.in. osób z niedokrwistością spowodowaną niedoborem witaminy B12, czy też z zanikowym zapaleniem żołądka). Pomimo istotnego znaczenia *Helicobacter pylori* w etiopatogenezie nowotworów żołądka, wśród metod prewencji nie zaleca się jej powszechnej eradykacji²¹.

1.3. Nowotwór złośliwy trzustki (C25)

Rak trzustki znajduje się na 4 miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów układu pokarmowego w populacji województwa śląskiego w roku 2015 (402 przypadki)²². Wśród głównych czynników ryzyka zachorowania na raka o tej lokalizacji wymienia się wiek (97% przypadków po 45 r.ż.), palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki... op.cit.

²¹ Polkowski W., Łacko A., Guzel Z. i in., Nowotwory żołądka... op.cit.

²² Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

fizycznej, cukrzycę, a także obciążony wywiad rodzinny (głównie zachorowanie u krewnego pierwszej linii). Ponadto wyższą zapadalność na nowotwory trzustki obserwuje się u chorych z niektórymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie, w tym np. zespołem dziedzicznego przewlekłego zapalenia trzustki, czy też dziedzicznym rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowatością^{23,24}.

Zdecydowaną większość (ok. 95%) zewnątrzwydzielniczych złośliwych nowotworów trzustki stanowią gruczolakoraki przewodowe. Około dwóch trzecich przypadków to guzy rozwijające się w głowie trzustki, pozostałe – w trzonie i ogonie. Wczesną postać nowotworu trzustki wykrywa się zwykle przypadkowo, a na jego występowanie mogą wskazywać, m.in. atypowa cukrzyca, nietolerancja glukozy, epizod zapalenia trzustki o niejasnej etiologii lub objawy choroby zatorowo-zakrzepowej. Wśród objawów postaci zaawansowanej pojawia się, m.in. spadek masy ciała, bóle w nadbrzuszu (promieniujące do kręgosłupa, złagodzone w pozycji embrionalnej, nasilające się po posiłkach), żółtaczka oraz biegunka tłuszczowa. Dodatkowo w badaniu przedmiotowym możliwe jest stwierdzenie wyczuwalnego przez powłoki guza lub powiększonego, zastoinowego pęcherzyka żółciowego. Za podstawę diagnostyki w tym typie nowotworu uznaje się TK wykonaną według protokołu trzustkowego, dzięki której możliwa jest ocena stopnia zaawansowania raka oraz kryteriów resekcyjności. W przypadku wątpliwości diagnostycznych rozważa się wykonanie ultrasonografii endoskopowej (EUS), umożliwiającej wykrycie i diagnostykę różnicową małych zmian w trzustce oraz wykonanie biopsji. Alternatywę dla TK stanowić może badanie RM według odpowiedniego protokołu, z podaniem dożylnym kontrastu w sekwencji dynamicznej, umożliwiające lepsze uwidocznienie zmian torbielowatych trzustki. W ocenie zaawansowania nowotworu stosuje się klasyfikację UICC²⁵.

W związku z faktem, iż rak trzustki wykazuje się znaczną biologiczną i kliniczną agresywnością oraz nie daje wczesnych objawów, u większości chorych rozpoznawany jest w zaawansowanym stadium, co w konsekwencji rzutuje na złe wyniki leczenia. Jedynie u części pacjentów (ok. 10-30%) możliwe jest podjęcie próby radykalnego leczenia operacyjnego, zwiększającego 5-letnie przeżycia z ok. 5% do ok. 20%. Dodatkowo, u pacjentów tych, celem zwiększenia odsetków przeżyć 5-letnich, stosuje się uzupełniającą CTH gemcytabiną lub fluorouracylem. Poza leczeniem przeciwnowotworowym niezwykle

²³ Łacko A., Polkowski W., Reguła J. i in., Rak trzustki i brodawki Vatera, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

²⁴ Lampe P., Teoria a realia diagnostyki raka trzustki, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVIII, nr 8B, 2015.

²⁵ Ibidem.

istotne pozostaje postępowanie objawowe, ponieważ w przebiegu klinicznym choroby występują nasilone objawy bólowe. Średni czas przeżycia chorych na zaawansowaną postać nowotworu o tej lokalizacji wynosi ok. pół roku, w związku z czym na znaczeniu zyskuje tu odpowiednio prowadzona terapia paliatywna, w tym zastosowanie CTH lub RTH^{26,27}.

Profilaktyka pierwotna raka trzustki obejmuje ograniczanie oraz kontrolę czynników ryzyka, w tym przede wszystkim utrzymywanie znormalizowanej masy ciała, powstrzymywanie się od palenia tytoniu oraz podejmowanie aktywności fizycznej. Ponadto eksperci wskazują na możliwość poprawy wyników leczenia i rokowania poprzez wdrożenie działań profilaktyki wtórnej tj. badań przesiewowych służących wczesnemu rozpoznaniu zmian nowotworowych w wybranych grupach ryzyka (np. osoby starsze, otyłe, palące tytoń, obciążone cukrzycą lub przewlekłym zapaleniem trzustki)²⁸.

1.4. Nowotwór złośliwy przełyku (C15)

Rak przełyku znajduje się na 5 miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów układu pokarmowego w populacji województwa śląskiego w roku 2015 (701 przypadków)²⁹. Wśród głównych czynników zachorowania na raka płaskonabłonkowego przełyku znajduje się spożywanie alkoholu i palenie tytoniu, odpowiadające łącznie za ok. 90% przypadków. Ponadto wyższą zapadalność rejestruje się m.in. wśród osób z przebyłym oparzeniem przełyku, zespołem Plummer-Vinson, a także z rakiem płaskonabłonkowym głowy i szyi lub płuca w wywiadzie. W przypadku gruczolakoraka dolnej części przełyku za najistotniejsze czynniki ryzyka uważa się chorobę refluksową, przełyk Barretta, otyłość oraz palenie tytoniu³⁰.

Wśród typów histologicznych nowotworów przełyku wyróżnia się raka płaskonabłonkowego (najczęstszy), gruczolakoraka przełyku, raka neuroendokrynnego, chłoniaki przełyku i mięsaka gładkokomórkowego. Objawy postaci wczesnej nowotworu o tej lokalizacji są niespecyficzne, w związku z czym często rozpoznawany jest przypadkowo (np. podczas endoskopii pacjentów z chorobą refluksową). Postać zaawansowana charakteryzuje się natomiast postępującą dysfagią dla pokarmów stałych, bolesnością podczas przełykania, krwiotokiem oraz spadkiem masy ciała. Podstawę diagnostyki raka przełyku

²⁶ Ibidem.

²⁷ Lampe P., Teoria a realia diagnostyki raka trzustki... op.cit.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

³⁰ Polkowski W., Guzel Z., Reguła J. i in., Rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

stanowi biopsja endoskopowa, w tym z zastosowaniem barwienia płynem Lugola oraz technik poprawy obrazowania. Ocena zaawansowania miejscowego i regionalnego raka przełyku możliwa jest dzięki EUS, pozwalającej na wykonanie biopsji cienkoigłowej powiększonych węzłów chłonnych. Na ocenę nacieku na struktury otoczenia przełyku oraz obecności przerzutów odległych pozwala TK. Ponadto, w ostatnich latach, na znaczeniu w ocenie stopnia zaawansowania raka przełyku zyskuje PET-TK. Stopień zaawansowania nowotworu oceniany jest zgodnie z klasyfikacją TNM według UICC^{31,32}.

Leczenie nowotworu o omawianej lokalizacji powinno mieć charakter wielodyscyplinarny. Interwencje chirurgiczne dotyczą pacjentów z resekcyjnym rakiem nieszyjnego odcinka przełyku, nie posiadających przeciwwskazań do operacji. Możliwość wykonania operacji jest szacowana dla jedynie 30-50% pacjentów. Przy braku kwalifikacji do zabiegu rozważa się wdrożenie radykalnej CTRH, stosowanej także u pacjentów z rakiem szyjnego lub szyjno-piersiowego odcinka przełyku. CTRH stanowi także postępowanie przedoperacyjne w przypadku pacjentów bez przeciwwskazań do wykonania rozległego zabiegu operacyjnego. Ponadto, u chorych z dysfagią, nie będących w stanie utrzymać pożądanego stanu odżywiania w okresie leczenia przedoperacyjnego, wykonuje się endoskopowe rozszerzanie nowotworowego zwężenia przełyku lub jejunostomię odżywczą. Wśród metod paliatywnych jako samodzielną metodę, przy braku przeciwwskazań, można stosować RTH lub CTH^{33,34}.

Rokowania w raku przełyku są złe – odsetek przeżyć 5-letnich wynosi ok. 10%. Profilaktyka pierwotna raka przełyku obejmuje ograniczanie oraz kontrolę czynników ryzyka, w tym przede wszystkim powstrzymywanie się od palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu, a także utrzymywanie znormalizowanej masy ciała. W Polsce nie prowadzi się programu przesiewowego, jednak pacjenci z rozpoznaniem przełyku Barretta wymagają nadzoru endoskopowego (powtarzana co 3 lata gastroscopia z biopsjami)³⁵.

³¹ Ibidem.

³² Guzel Z., Zaawansowany rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego. Możliwości i wyniki zastosowania współczesnych metod terapeutycznych, *Gastroenterologia Kliniczna* 2011, tom 3, nr 1, 17–35.

³³ Ibidem.

³⁴ Polkowski W., Guzel Z., Reguła J. i in., Rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego... op.cit.

³⁵ Ibidem.

1.5. Nowotwory złośliwie jamy ustnej (C01-C06)

Nowotwory z zakresu C00-C14 wg ICD-10 w województwie śląskim w roku 2015 stanowiły 12,4% ogółu nowych rozpoznań wśród nowotworów układu pokarmowego. Wśród najczęściej występujących w tej grupie pojawił się rak jamy ustnej (281 przypadków)³⁶.

Nowotwór jamy ustnej trzykrotnie częściej dotyka mężczyzn i w ponad 95% rozwija się jako rak płaskonabłonkowy. Wśród jego najczęstszych lokalizacji znajduje się ruchoma część języka i dno jamy ustnej. Cechą charakterystyczną tego nowotworu jest wysokie ryzyko wystąpienia przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych, co wynika z bogatego unaczynienia chłonnego. W związku z powyższym, istotną rolę w leczeniu nowotworu o tej lokalizacji odgrywa elektywne wycięcie lub napromienianie układu chłonnego szyi. Za podstawę diagnostyki raka jamy ustnej uznaje się biopsję wycinkową ogniska pierwotnego. Ponadto w procesie diagnostycznym zastosowanie mają badania: TK, RM, USG szyi, RTG klatki piersiowej oraz pantogram żuchwy (przy podejrzeniu naciekania żuchwy). U pacjentów bez przerzutów odległych, kwalifikujących się do leczenia chirurgicznego, postępowaniem z wyboru jest resekcja obejmująca wycięcie z marginesem tkanek zdrowych oraz węzłów chłonnych szyi po stronie guza. W zależności od przypadku klinicznego stosowane są także brachyterapia, RTH, CTH oraz CRTH. W przypadku chorych bez przerzutów oraz bez naciekania żuchwy, nie kwalifikujących się do leczenia chirurgicznego, stosuje się CRTH lub RTH. Pacjentom z naciekiem żuchwy proponuje się CTH z resekcją w przypadku uzyskania regresji, paliatywną CTH lub leczenie objawowe. W przypadku przerzutów odległych stosuje się postępowanie indywidualizowane w zależności od sytuacji klinicznej³⁷.

Profilaktyka pierwotna raka jamy ustnej, podobnie jak w przypadku profilaktyki wszystkich nowotworów narządów głowy i szyi, obejmuje ograniczanie oraz kontrolę czynników ryzyka, w tym przede wszystkim powstrzymanie się od palenia tytoniu oraz spożywania wysokoprocentowego alkoholu, higiena jamy ustnej oraz unikanie mechanicznego drażnienia błon śluzowych³⁸.

³⁶ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

³⁷ Kawecki A., Nawrocki S., Golusiński W. i in., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi, W: Kawecki A. i Nawrocki S. (red), W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

³⁸ Ibidem.

2. Epidemiologia

2.1. Demografia województwa śląskiego

Województwo śląskie zamieszkuje 4 559 164 mieszkańców, w tym 51,8% kobiet oraz 48,2% mężczyzn (dane na koniec 2016 roku). Województwo jest pod względem liczby mieszkańców drugie co do wielkości w Polsce (po mazowieckim). Uwagę zwraca jednak negatywny trend – na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat ludność województwa systematycznie zmniejszała się. W roku 2000 była to liczba 4 850 600 osób, co oznacza spadek w ciągu 16 lat o ponad 6%. Wśród przyczyn negatywnego trendu niewątpliwie wskazać można emigrację – zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną, w części napędzaną procesami restrukturyzacyjnymi w gospodarce regionu. Inną cechą charakterystyczną województwa jest współczynnik feminizacji, który jest nieco wyższy, niż średnia dla całej Polski (107,5 kobiet na 100 mężczyzn w województwie śląskim wobec 106,6 dla całego kraju), a dodatkowo zwiększa się – w roku 2000 wynosił on 106,4. Może to być świadectwem nadumieralności mężczyzn w populacji regionu, na skutek specyficznych uwarunkowań związanych z czynnikami zawodowymi oraz zachowaniami zdrowotnymi. Ostatnią cechą charakterystyczną demografii regionu jest wysoki odsetek ludności zamieszkującej miasta, wynoszący 77% ludności województwa, wobec średniej dla całej Polski na poziomie 60,2%. Większość ludności skupia się przy tym w centralnej części województwa, tj. miastach Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego. Jednocześnie zwraca uwagę zmniejszający się odsetek mieszkańców województwa zamieszkujących miasta – w roku 2000 wynosił on 79,2%. Jest to również symptom procesu dezurbanizacji, charakterystycznego dla większości obszaru Polski³⁹.

Przyrost naturalny w województwie oscyluje w okolicach zera, dla roku 2016 osiągnął wartość -1,36/1000 ludności przy -0,15/1000 ludności dla całego kraju. Spadająca liczba urodzeń, przy jednoczesnym wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, w przypadku utrzymania się obecnych trendów, skutkować będzie w perspektywie najbliższych lat zmianą struktury ludności województwa. O ile obecnie ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% populacji województwa, zaś osoby w wieku poprodukcyjnym – 21,4%, o tyle w roku 2050 będzie to już odpowiednio 55,2% i 30,5%. Dodatkowo w grupie osób w wieku poprodukcyjnym ponad 11% stanowić będą osoby co najmniej 80-letnie^{40,41}. Są to zjawiska skutkujące, w przypadku zachowania prognozowanego trendu, bardzo poważnymi

³⁹ Bank danych lokalnych, GUS [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 06.02.2018r.]

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2015.

konsekwencjami w zakresie spodziewanego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym dotyczące chorób onkologicznych, a także możliwości pokrycia kosztów zwiększającego się popytu na usługi społeczne.

2.2. Globalny obraz problemu zdrowotnego

Nowotwory układu pokarmowego zajmują kluczową pozycję w grupie wszystkich nowotworów, będących z kolei wiodącym problemem zdrowotnym współczesnego świata. Istotnym globalnym problemem zdrowotnym pozostają nowotwory jelita grubego, z roczną skalą występowania nowych przypadków na poziomie 1 miliona i umieralnością rzędu 500 tys. osób rocznie oraz największym rozpowszechnieniem w krajach Ameryki Północnej, Australii, Nowej Zelandii oraz części krajów Europy. Specyfika geograficzna występowania tej choroby każe uznawać ją za jedną z głównych chorób powiązanych z tzw. zachodnim stylem życia⁴². Jeszcze przed stu laty rak żołądka pozostawał najczęściej występującą chorobą tego rodzaju, dziś znajduje się pod tym względem na czwartej pozycji, będąc jednak na drugiej pozycji na świecie w grupie najczęstszych nowotworowych przyczyn umieralności, a w krajach Wschodniej Azji – na miejscu pierwszym. Wśród regionów świata z największą częstością występowania raka żołądka są również kraje Europy Wschodniej oraz Ameryki Południowej. Na całym świecie choroba ta występuje u 900 tys. osób rocznie, z czego 738 tys. umiera⁴³.

Kolejnym z często występujących nowotworów układu pokarmowego jest rak przełyku, będący ósmym najczęściej występującym nowotworem w skali globu i szóstą najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu. W ujęciu geograficznym szczególnie często choroba ta występuje w rejonie Południowej i Wschodniej Afryki, a także w Chinach. Rak trzustki jest z kolei nowotworem o najniższym, wśród wszystkich chorób tego typu sytuowanych w obrębie układu pokarmowego, współczynniku pięcioletniego przeżycia. Jest przyczyną zgonu około 250 tys. osób rocznie, głównie w krajach wysokorozwiniętych. Jest to także czwarty najczęstszy nowotwór wśród mężczyzn i piąty wśród kobiet, z najwyższym współczynnikiem rozpowszechnienia w krajach takich, jak Nowa Zelandia i państwa Ameryki Północnej. Wreszcie nowotwór wątroby (w szczególności rak wątrobowokomórkowy) jest szóstym najczęściej występującym nowotworem na świecie, a także trzecią najczęstszą przyczyną zgonów w grupie chorób nowotworowych, odpowiadając za 550 tys. zgonów

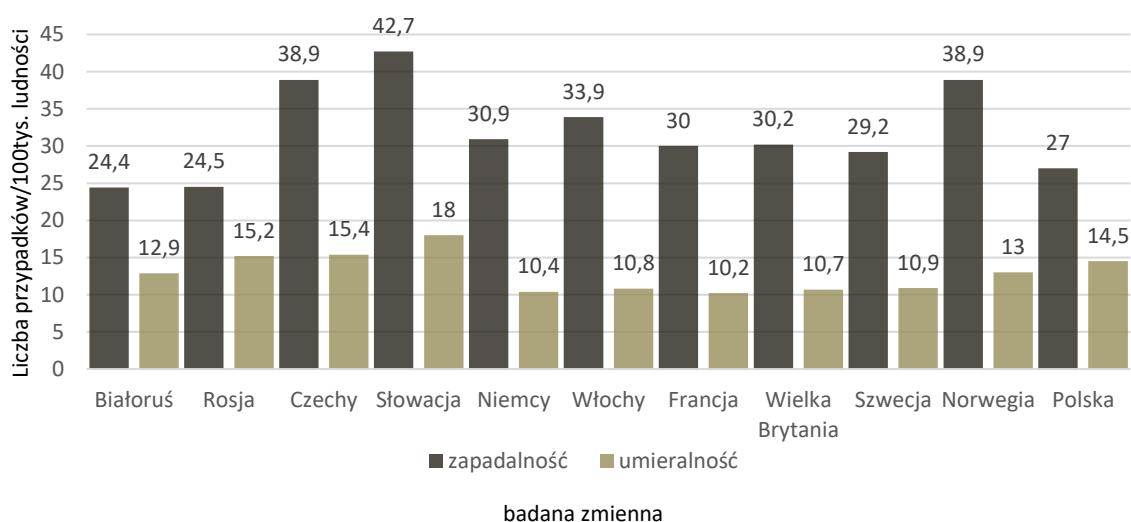
⁴² L. Herszényi, Z. Tulassay. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2010;14: 249-258.

⁴³ P. Karimi, F. Islami, S. Anandasabapathy, N.D. Freedman, F. Kamangar. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2014;23(5):700-713.

rocznie na świecie. Przeważająca większość przypadków tego nowotworu ma miejsce w krajach Afryki Subsaharyjskiej oraz Wschodniej Azji, szczególnie w Chinach. Niski pozostaje w tym przypadku współczynnik przeżyć pięcioletnich, osiągając wartości rzędu 8% w Stanach Zjednoczonych, 9% w Europie i 5% w krajach rozwijających się⁴⁴.

2.3. Epidemiologia nowotworów układu pokarmowego w Europie i w Polsce

W niniejszej części opracowania zaprezentowane zostaną podstawowe dane dotyczące zachorowalności, chorobowości oraz umieralności z powodu głównych typów nowotworów układu pokarmowego w Polsce. Jako tło porównawcze zaprezentowano dane dla wybranych krajów Europejskich o zróżnicowanej charakterystyce ekonomiczno-społecznej. Rycina 1 przedstawia dane dotyczące umieralności oraz zapadalności na nowotwory jelita grubego w Polsce oraz wybranych krajach europejskich.



Ryc. 1. Nowotwory jelita grubego w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowanych względem wieku; dane dla roku 2012.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer [geo.iarc.fr.; dostęp: 24.01.2018].

W przypadku chorób nowotworowych jelita grubego zwraca uwagę bardzo zbliżony poziom zapadalności oraz umieralności w grupie państw Europy Zachodniej i Północnej. Niekorzystnie pod tym względem wyróżnia się Norwegia. Najniższe wartości w odniesieniu do

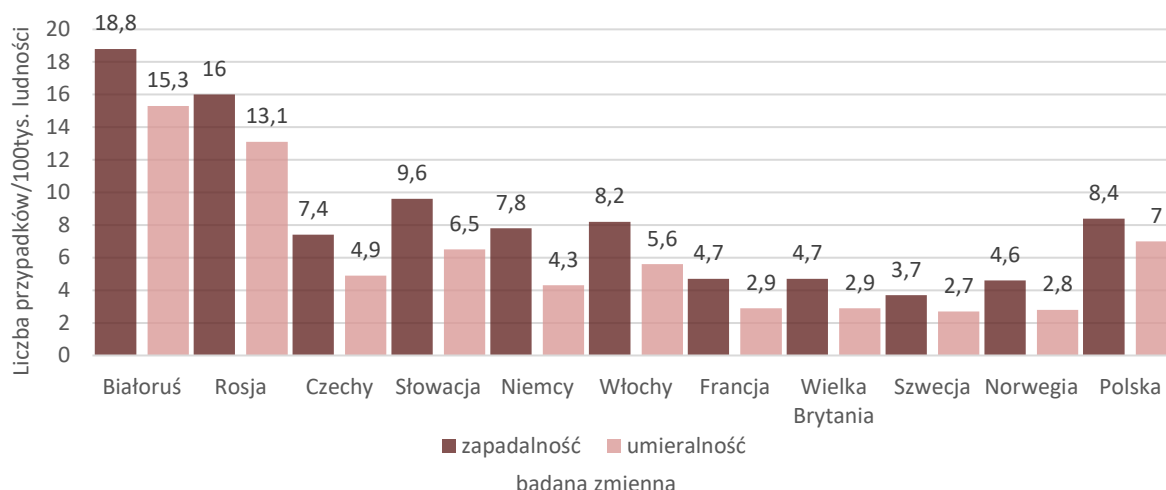
⁴⁴ J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 24.01.2018].

zapadalności występują natomiast w Europie Wschodniej. Najwyższa zapadalność w całej porównywanej grupie charakteryzuje Słowację oraz Czechy, z wartością współczynnika wyraźnie odbiegającą w sposób niekorzystny, na tle reszty badanej grupy (wyłączając Norwegię). Także umieralność w państwach Europy Zachodniej pozostaje na dość zbliżonym poziomie. Wyższy poziom cechuje Norwegię, gdzie jednak różnica względem reszty zamożniejszej grupy państw, uwzględnionych w porównaniu, nie odbiega znacząco od analogicznej różnicy w poziomie zachorowalności. W krajach Europy Wschodniej zauważalny jest wyraźny deficyt efektywnych metod leczenia pacjentów cierpiących na nowotwory jelita grubego. Umieralność w tym regionie pozostaje na poziomie wyraźnie wyższym niż w Europie Zachodniej, choć zachorowalność jest znacząco niższa. Także Polska prezentuje się pod tym względem niekorzystnie – zarówno w przypadku porównania z Europą Zachodnią, jak i z krajami sąsiednimi, takimi jak Czechy i Słowacja. Wprawdzie w obydwu spośród nich umieralność jest wyższa niż w Polsce, jednak przy znacząco wyższej zapadalności.

W ujęciu czasowym zachorowalność na nowotwory jelita grubego w Polsce systematycznie wzrasta. O ile w początkach lat 80-tych XX wieku wynosiła mniej niż 10 przypadków na 100 tys. ludności, o tyle roku 2013 sięgała 20 przypadków na 100 tys. ludności. Największa liczba zachorowań dotyczy osób w wieku 60-64 lata, ale utrzymuje się na niemal równie wysokim poziomie także w starszych grupach, zmniejszając się dopiero w przedziale powyżej 80 r.ż. Również dynamika wzrostu zachorowalności największa jest u osób powyżej 65 roku życia, przede wszystkim mężczyzn. Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w ostatnich latach rósł, osiągnąwszy 48,3% w roku 2010 wobec 43,7% w roku 2000⁴⁵.

Rycina 2 prezentuje dane dotyczące zachorowalności oraz umieralności z powodu nowotworów żołądka w Polsce oraz wybranych krajach europejskich.

⁴⁵ Ibidem.



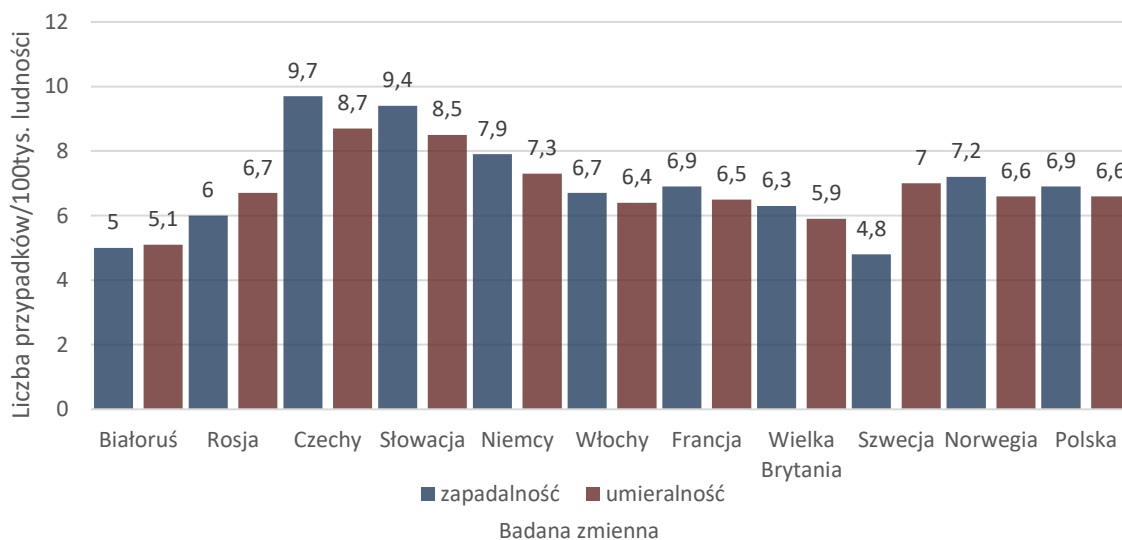
Ryc. 2. Nowotwory żołądka w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr.; dostęp: 24.01.2018].

Nowotwory żołądka wyraźnie częściej występują w krajach Europy Wschodniej niż pozostałych obszarach kontynentu. Zachorowalność w przypadku Białorusi jest nawet ponad dwukrotnie wyższa niż we Włoszech i blisko pięciokrotnie wyższa niż w Szwecji. Również umieralność w tych krajach pozostaje na wysokim poziomie. Polska pod względem raka żołądka charakteryzuje się lepszymi wartościami współczynników epidemiologicznych niż wspomniane kraje Europy Wschodniej, jednak mniej korzystnymi niż w Europie Zachodniej czy krajach nordyckich, gdzie wyjątkami są Niemcy i Włochy, z poziomem zachorowalności zbliżonym do tego, który cechuje Europę Środkową. Zachorowalność w Polsce pozostaje na poziomie nieco wyższym niż w Czechach i jednocześnie niższym niż ma to miejsce w przypadku Słowacji. Ponownie jednak zwraca uwagę niewspółmiernie wysoka umieralność w stosunku do zachorowalności. Jeśli porównać pod tym względem Polskę do Niemiec, okazuje się, że w kraju tym zachorowalność jest niższa od typowej dla Polski o 7%, podczas gdy umieralność – aż o blisko 39%. W przypadku Włoch mamy do czynienia z zachorowalnością niemal identyczną, jak w Polsce (niższa o zaledwie 2,4%), podczas gdy umieralność jest niższa o 20%. Nawet porównanie z podobnymi pod względem charakterystyki społeczno-gospodarczej sąsiadami Polski z rejonu Europy Środkowej przedstawia Polskę w niekorzystnym świetle. Słowację cechuje zachorowalność przewyższająca wartość dla Polski o 14,3%, podczas gdy umieralność jest niższa o ponad 7%. Zachorowalność w Czechach jest wprawdzie niższa niż w Polsce o blisko 12%, jednak umieralność różni się na korzyść Czech o 30%.

Zachorowalność na ten rodzaj nowotworów w Polsce od roku 1980 systematycznie zmniejsza się, z niewielkim i krótkotrwałym odwróceniem trendu w pierwszej połowie lat 90-tych. Zachorowania dotyczą przede wszystkim starszych grup wiekowych, z największym nasileniem ich liczby w przedziale wiekowym 70-74 lata, zaś wskaźnik przeżyć pięcioletnich wynosił w roku 2010 17,6% i wzrósł na przestrzeni dekady o 1,5 pkt procentowego⁴⁶.

Rycina 3. przedstawia dane dotyczące zapadalności oraz umieralności z powodu raka trzustki w Polsce oraz wybranych krajach europejskich.



Ryc. 3. Nowotwory trzustki w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer [geo.iarc.fr.; dostęp: 24.01.2018].

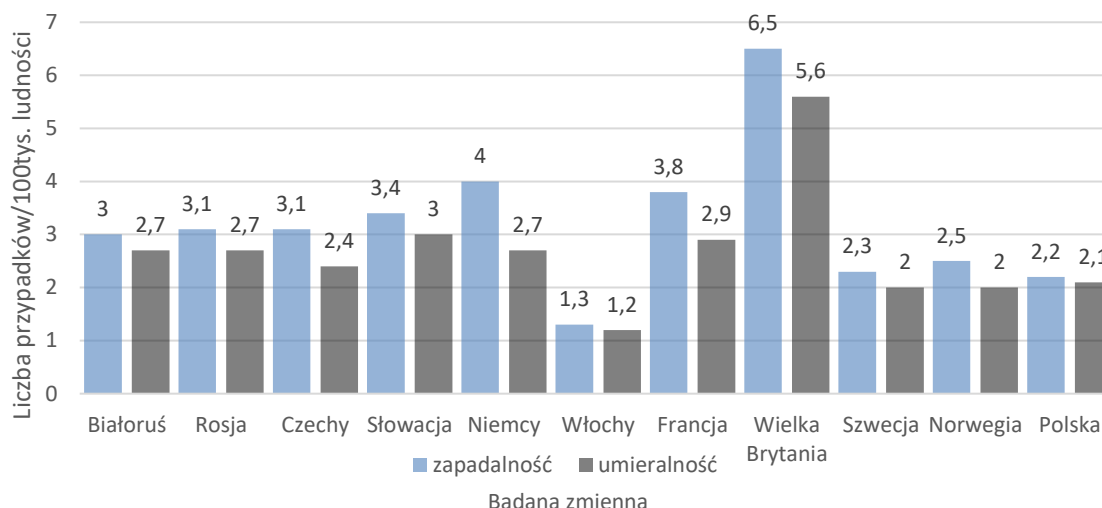
Nowotwór trzustki charakteryzuje się dość podobną skalą zapadalności w większości porównywanych państw. Niekorzystnie wyróżniają się pod tym względem Czechy oraz Słowacja, w nieco mniejszym stopniu – Niemcy. Z kolei niższe wartości współczynnika zapadalności cechują Białoruś oraz Rosję. Umieralność pozostaje szczególnie wysoka w krajach takich jak Polska, Norwegia, Niemcy, Rosja, Słowacja i Czechy. Jeśli jednak zestawić dane dotyczące umieralności z charakterystyką w zakresie zapadalności, szczególnie zły obraz rysuje się w Rosji, Szwecji oraz Białorusi. Także sytuacja Polski jest pod tym względem zła, choć tym razem różnica względem innych państw jest mniejsza.

Zachorowalność w przekroju czasowym jest w Polsce dość stabilna. O ile jednak w grupie powyżej 65 roku życia, zwłaszcza wśród mężczyzn, rosła ona do lat 90-tych, by następnie zacząć spadać, zauważalny jest nieznaczny, ale stały wzrost zachorowań w grupie

⁴⁶ Ibidem.

kobiet poniżej 65 roku życia. Wskaźnik przeżyć pięcioletnich jest bardzo niski, wynosząc zaledwie 8,8%, choć względem roku 2000 wzrósł nieznacznie – z poziomu 8,2%⁴⁷.

Dane dotyczące zapadalności oraz umieralności z powodu nowotworów przełyku przedstawiono za pomocą ryciny 4.



Ryc. 4. Nowotwory przełyku w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych International Agency for Research on Cancer [geo.iarc.fr.; dostęp: 24.01.2018].

W przypadku nowotworów przełyku zwraca uwagę bardzo wysoka wartość współczynników zachorowalności oraz umieralności w Wielkiej Brytanii. Różnice między pozostałymi spośród państw uwzględnionych w porównaniu są mniejsze, jednak najwyższe wartości charakteryzują Słowację, Niemcy oraz Francję. Obraz epidemiologiczny jest niekorzystny w przypadku krajów Europy Wschodniej – w Rosji oraz Białorusi, przy niższej zachorowalności, poziom umieralności jest porównywalny z Niemcami. Także Słowacja prezentuje pod tym względem niekorzystną charakterystykę. Umieralność w Polsce na tle porównywanych państw pozostaje stosunkowo niska, na poziomie nieznacznie przewyższającym Szwecję oraz Norwegię, wyraźnie wyższym jedynie od Włoch. Warto jednak zauważyć, że różnica wartości współczynników zachorowalności i umieralności jest w Polsce bardzo nieznaczna, a wspomniane kraje nordyckie uzyskują niższą umieralność, przy wyższej zachorowalności. Jeżeli zatem chodzi o systemową odpowiedź na problem osób cierpiących z powodu nowotworów przełyku, należy ją w Polsce określić jako dalece niewystarczającą. Podobna sytuacja występuje we Włoszech, gdzie wyraźnie niższa umieralność dyktowana jest nie tyle skuteczniejszym leczeniem, co równie niskim poziomem zapadalności.

⁴⁷ Ibidem.

Biorąc pod uwagę trend czasowy, zapadalność w Polsce rosła w okresie lat osiemdziesiątych aż do pierwszej połowy lat 90-tych, by następnie zacząć spadać. Liczba zachorowań wzrasta gwałtownie w grupie wiekowej 55-64, a następnie zmniejsza się w starszych przedziałach wiekowych. Niski pozostaje wskaźnik przeżyć pięcioletnich, który wprawdzie pomiędzy rokiem 2000 a 2010 zwiększył się o blisko 30%, jednak wciąż wynosi jedynie 8,3%⁴⁸.

Podsumowując powyższy opis głównych problemów zdrowotnych związanych z nowotworami układu pokarmowego należy stwierdzić, co następuje:

1. Poszczególne typy nowotworów układu pokarmowego wykazują dość duże zróżnicowanie w zakresie częstości występowania pomiędzy różnymi subregionami Europy. Najmniejsze zróżnicowanie pod tym względem dotyczy nowotworów trzustki. Z kolei najwyższą zapadalnością ogółem charakteryzuje się rak jelita grubego. Również w przypadku tego nowotworu zróżnicowanie geograficzne jest stosunkowo nieduże.
2. Zauważalna jest różnica w poziomie umieralności w relacji do zapadalności między zamożniejszą częścią kontynentu (Europa Zachodnia i Północna) a krajami postkomunistycznymi (w szczególności we wschodniej części Europy). Zamożniejsze kraje wyraźnie lepiej radzą sobie z leczeniem nowotworów, nawet w sytuacji większej częstości ich występowania.
3. Polska cechuje się pod względem zapadalności na nowotwory układu pokarmowego stosunkowo korzystną charakterystyką, pozostając w okolicach średniej dla całej badanej grupy lub poniżej. Poprawiają się także, choć w dość ograniczonej skali, wskaźniki przeżywalności pięcioletniej w przypadku niemal wszystkich typów omówionych nowotworów. Wyraźnie niekorzystnie Polska wypada jednak w przypadku współczynnika umieralności, który częstokroć pozostaje wyższy niż w porównywanej grupie państw, nawet przy niższym poziomie zapadalności. Różnica ta zauważalna jest nie tylko w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, ale także w przypadku porównania z krajami sąsiadującymi, o podobnej charakterystyce społeczno-gospodarczej. Jako gorszą określić można jedynie sytuację w państwach Europy Wschodniej, jak Rosja i Białoruś. Oznacza to istnienie wyraźnej luki w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób chorujących na nowotwory układu pokarmowego w Polsce.

⁴⁸ Ibidem.

2.4. Problem nowotworów układu pokarmowego w województwie śląskim

Umieralność z powodu nowotworów ogółem jest w województwie śląskim drugą najwyższą wśród województw Polski, z wartością współczynnika umieralności na poziomie 263,57 zgonów na 100 tys. ludności (dane za okres 2011 – 2013). Szczególnie wysoka jest ona w starszych grupach wiekowych, ale także w młodszych przedziałach obraz epidemiologiczny województwa jest niekorzystny – dla przedziału 25-29 lat umieralność, jakkolwiek wyraźnie niższa niż wśród osób starszych, pozostaje trzecią najwyższą w kraju. Problem nowotworów uznać zatem należy za istotne obciążenie negatywnie wpływające na obraz epidemiologiczny populacji regionu⁴⁹.

Jeśli chodzi o nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, umieralność z tego powodu w województwie śląskim osiąga poziom 31,8 zgonów na 100 tys. mieszkańców. Jest to wartość o około 10% wyższa od średniej charakteryzującej całą Polskę (nieco mniej, około 7,5%, w przypadku współczynnika standaryzowanego względem wieku). Umieralność z tego powodu jest wyższa wśród mężczyzn niż kobiet, ale jednocześnie w przypadku kobiet stanowią one większy udział w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób nowotworowych. Standaryzowane współczynniki umieralności najwyższe wartości uzyskują w miastach na prawach powiatu. W szczególności wskazać tu należy Świętochłowice, Chorzów oraz Jaworzno. Niższa umieralność cechuje powiaty ziemskie. Reguła ta jednak nie jest absolutna, bowiem najniższa umieralność występuje w powiecie bieruńsko-lędzińskim, a następnie Zabrze, Bielsku-Białej oraz Żorach, a więc także miastach na prawach powiatu⁵⁰.

W tabeli 2 zestawiono dane dotyczące umieralności i zapadalności na poszczególne typy nowotworów związanych z układem pokarmowym w województwie śląskim w porównaniu z danymi ogólnopolskimi.

Tab. 2. Zapadalność oraz umieralność w związku z nowotworami układu pokarmowego w województwie śląskim u obu płci w 2015 roku (na 100 tys. ludności; współczynniki standaryzowane według wieku wg populacji Europy*).

Typ nowotworu	Zapadalność		Miejsce wśród województw		Umieralność		Miejsce wśród województw	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Jama ustna i gardło	15,1	5,1	9	5	11,3	2,6	3	4
Przełyk	6	1,3	2	6	6,5	1,8	2	1
Żołądek	17	6,7	9	8	18,8	6,6	1	2
Jelito grube	45,2	28,5	13	7	33,1	18,3	7	2

⁴⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego [mz.gov.pl; dostęp: 24.01.2018r.]

⁵⁰ Ibidem.

Wątroba	3,8	1,9	9	12	5,1	2,3	8	12
Pęcherzyk żółciowy	0,8	1,9	12	12	0,9	2,1	12	10
Trzustka	7,5	5,6	12	10	12	7,4	5	9

Objaśnienie: M – mężczyźni, K – kobiety

* Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności (umieralności) określa, ile zachorowań (zgonów) wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Jako populację standardową można wybrać standardową populację świata lub Europy.

Źródło: J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 24.01.2018].

Z zaprezentowanych danych wynika, iż najczęściej występującymi nowotworami sytuowanymi w obrębie układu pokarmowego pozostają nowotwory jelita grubego, żołądka oraz jamy ustnej i gardła. Zauważalne są wyraźnie wyższe wartości zachorowalności i umieralności w przypadku mężczyzn niż kobiet, co zgodne jest z regułą wspomnianą w poprzednim akapicie. Wyjątkiem są nowotwory pęcherzyka żółciowego z nieznacznie wyższą zapadalnością wśród kobiet oraz nowotwory trzustki, gdzie również zapadalność jest wyższa, tym razem wyraźnie, wśród kobiet. Dodatkowo kobiety charakteryzuje wyższa umieralność z powodu nowotworów przełyku, wątroby, trzustki i pęcherzyka żółciowego.

Jeśli epidemiologię dla województwa śląskiego porównać z innymi regionami Polski, rysuje się niekorzystna różnica pomiędzy współczynnikami zapadalności i umieralności. O ile w pierwszym przypadku województwo śląskie rzadko lokuje się w szczytowych rejonach rankingu województw z najwyższymi wartościami współczynnika – jedynie w przypadku zachorowalności mężczyzn na raka przełyku jest to druga pozycja w kraju, o tyle pod względem umieralności sytuacja wygląda znacząco gorzej. W przypadku nowotworów jamy ustnej i gardła, przełyku i żołądka, pod względem umieralności mężczyzn województwo zajmuje odpowiednio trzecią, drugą i pierwszą pozycję w Polsce, pomimo faktu, iż zapadalność w większości rejonów jest niższa (nie licząc przełyku). Umieralność kobiet szczególnie wysoka jest w przypadku nowotworów przełyku (pierwsze miejsce w kraju), żołądka (drugie miejsce w kraju) i jelita grubego (drugie miejsce w kraju). W każdym z tych przypadków pod względem zachorowalności wśród kobiet województwo lokuje się w rankingu regionów wyraźnie niżej. Jest to symptom istnienia wyraźnej luki systemowej w zakresie zabezpieczania potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa cierpiących z powodu wymienionych rodzajów choroby nowotworowej i przesłanka podjęcia działań interwencyjnych.

W tabeli 3 zestawiono zbiorcze dane dotyczące zapadalności oraz umieralności z powodu wybranych nowotworów układu pokarmowego w województwie śląskim w roku 2015.

Tab. 3. Zapadalność oraz umieralność (na 100 tys. ludności; współczynniki surowe*) z powodu nowotworów układu pokarmowego w województwie śląskim w 2015 r.

Rodzaj nowotworu	Mężczyźni		Kobiety	
	Zapadalność	Umieralność	Zapadalność	Umieralność
Jamy ustnej	10,9	7,4	4,6	2,2
Przelyku	7,6	8,1	2	2,7
Żołądka	20,9	23,4	10,1	10,6
Okrężnicy i odbytnicy	56	40,8	44,2	31,2
Wątroby	4,7	6,2	3,1	4
Trzustki	9,2	14,7	8,4	12,2
Jelita cienkiego	0,9	0,7	0,7	0,9

* Współczynnik „surowy” zachorowalności (umieralności) określa liczbę zachorowań (zgonów) na 100000 badanej populacji.

Źródło: Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2015 roku. Śląskie Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Gliwice 2017.

Zaprezentowane dane są spójne z przedstawionymi w poprzedniej tabeli. Pod względem zachorowalności wciąż najczęstszym nowotworem w województwie jest rak odbytnicy oraz okrężnicy. W dalszej kolejności są to nowotwory żołądka oraz, wyraźnie rzadsze, nowotwory jamy ustnej i trzustki. U mężczyzn nowotwory jamy ustnej występują częściej niż trzustki, tymczasem u kobiet jest odwrotnie, z niemal dwukrotnie wyższą wartością współczynnika zapadalności dla nowotworów trzustki. Pod względem umieralności dominuje również nowotwór odbytnicy i okrężnicy, zaś w dalszej kolejności – żołądka, trzustki i przełyku u mężczyzn oraz żołądka, trzustki i wątroby w przypadku kobiet. Ogółem zarówno zachorowalność jak i umieralność związana z nowotworami układu pokarmowego jest wyraźnie wyższa w przypadku mężczyzn niż kobiet. Warto jednak zauważyć pewną różnicę pomiędzy wartościami współczynników surowych, a zaprezentowanymi wcześniej współczynnikami standaryzowanymi względem wieku. W przypadku współczynnika surowego umieralność kobiet wyższa jest niż w przypadku mężczyzn jedynie dla nowotworów jelita cienkiego (nieuwzględnionych w tabeli 2).

W tabeli 4 zaprezentowano dane dotyczące liczby rozpoznań dotyczących nowotworów układu pokarmowego w związku ze świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanymi w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie śląskim w 2016 roku.

Tab. 4. Liczba rozpoznań w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczących nowotworów układu pokarmowego mających miejsce podczas leczenia realizowanego w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie śląskim w 2016 roku.

Kod ICD-10	Jednostka chorobowa	Liczba rozpoznań			
		POZ	AOS	Ogółem POZ i AOS*	RehL
C00	Nowotwór złośliwy wargi	0	0	0	0
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka	0	0	0	0
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	0	0	0	0
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła	0	0	0	0
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	121	259	380	3
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia	0	0	0	0
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	0	0	0	0
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	0	0	0	0
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	31	40	71	0
C09	Nowotwór złośliwy migdałka	91	259	350	1
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła	0	0	0	0
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła	0	0	0	0
C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego	0	0	0	0
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła	0	0	0	0
C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	39	41	80	0
C15	Nowotwór złośliwy przełyku	185	271	456	0
C16	Nowotwór złośliwy żołądka	483	948	1431	1
C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego	50	93	143	0
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	935	2215	3150	2
C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	188	417	605	1
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	677	1 194	1 871	1
C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu	89	96	185	0
C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	156	191	347	0
C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego	58	56	114	0
C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych	64	81	145	0
C25	Nowotwór złośliwy trzustki	312	375	687	0
C26	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu pokarmowego	49	32	81	0
Łącznie		3 528	6 568	10 096	9

* liczba bez powtarzających się rozpoznań (pacjent pojawiający w roku 2016 zarówno w POZ, jak i w AOS został w kolumnie „Ogółem POZ i AOS” uwzględniony jeden raz celem uniknięcia przeszacowania populacji, w związku z czym wartość w tej kolumnie nie stanowi sumy wartości z kolumny POZ oraz kolumny AOS)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych ze Śląskiego OW NFZ.

Dane z powyższej tabeli wskazują, że wśród leczonych pacjentów dominują osoby z rozpoznaniem dotyczącym nowotworów jelita grubego (C18-C21) oraz żołądka (C16). Relatywnie nieduża część rozpoznań ma miejsce w związku z leczeniem w ramach sektora podstawowej opieki zdrowotnej, w sektorze lecznictwa ambulatoryjnego wyraźnie dominuje lecznictwo specjalistyczne. Należy zwrócić uwagę na całkowicie marginalne znaczenie rehabilitacji leczniczej, która występuje w przypadku zaledwie 9 osób. Fakt ten bezsprzecznie przemawia za koniecznością podejmowania działań zwiększających dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej w grupie pacjentów onkologicznych.

Symptomem skali obciążenia publicznego systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu świadczeń na rzecz osób dotkniętych chorobami onkologicznymi są też dane dotyczące świadczeń wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego. Nowotwory znajdują się wśród ośmiu najważniejszych przyczyn wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, odpowiadając za 4,9% kosztów ponoszonych z tego tytułu. Są to w skali roku kwoty sięgające 1,7 mld zł. Kwoty wypłat na rzecz kobiet i mężczyzn pozostają zbliżone - udział świadczeń wypłacanych z tej przyczyny w ogólnej kwocie wypłat w przypadku mężczyzn stanowi 4,8%, w przypadku kobiet – 5%. W przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy, choroby onkologiczne są szóstą najważniejszą przyczyną ponoszonych wydatków, odpowiadając za 6,9% kosztów (ok. 1,03 mld zł). Warto nadmienić, iż spośród wszystkich wydatków poniesionych z tytułu niezdolności do pracy w tych przypadkach aż 67% dotyczy całkowitej niezdolności do pracy oraz całkowitej niezdolności do pracy połączonej z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Znaczenie nowotworów zmniejsza się znacznie w przypadku świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS – odpowiadają one jedynie za 2,2% kosztów. Średni koszt jednostkowy takiej rehabilitacji w przypadku osób dotkniętych chorobą onkologiczną wyniósł w analizowanym okresie ok. 2200 zł⁵¹. Ponadto, warto dodać, iż liczba dni absencji chorobowej związanej z chorobą nowotworową w roku 2016 w województwie śląskim, wynikająca z 58 tys. wystawionych zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS, przekroczyła 1 mln. Województwo śląskie zajęło pierwsze miejsce w rankingu województw z najwyższą liczbą wystawionych zaświadczeń z powodu ww. przyczyny (14,2% ogółu)⁵².

⁵¹ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

⁵² Absencja chorobowa w 2016r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

2.5. Dostępność zasobów ochrony zdrowia

W województwie śląskim w roku 2016 ogółem zatrudnionych było 11 335 lekarzy, co daje wartość wskaźnika 24,9 na każde 10 tys. ludności. Sytuacja w województwie jest pod tym względem nieco lepsza, niż w przypadku średniej dla całej Polski, gdzie na 10 tys. ludności przypada 23,4 lekarzy. Całkowita liczba pracujących pielęgniarek w województwie na koniec roku 2016 wynosiła 24 434, co oznacza, że wskaźnik na każde 10 tys. mieszkańców wynosił 53,6. Także pod tym względem sytuacja w województwie jest lepsza, niż średnia dla całego kraju, gdzie liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności wynosiła w omawianym czasie 48. W ogólnej liczbie lekarzy w województwie zatrudnionych było na koniec 2016 roku 7 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie onkologii i hematologii, 5 specjalistów chemioterapii nowotworów i dodatkowo 83 specjalistów onkologii klinicznej, 36 specjalistów chirurgii onkologicznej, 72 specjalistów gastroenterologii oraz 168 specjalistów rehabilitacji medycznej. Oprócz tego w województwie pracowało w dniu 31 grudnia 2016 roku 130 specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej, 96 specjalistów radioterapii onkologicznej oraz 133 specjalistów radiodiagnostyki (I i II stopnia). Spośród pielęgniarek pracujących w województwie 293 posiadało specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w zakresie onkologii. Zasoby kadrowe powiązane z sektorem leczenia onkologicznego uzupełnia 1 217 techników elektroradiologii. Ponadto na terenie województwa pracowało w analizowanym okresie 2 572 fizjoterapeutów z wyższym wykształceniem oraz 833 techników fizjoterapii, 257 dietetyków, 1 408 psychologów oraz 233 terapeutów zajęciowych^{53,54}.

Sektor leczenia stacjonarnego w województwie śląskim to 199 szpitali ogólnych (stan na dzień 31 grudnia 2016), dysponujących 25 284 łózkami. Oznacza to, że na 10 tys. ludności przypada 55,5 łóżek szpitalnych, co jest wyższą wartością wskaźnika, niż charakteryzująca całą Polskę (47,6 łóżek na 10 tys. ludności). Średni czas pobytu w szpitalu wynosił w 2016 roku 6,3 dnia (5,3 dnia dla całej Polski), zaś wskaźnik śmiertelności – 2,3 zgony na 100 chorych (wobec 2,3 dla całej Polski). Liczba łóżek na oddziałach gastroenterologii w tym samym czasie wynosiła 218 (0,5 na 10 tys. ludności). Oddziały te udzieliły w przeciągu roku świadczeń 9 780 osobom (21,5 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury na poziomie 74,8%). Oddziały onkologiczne dysponowały na

⁵³ Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

⁵⁴ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].

dzień 31 grudnia 2016 roku 586 łózkami (1,3 łóżka na 10 tys. ludności), udzielając w przeciągu całego roku 2016 świadczeń 31 696 osobom (69,5 leczonych na 100 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury: 58,8%). Oddziały onkologii klinicznej/chemioterapii to 139 łóżek (0,3 na 10 tys. ludności), z których skorzystało 10 824 osób 23,7 leczonych osób na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury: 62,6%). Wreszcie oddziały radioterapii to 89 łóżek (0,2 na 10 tys. ludności), z których korzystało 4 182 osoby (9,2 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury na poziomie 66,9%), a oddziały chirurgii onkologicznej – 261 łóżek (0,6 na 10 tys. ludności), z których korzystało 10 578 osób (23,2 leczonych na 10 tys. ludności; wykorzystanie infrastruktury na poziomie 45,9%)⁵⁵.

Placówki lecznictwa ambulatoryjnego w roku 2016 udzieliły łącznie ponad 15,25 mln porad, w tym w zakresie onkologii – ok. 383tys. porad, natomiast w zakresie rehabilitacji – 328,4 tys. porad⁵⁶. Mediana czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacji leczniczej na przykładzie fizjoterapii to w województwie śląskim ponad pół roku (ok. 183 dni⁵⁷).

O dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w województwie śląskim świadczą również dane dotyczące liczby podmiotów leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację omawianego rodzaju świadczeń. Zgodnie ze stanem na luty 2018 Śląski OW NFZ posiada podpisane umowy z⁵⁸:

- 244 podmiotami w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
- 192 podmiotami w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej,
- 17 podmiotami w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym,
- 15 podmiotami w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.

⁵⁵ Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Katowice 2017.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Średnia na podstawie czasu oczekiwania na świadczenia fizjoterapii, sprawozdanego przez 20 losowo wybranych podmiotów z największych miast w województwie [kolejki.nfz.gov.pl; dostęp: 03.02.2018r.]

⁵⁸ Ibidem.

3. Obecne postępowanie

Obecnie realizowane postępowanie w zakresie chorób nowotworowych, w tym układu pokarmowego, uwarunkowane jest przez czynniki prawne, założenia polityki zdrowotnej państwa oraz standardy postępowania. Osobom cierpiącym na jednostki chorobowe zaliczane do ww. grupy chorób przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia (ambulatoryjnego oraz stacjonarnego), rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku ze szczególnym charakterem schorzeń onkologicznych pacjenci z podejrzeniem lub stwierdzeniem choroby nowotworowej mają prawo do świadczeń w ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej opiekę kompleksową na każdym etapie choroby. Pacjenci, u których lekarz POZ lub AOS stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego, mają prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez dodatkowego skierowania, wymaganego w celu skorzystania ze zdecydowanej większości świadczeń w rodzaju AOS lub lecznictwo szpitalne. Prawo do świadczeń leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez ww. skierowania ma także pacjent, u którego lekarz (udzielający świadczeń w ramach POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego lub programów zdrowotnych) stwierdzi nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy. Świadczeniodawcy realizujący leczenie tego typu są zobowiązani do wyznaczania tzw. koordynatorów leczenia onkologicznego, udzielających pacjentom informacji o organizacji procesu leczenia oraz nadzorujących o jego właściwy przebieg⁵⁹. Ponadto, podmioty te, muszą⁶⁰:

- posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych w chorobach onkologicznych,
- stosować się do standardów, wytycznych i zaleceń postępowania diagnostycznego i leczniczego w nowotworach złośliwych, rekomendowanych przez polskie towarzystwa naukowe,
- zapewniać co najmniej dostęp do realizacji diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, TK, RM, PET, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych,

⁵⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135]

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357].

- zapewniać realizację diagnostyki onkologicznej w terminie maksymalnie 7 tygodni od dnia wpisania się pacjenta na listę oczekujących na świadczenia.

Niezależnie od opisanej wyżej szybkiej terapii onkologicznej, w zakresie opieki ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom dotkniętym chorobą onkologiczną m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie⁶¹:

- onkologii (w tym dostęp do USG, badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, mammografii oraz dermatoskopii),
- leczenia bólu (w tym dostęp do blokad przeciwbólowych, badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG oraz USG),
- chirurgii onkologicznej (w tym dostęp do USG, dermatoskopii, badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, mammografii oraz endoskopii).

Świadczenia gwarantowane rehabilitacji leczniczej skierowane do pacjentów z chorobą onkologiczną układu pokarmowego, realizowane są w formie świadczeń⁶²:

- ambulatoryjnych, obejmujących lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną (porada lekarska rehabilitacyjna) oraz fizjoterapię ambulatoryjną (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),
- domowych, obejmujących poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię domową (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny),
- ośrodka lub oddziału dziennego, obejmujących rehabilitację ogólnoustrojową (w tym dla określonych grup pacjentów, m.in. z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu),
- stacjonarnych, obejmujących rehabilitację ogólnoustrojową.

Rehabilitacja stacjonarna pacjentów z chorobami nowotworowymi układu pokarmowego wchodzi w zakres rehabilitacji ogólnoustrojowej, a podmiot, który realizuje tego typu świadczenia, zobowiązany jest do zapewnienia pacjentom bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia⁶³.

W przypadku rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych skierowanie może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu

⁶¹ Ibidem.

⁶² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)

⁶³ Ibidem.

terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu. Skierowanie na rehabilitację w warunkach domowych może być wystawione przez lekarza POZ lub specjalistę. Świadczenie to w odniesieniu do jednego pacjenta realizowane jest przez okres do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym i obejmuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ⁶⁴.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku lub oddziale dziennym może wystawić lekarz POZ lub wybrani specjaliści wskazani w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (w tym m.in. lekarz oddziału onkologicznego). Czas trwania ww. świadczenia wynosi dla jednego pacjenta od 15 do 30 dni zabiegowych, obejmujących średnio 5 zabiegów dziennie. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych może wystawić lekarz specjalista wybranych oddziałów lub poradni wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (w tym m.in. lekarz oddziału onkologicznego). Rehabilitacja ta dla pojedynczego pacjenta trwa do 6 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji (prowadzonej zarówno w ośrodku lub oddziale dziennym, jak i stacjonarnie) może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ⁶⁵.

Wśród oferowanych dorosłym pacjentom z chorobami nowotworowymi układu pokarmowego świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej, znajdują się⁶⁶:

- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych (21 dni),
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych (21 dni),
- uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym (28 dni),
- uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych (6-18 dni).

Świadczenia uzdrowiskowego leczenia szpitalnego oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w szpitalu są całkowicie finansowane przez NFZ, a czas ich trwania na wniosek lekarza zakładu

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

lecznictwa uzdrowiskowego może zostać jednokrotnie przedłużony, za zgodą oddziału wojewódzkiego NFZ kierującego na leczenie. Nie ma możliwości przedłużenia świadczeń uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium oraz uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego. Pacjenci ponoszą w tym przypadku częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie za każdy dzień pobytu. Poziom finansowania przez pacjenta zależny jest od warunków zakwaterowania oraz sezonu rozliczeniowego⁶⁷. Pacjenci dotknięci chorobą nowotworową układu pokarmowego mogą być kierowani do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego świadczących usługi w ramach profilu chorób układu trawiennego, po upływie co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, CTH lub RTH⁶⁸.

Podstawowy dokument strategiczny w obszarze zdrowia publicznego – tj. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020⁶⁹, nie zawiera w swojej treści bezpośrednich odniesień do chorób nowotworowych układu pokarmowego, jednakże cele operacyjne Programu nawiązują do opisanych już w niniejszym dokumencie czynników ryzyka tych schorzeń, w tym m.in. do⁷⁰:

- otyłości, będącej podstawowym problemem zdrowotnym podejmowanym w celu operacyjnym 1 pn. „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”;
- palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu, stanowiącego problem podjęty w ramach celu operacyjnego 2 pn. „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”;
- wieku, będącego czynnikiem ryzyka wpisanym w cel operacyjny 5 pn. „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”, gdzie wśród działań edukacyjnych wskazano m.in. edukację zdrowotną w promocji bezpieczeństwa, czy realizację zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.

Problematyka chorób nowotworowych podjęta została na poziomie krajowym w postaci Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 (NPZChN)⁷¹. Celem głównym Programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów z powodu tej grupy schorzeń w Polsce. W tabeli 2 przedstawiono priorytety Programu

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2012 poz. 14].

⁶⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

oraz odpowiadające im cele szczegółowe, nawiązujące do chorób onkologicznych układu pokarmowego.

Tab. 5. Priorytety i cele szczegółowe Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.

Lp.	Priorytet	Cele szczegółowe
1	Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów	1) Poprawa stanu wiedzy społeczeństwa na temat postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory, w szczególności stanu wiedzy dzieci i młodzieży do lat 25. 2) Zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem: c) zgłaszalności na badania w kierunku raka jelita grubego w zależności od stosowanego systemu przeprowadzania badań.
2	Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów	1. Poprawa wskaźnika wykrywalności nowotworów mających największy udział w strukturze zachorowań na nowotwory. 2. Poprawa wskaźnika przeżywalności chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory. 3. Poprawa dostępności i likwidacja różnic w dostępie do sprzętu/aparatury medycznej służącej do diagnostyki i wykrywania nowotworów.
3	Wsparcie procesu leczenia nowotworów	1. Poprawa wskaźnika przeżywalności osób chorych na nowotwory, ze szczególnym uwzględnieniem osób chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce. 2. Poprawa dostępności do sprzętu/aparatury medycznej służącej do leczenia nowotworów.
4	Edukacja onkologiczna	Poprawa stanu wiedzy i umiejętności personelu medycznego i przedstawicieli innych zawodów medycznych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, z zakresu diagnostyki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem programów przesiewowych i postępowania terapeutycznego.
5	Wspomaganie systemu rejestracji nowotworów	Poprawa funkcjonowania obecnego systemu gromadzenia danych o chorobach nowotworowych w Polsce i jakości publikowanych danych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Uchwały nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].

Na szczególną uwagę w obszarze tematyki poruszanej w niniejszym Programie zasługuje priorytet 2 NPZChN, w ramach którego realizowane są badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka jelita grubego. Działania te, realizowane poprzez Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP) mają na celu stopniowe zwiększanie liczby badań kolonoskopowych w całej populacji docelowej. Bezpłatna, profilaktyczna kolonoskopia wykonywana jest w ramach PBP od roku 2000. Do roku 2012 realizowano działania wyłącznie w systemie bez zaproszeń, natomiast po tej dacie podjęto dwutorowe interwencje tj. w systemie bez zaproszeń (max. 25% wszystkich badań) oraz z zaproszeniami. Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego w systemie z zaproszeniami obejmują populację docelową osób w wieku 55–64 lat, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących

raka jelita grubego^{72,73}. W przypadku systemu bez zaproszeń działania skierowane są do osób bez wykonanej w ciągu ostatnich 10 lat kolonoskopii w wywiadzie, bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego oraz spełniających co najmniej jeden z poniższych warunków kwalifikacji⁷⁴:

- wiek 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- wiek 40–49 lat, z dodatnim wywiadem rodzinnym (posiadanie krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego),
- wiek 25–49 lat, z dodatnim wywiadem rodzinnym (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością występujący w rodzinie).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Konsekwencje choroby onkologicznej istotnie wpływają na obniżenie sprawności fizycznej jednostek, w tym możliwości podejmowania zatrudnienia oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie stanowią istotny element zapobiegania niepełnosprawności oraz wykluczeniu z rynku pracy mieszkańców województwa dotkniętych problemem ww. grupy chorób, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi oraz finansowymi w zakresie wydatków ponoszonych przez ZUS z tytułu świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Województwo śląskie charakteryzuje się niekorzystną sytuacją epidemiologiczną w zakresie chorób nowotworowych. Umieralność z powodu nowotworów ogółem jest w województwie śląskim drugą najwyższą wśród województw Polski, natomiast w przypadku nowotworów dolnego odcinka pokarmowego jest to wartość o około 10% wyższa od średniej charakteryzującej całą Polskę⁷⁵. W przypadku nowotworów jamy ustnej i gardła, przełyku i żołądka, pod względem umieralności mężczyzn województwo zajmuje odpowiednio trzecią, drugą i pierwszą pozycję w Polsce, pomimo faktu, iż zapadalność w większości rejonów jest niższa (nie licząc nowotworów przełyku). Umieralność kobiet szczególnie wysoka jest w przypadku następujących lokalizacji: przełyku (pierwsze miejsce w kraju), żołądka (drugie miejsce w kraju) i jelita grubego (drugie miejsce w kraju). Wskazane wyżej dane, w opinii autorów, stanowią bezsporne uzasadnienie dla podjęcia działań planowanych w ramach

⁷² Ibidem.

⁷³ Dane z serwisu internetowego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego [pbbp.org.pl/; dostęp: 19.01.2018r.]

⁷⁴ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

⁷⁵ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego... op. cit.

niniejszego Programu⁷⁶. Problem chorób nowotworowych znajduje swoje odzwierciedlenie także na rynku pracy. Grupa tych jednostek chorobowych stanowi ok. 5% ogółu przyczyn absencji chorobowej rocznie. Obserwowana sytuacja wiąże się z ponoszeniem znacznych nakładów finansowych na świadczenia z ubezpieczenia społecznego⁷⁷.

Przywrócenie pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a także zdolności do podejmowania aktywności zawodowej oraz czynnego uczestnictwa w życiu społecznym pacjentom z problemem chorób onkologicznych układu pokarmowego możliwe jest dzięki podejmowaniu kompleksowych działań rehabilitacyjnych. Jak wskazano w części dot. epidemiologii, istotną przeszkodę w osiągnięciu pełnych rezultatów rehabilitacji medycznej stanowi bardzo niski odsetek pacjentów z rozpoznaniem chorób w obrębie ww. grupy, korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Relacja osób korzystających z tego rodzaju świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w odniesieniu do wszystkich osób leczonych z tego tytułu, wynosi mniej niż 0,1%⁷⁸. Dane te wskazują na istnienie wyraźnie zauważalnego deficytu w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z omawianymi problemami zdrowotnymi, zamieszkującymi obszar województwa śląskiego. Dodatkowy argument przemawiający za koniecznością podejmowania działań rehabilitacyjnych na poziomie samorządowym stanowi fakt długiego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z danymi NFZ⁷⁹ na rok 2018 umowę na udzielanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych podpisano z 15 podmiotami w województwie śląskim, w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym jest to 17 podmiotów. Rehabilitacja ambulatoryjna w roku 2018 realizowana będzie w województwie na podstawie umów ze stosunkowo większą liczbą świadczeniodawców (244 podmioty), jednakże mediana czasu oczekiwania na świadczenia na przykładzie fizjoterapii to ponad pół roku (ok. 183 dni⁸⁰). Ponadto, warto dodać, iż zgodnie z publikowanymi przez Najwyższą Izbę Kontroli danymi o czasie oczekiwania na świadczenia fizjoterapii w roku 2016 województwo śląskie zajmuje drugie miejsce (po małopolskim) pod względem najdłuższego czasu

⁷⁶ J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 15.02.2018r.]

⁷⁷ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r... op.cit.

⁷⁸ Dane NFZ pozyskane na potrzeby opracowania projektu

⁷⁹ Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl/umowy; dostęp: 03.02.2018r.]

⁸⁰ Średnia na podstawie czasu oczekiwania na świadczenia fizjoterapii, sprawozdanego przez 20 losowo wybranych podmiotów z największych miast w województwie [kolejki.nfz.gov.pl; dostęp: 03.02.2018r.]

oczekiwania w całym kraju (w analizowanym okresie mediana czasu oczekiwania na omawiane świadczenie wyniosła 148 dni wobec 183 dni obecnie)⁸¹.

W odpowiedzi na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz obserwowaną sytuację zdrowotną Zarząd Województwa Śląskiego planuje wdrożenie „Regionalnego programu rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022”. Wdrożenie Programu uzasadnione jest także wskazaniem chorób nowotworowych wśród pięciu grup schorzeń, będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej w Polsce, których powinny dotyczyć programy rehabilitacji medycznej współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego⁸².

4.1. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie krajowym

Zaplanowany Program wpisuje się w krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- 1) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁸³ – *priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych; priorytet 5: rehabilitacja;*
- 2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020⁸⁴ - *cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;*
- 3) Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024⁸⁵ – *cel główny: Dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów z powodu tej grupy schorzeń w Polsce; priorytet 1: Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów; priorytet 2: Profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wykrywanie nowotworów; priorytet 4: Edukacja onkologiczna;*
- 4) Krajowymi ramami strategicznymi. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020⁸⁶: Punkt 5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 5.3. Struktura

⁸¹ Raport NIK, Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku, Dane i wykresy dla poszczególnych województw (nik.gov.pl; dostęp: 15.02.2018r.)

⁸² Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018 r.

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

⁸⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

⁸⁵ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

⁸⁶ Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.

celów strategicznych, 5.3.1. *Cel główny: Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce, Cele długoterminowe do 2030 r.: Cel 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych; Cel 3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej; Cel 4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).*

Problematyka poruszana w Programie została podjęta częściowo na poziomie krajowym w postaci Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024, opisanego w części dotyczącej obecnego postępowania. Działania w niniejszym regionalnym Programie zdrowotnym nie powielają tych zaplanowanych do realizacji w ramach programu ogólnopolskiego, ponieważ w odniesieniu do pacjentów obejmują interwencje z zakresu profilaktyki wtórnej (tj. skierowane do pacjentów już zdiagnozowanych, po radykalnym leczeniu onkologicznym), natomiast w odniesieniu do personelu medycznego obejmują fizjoterapeutów oraz przede wszystkim dotyczą metod i technik rehabilitacji (wymieniony wyżej Program ogólnopolski obejmuje szkolenia z zakresu onkologii dla lekarzy oraz szkolenia z zakresu psychoonkologii m.in. dla lekarzy, pielęgniarek, położnych, psychologów i fizjoterapeutów)⁸⁷.

4.2. Komplementarność RPZ z działaniami podejmowanymi na poziomie regionalnym

„Regionalny program rehabilitacji osób chorych na nowotwory układu pokarmowego na lata 2019-2022” zaplanowany został w ramach RPO WSL na lata 2014–2020⁸⁸, osi priorytetowej VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy, *działanie 8.3: Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy, poddziałanie 8.3.2. Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, typ 1: Opracowywanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie*

⁸⁷ Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu... op.cit.

⁸⁸ Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.

zatrudnienia we współpracy z pracodawcami oraz typ 2: Wdrażanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej, ułatwiających powroty do pracy i utrzymanie zatrudnienia we współpracy z pracodawcami.

Ponadto zaplanowany Program wpisuje się w regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- 1) Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim⁸⁹ – priorytet 2: *Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej dla mieszkańców województwa śląskiego poprzez rozwój profilaktyki, szybkiej diagnostyki, leczenia, w tym rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej – cel VI: Poprawa dostępności do rehabilitacji w chorobach nowotworowych;*
- 2) Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+⁹⁰ - cel operacyjny B.1: *Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa;*
- 3) Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020⁹¹ - cel główny: *Poprawa warunków i jakości życia mieszkańców województwa śląskiego.*

⁸⁹ „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.

⁹⁰ Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.

⁹¹ Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.

II. Cele Programu polityki zdrowotnej i mierniki jego efektywności

1. Cel główny

Przywrócenie maksymalnie możliwej sprawności psychofizycznej oraz zdolności do aktywności zawodowej osobom po radykalnym leczeniu nowotworów układu pokarmowego poprzez zahamowanie lub ograniczenie negatywnych skutków procesów chorobowych oraz interwencji terapeutycznych, dzięki kompleksowej rehabilitacji medycznej prowadzonej w populacji osób w wieku produkcyjnym na terenie województwa śląskiego w latach 2019-2022.

2. Cele szczegółowe

1. Wzrost liczby osób w wieku produkcyjnym z zakończonym radykalnym leczeniem nowotworu układu pokarmowego w wywiadzie, którym udzielono świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2022.
2. Ograniczenie lub skompensowanie funkcjonalnych deficytów wynikających z chorób nowotworowych układu pokarmowego oraz procesu ich leczenia, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne prowadzone w populacji docelowej osób w wieku produkcyjnym w latach 2019-2022.
3. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej chorób nowotworowych w populacji docelowej kobiet i mężczyzn w wieku produkcyjnym w latach 2019-2022 poprzez prowadzone w ramach Programu działania edukacyjne.
4. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej chorób nowotworowych poprzez działania edukacyjne prowadzone w populacji członków rodzin osób w wieku produkcyjnym objętych interwencjami w Programie w latach 2019-2022.
5. Wzrost kwalifikacji fizjoterapeutów z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób nowotworowych układu pokarmowego dzięki szkoleniom zaplanowanym do realizacji w latach 2019-2020.

3. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej

Tab. 6. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej.

Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób objętych Programem zdrowotnym dzięki współfinansowaniu z EFS (uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	850	Listy obecności Liczba oświadczeń o udziale w Programie

Liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie	300	Listy obecności
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po szkoleniu w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed szkoleniem
Liczba osób poddanych badaniom lekarskim kwalifikującym do Programu	1 170	Liczba zgłoszeń wg listy prowadzonej przez Realizatora
Odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej	co najmniej 70% uczestników	Liczba oświadczeń o udziale w Programie uczestników kończących pełen cykl rehabilitacyjny
Liczba członków rodzin osób z populacji docelowej, uczestniczących w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej	425	Liczba zgłoszeń wg listy prowadzonej przez Realizatora
Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej	co najmniej 60% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po ostatnich zajęciach edukacji zdrowotnej/żywieniowej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed 1 zajęciami
Odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 15% uczestników	Wyniki kwestionariusza stanu zdrowia HAQ (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 15% uczestników	Wyniki skali VAS (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami	co najmniej 10% uczestników	Wyniki kwestionariusza jakości życia WHOQOL-Bref (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej	co najmniej 15% uczestników	Wyniki Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej IPAQ (różnica pomiędzy wartością uzyskaną na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 20% uczestników	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	co najmniej 170	Informacje dotyczące aktywności zawodowej uczestników (uzyskane na pierwszej wizycie oraz kontrolnej po 2 miesiącach od ukończenia rehabilitacji)

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach Programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Zgodnie z danymi GUS⁹² województwo śląskie zamieszkuje ok. 4 559 164 mieszkańców (11,86% ludności kraju), w tym 51,77% kobiet oraz 48,23% mężczyzn. Ludność w wieku produkcyjnym stanowi 61,8% ogółu mieszkańców zarówno w przypadku województwa śląskiego, jak i całego kraju. Wskaźnik obciążenia demograficznego dla województwa osiąga wartość zbliżoną do wartości krajowej. Szczegóły przedstawiono za pomocą tabeli 7.

Tab. 7. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.

Wyszczególnienie			Śląskie	Polska
			2016	2016
Ludność ogółem			4 559 164	38 432 992
Wiek przedprodukcyjny	ogółem	liczba	767 290	6 895 878
		%	16,8	17,9
	mężczyźni	liczba	392 796	3 538 551
		%	51,2	51,3
	kobiety	liczba	374 494	3 357 327
		%	48,8	48,7
Wiek produkcyjny	ogółem*	liczba	2 818 424	23 767 614
		%	61,8	61,8
	mężczyźni	liczba	1 490 539	12 584 291
		%	52,9	52,9
	kobiety	liczba	1 327 885	11 183 323
		%	47,1	47,1
Wiek poprodukcyjny	ogółem	liczba	973 450	7 769 500
		%	21,4	20,2
	mężczyźni	liczba	315 521	2 470 324
		%	32,4	31,8
	kobiety	liczba	657 929	5 299 176
		%	67,6	68,2
Wskaźnik obciążenia demograficznego**			61,8	61,7

* 18-64 lata mężczyźni, 18-59 lat kobiety

** ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

Populacja kwalifikująca się do Programu wyłoniona zostanie spośród osób w wieku produkcyjnym (kobiet w wieku 18-59 lat oraz mężczyzn w wieku 18-64 lat), których liczba w województwie śląskim wynosi 2 818 424⁹³.

⁹² Stan na 31.12.2016r., Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 05.01.2018r.]

⁹³ Ibidem.

Interwencje Programu skierowane będą do populacji docelowej osób w wieku produkcyjnym, dotkniętych problemem choroby nowotworowej układu pokarmowego, członków ich rodzin, a także fizjoterapeutów świadczących usługi pacjentom z ww. problemami zdrowotnymi.

Działania szkoleniowe w Programie, jak wskazano powyżej, skierowane będą do fizjoterapeutów zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom onkologicznym. Zgodnie z danymi opisanymi w części dotyczącej epidemiologii w województwie śląskim w roku 2016 zatrudnionych było 2 572 fizjoterapeutów. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi, etap I Programu w latach 2019-2020 obejmie 300 uczestników (ok. 11,7% populacji docelowej).

Według wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020⁹⁴ Regionalne Programy Zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy, realizowane w ramach RPO, powinny być ukierunkowane na osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. Za osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu konsekwencji choroby onkologicznej układu pokarmowego uznano grupę osób pracujących w wieku produkcyjnym (kobiety 18-59 lat, mężczyźni 18-64 lat). Za osoby najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych, w tym przypadku, uznano osoby bezrobotne oraz przebywające na zwolnieniu lekarskim w związku z absencją chorobową z ww. przyczyn, z tej samej grupy wiekowej. Celem zapobieżenia podwójnemu finansowaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej założono, iż Programem objęci zostaną pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu pokarmowego w wywiadzie, nie korzystający w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych.

Za miarę określającą liczbę osób żyjących z rozpoznaną chorobą nowotworową w ciągu ostatnich 5 lat uznaje się chorobowość 5-letnią. Według danych KRN (Krajowego Rejestru Nowotworów) w 2012 roku chorobowość 5-letnia (zachorowanie w latach 2008-2012) z powodu nowotworów układu pokarmowego (C00-C26) wynosiła w Polsce 39 625 u mężczyzn i 30 535 u kobiet. Wśród ogółu przypadków chorobowość w 44% dotyczyła

⁹⁴ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018r.

mężczyzn w wieku 20-64 lat, w przypadku kobiet było to 58%⁹⁵. W związku z powyższym chorobowość 5-letnią na nowotwory układu pokarmowego w populacji Polski w wieku produkcyjnym oszacowano na ok. 17 435 w przypadku mężczyzn oraz 17 710 w przypadku kobiet. Przyjmując, iż w województwie śląskim występuje 12,66% wszystkich zachorowań na nowotwory układu pokarmowego u mężczyzn i 12,86% u kobiet (2015)⁹⁶, chorobowość 5-letnią w populacji woj. śląskiego w wieku produkcyjnym oszacowano na ok. 2 200 mężczyzn i 2 280 kobiet. Na podstawie powyższych danych populację docelową w Programie oszacowano na ok. 4 480 osób. W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi etap II Programu w latach 2019-2022 obejmie 850 uczestników tj. ok. 19% populacji docelowej.

Program skierowany jest do osób z ww. grup docelowych, które zgłoszą chęć uczestnictwa w projektach realizowanych przez beneficjentów/realizatorów wyłonionych w ramach konkursu w ramach RPO WSL na lata 2014-2020. Istotnym elementem Programu jest równy dostęp mieszkańców województwa śląskiego zarówno do udziału w Programie, jak również do wiedzy z zakresu profilaktyki zdrowotnej

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z Programu polityki zdrowotnej

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

2.1.1. Kryteria włączenia:

- osoba wykonująca zawód medyczny fizjoterapeuty;
- osoba pracująca na terenie województwa śląskiego w podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń rehabilitacyjnych pacjentom z chorobami onkologicznymi.

2.1.2. Kryteria wyłączenia: Brak

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

2.2.1. Kryteria włączenia:

- wiek produkcyjny⁹⁷ tj. kobiety 18-59 lat, mężczyźni 18-64 lat;
- zamieszkiwanie na terenie województwa śląskiego;

⁹⁵ Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2014.

⁹⁶ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op.cit.

⁹⁷ Wiek produkcyjny wg GUS to wiek zdolności do pracy, tj. dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet - 18-59 lat [stat.gov.pl; dostęp: 02.01.2018r.]

- pozostawanie aktywnym zawodowo⁹⁸;
- rozpoznanie choroby nowotworowej układu pokarmowego w wywiadzie tj. C00-C26⁹⁹;
- zakończenie radykalnego leczenia onkologicznego.

2.2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu;
- przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym lub stacjonarnym sanatoryjnym (stwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udzielającego świadczeń w Programie).

2.3. Edukacja zdrowotna oraz wsparcie psychologiczne członków rodziny osób z grupy docelowej

2.3.1. Kryteria włączenia:

- pozostawanie członkiem rodziny pacjenta zakwalifikowanego do uczestnictwa w II etapie Programu

2.3.2. Kryteria wyłączenia: Brak

2.4. Sposób informowania o Programie polityki zdrowotnej

2.4.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców poprzez nawiązanie bezpośredniego kontaktu z podmiotami działalności leczniczej (w tym szczególnie z poradniami rehabilitacyjnymi, rehabilitacyjnymi oddziałami/ośrodkami dziennymi oraz stacjonarnymi oddziałami rehabilitacji), a także samorządem zawodowym fizjoterapeutów. Wśród sposobów rozpowszechnienia informacji o szkoleniach dla kadry medycznej zaleca się wykorzystanie m.in. drogi pocztowej, mailowej oraz telefonicznej, natomiast ostatecznie zależne one będą od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

⁹⁸ Ludność aktywna zawodowo wg GUS obejmuje wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące (wykonujące pracę lub posiadające pracę, ale nie wykonujące jej z powodu choroby) lub bezrobotne.

⁹⁹ Grupy rozpoznań według klasyfikacji ICD-10 zgodne z analizą problemu zdrowotnego.

2.4.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez Wykonawców w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (głównie poradnie onkologiczne), innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Ponadto informacje o Programie dostępne będą w siedzibie Wykonawców, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Śląskiego (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o Programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez Wykonawcę/Wykonawców w złożonym projekcie.

3. Planowane interwencje

W Programie zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dla przedstawicieli kadry medycznej oraz kompleksową rehabilitację uczestników Programu.

3.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Szkolenia mające na celu wzrost kwalifikacji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji chorób onkologicznych układu pokarmowego obejmą swym zasięgiem 300 fizjoterapeutów.

Szkolenia realizowane będą w trybie jednodniowym, obejmując łącznie co najmniej 8 godzin edukacyjnych (45-minutowych) w grupach max. 30-osobowych. Realizator zapewni, że szkolenia prowadzone będą przez osoby wykonujące zawody medyczne, w tym w szczególności doświadczone w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób onkologicznych. Treści przekazywane w ramach szkoleń dotyczyły będą m.in. kompleksowości postępowania w rehabilitacji pacjentów z chorobami onkologicznymi, najnowszych wytycznych i rekomendacji w zakresie omawianej tematyki, wskazań i przeciwwskazań do rehabilitacji uzdrowiskowej oraz zabiegów fizykoterapii, nowoczesnych metod fizjoterapii, stosowania kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w rehabilitacji onkologicznej, a także konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji ww. pacjentów.

Celem oceny efektywności szkoleń Realizator opracuje ankietę ewaluacyjną dot. przekazywanych treści, obejmującą min. 20 pytań zamkniętych. Anonimowa ankietę zostanie przeprowadzona przed szkoleniem w formie pre-testu oraz po szkoleniu w formie post-testu. Wyniki ankiet zostaną wprowadzone do arkusza programu Excel i przekazane Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej. Dodatkowo organizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia wśród uczestników ankiet oceniających jakość przeprowadzonych działań oraz wydania uczestnikom certyfikatów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Kompleksowa rehabilitacja w ramach Programu obejmie 850 pacjentów dotkniętych problemem chorób nowotworowych układu pokarmowego. W ramach omawianej interwencji zaplanowano dla każdego uczestnika następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Konsultacja lekarska kwalifikująca do uczestnictwa w Programie realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta, w tym weryfikację rozpoznania choroby nowotworowej układu pokarmowego [wg ICD-10: C00-C26] oraz zakończenia radykalnego leczenia onkologicznego,
- stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w Programie,
- uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie,
- zakwalifikowanie pacjenta do udziału w działaniach kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych (A) lub sanatoryjnych (B),
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie onkologii, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie niezbędnej konsultacji innego specjalisty wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonane badanie kwalifikujące do Programu, może być zwiększona o 30%, w relacji do liczby osób biorących udział w II

etapie Programu, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

2) Porada fizjoterapeutyczna, obejmująca:

- wywiad z pacjentem,
- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki wtórnej zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej;

3) Kompleksowa rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych (A) zaplanowana dla 425 uczestników lub sanatoryjnych (B) zaplanowana dla 425 uczestników – opis poniżej;

4) Kontrolna wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej (kwalifikującego pacjenta do Programu) po 2 miesiącach od ukończenia działań kompleksowej rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych (A) lub sanatoryjnych (B), obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) i przedmiotowe,
- uzupełnienie karty oceny skuteczności Programu,
- dokonanie oceny stanu zdrowia w skali VAS, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia HAQ, oceny jakości życia WHOQOL-BREF oraz Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (IPAQ) wraz z odnotowaniem wyników w arkuszu programu Excel,
- zalecenia dot. dalszego postępowania w jednostce chorobowej;
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie onkologii, z którego świadczeń korzysta pacjent,
- ewentualne zalecenie niezbędnej konsultacji innego specjalisty wraz z wydaniem odpowiedniego skierowania oraz wskazaniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym pacjent może uzyskać świadczenie.

A. Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

1) Działania edukacyjne, obejmujące:

- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej, prowadzone przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych¹⁰⁰ (proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób onkologicznych, zalecane formy aktywności, zachowania sprzyjające zdrowiu, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, ergonomia pracy);
- 1 spotkanie 45-minutowe w grupie max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej, prowadzone przez dietetyka wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych¹⁰¹ (proponowana tematyka to m.in. rola diety w profilaktyce wtórnej chorób onkologicznych oraz wzmacnianiu odporności organizmu, stosowanie suplementów diety, interakcje leków z żywnością);
- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji, prowadzone przez psychologa (proponowana tematyka to m.in. wzmacnianie motywacji do podjęcia rehabilitacji, relaksacja, sposoby radzenia sobie ze stresem).

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny, obejmujący:

- dobrane przez lekarza rehabilitacji medycznej wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury zawarte w tabeli 8 o łącznej sumie punktów 1 200 (+/- 3pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny trwający min. 15 dni,
- minimum 2 zabiegi dziennie,
- maksimum 4 zabiegów dziennie,
- minimum 6 kinezyterapii w formie indywidualnej pracy z pacjentem na cały cykl rehabilitacyjny;

¹⁰⁰ Realizator będzie zobowiązany do wprowadzenia wyników ankiet do arkusza programu Excel i przekazania Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej

¹⁰¹ Jw.

Tab. 8. Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Rodzaj interwencji	Liczba punktów*
I. Zabiegi fizjoterapeutyczne	
A. Kinezyterapia	
Indywidualna	55
Grupowa (grupa 5-osobowa)	11
B. Masaż	
Masaż leczniczy	75
Masaż limfatyczny	65
C. Zabieg fizykoterapii (w tym m.in.: elektrolecznictwo, leczenie polem magnetycznym, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioteria, balneoterapia)	10
II. Indywidualna konsultacja dietetyczna	80
III. Indywidualna konsultacja psychologiczna	95
IV. Indywidualna konsultacja logopedyczna	80

* Oszacowania kosztu poszczególnych interwencji dokonano na podstawie rozeznania rynku (1pkt. = 1zł)

Przykład indywidualnego planu rehabilitacji w cyklu 15-dniowym (1200pkt. +/- 3pkt.):

- 1) Kinezyterapia: 429p. (w tym: 6x kinezyterapia indywidualna: 6x55p.=330p. + 9 x kinezyterapia grupowa: 9x11p.=99p.)
- 2) Masaże: 390p. (w tym 6 x masaż limfatyczny: 6x65p.)
- 3) Zabiegi fizykoterapii: 110p. (w tym 6 x hydroterapia: 6 x 10p. + 5 x światłolecznictwo: 5 x 10p.)
- 4) Indywidualna konsultacja dietetyczna: 80p.
- 5) Indywidualna konsultacja psychologiczna: 2x95p.=190p.

B. Rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych (14-dniowa)

- 1) Zakwaterowanie w pokoju 2-osobowym oraz wyżywienie w formie trzech posiłków (śniadanie, obiad, kolacja),
- 2) Wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę rehabilitacji medycznej po kursie z podstaw balneologii, obejmująca:
 - badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
 - analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta,
 - stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w kompleksowej rehabilitacji realizowanej w warunkach sanatoryjnych,
 - uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział w Programie,
 - opracowanie szczegółowego programu rehabilitacji,
- 3) Program rehabilitacji onkologicznej (14-dniowy), obejmujący kinezyterapię, zabiegi fizykalne oraz hydroterapię z założeniem:
 - minimum 2 zabiegów dziennie,
 - maksimum 5 zabiegów dziennie,
 - minimum 6 kinezyterapii w formie indywidualnej pracy z pacjentem na cały cykl rehabilitacyjny;

4) Całodobowa opieka pielęgniarska

5) Działania edukacyjne, obejmujące:

- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej, prowadzone przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych¹⁰² (proponowana tematyka to m.in. rola aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób onkologicznych, zalecane formy aktywności, zachowania sprzyjające zdrowiu, dostępność w regionie grup wsparcia i stowarzyszeń pacjentów, ergonomia pracy);
- 1 spotkanie 45-minutowe w grupie max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej, prowadzone przez dietetyka wraz z badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na pierwszej prelekcji oraz post-testu po trzeciej prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych¹⁰³ (proponowana tematyka to m.in. rola diety w profilaktyce wtórnej chorób onkologicznych oraz wzmacnianiu odporności organizmu, stosowanie suplementów diety, interakcje leków z żywnością);
- 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji, prowadzone przez psychologa (proponowana tematyka to m.in. wzmacnianie motywacji do podjęcia rehabilitacji, relaksacja, sposoby radzenia sobie ze stresem), w tym co najmniej 1 odbywające się przed rozpoczęciem indywidualnego planu rehabilitacyjnego;

6) Indywidualne konsultacje psychologiczne z częstotliwością 1 raz na tydzień (2 w trakcie pobytu)

7) Wizyta lekarska w ostatnim dniu pobytu kończąca udział w rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych, realizowana przez lekarza specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej lub specjalistę rehabilitacji medycznej po kursie z podstaw balneologii, obejmująca:

- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe,
- wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjaliście w dziedzinie onkologii/rehabilitacji medycznej, z którego świadczeń korzysta pacjent,

¹⁰² Realizator będzie zobowiązany do wprowadzenia wyników ankiet do arkusza programu Excel i przekazania Koordynatorowi w formie elektronicznej i papierowej

¹⁰³ Jw.

Podczas całego okresu udziału w Programie pacjent będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z Realizatorem w przypadku m.in. konieczności pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/zabiegu.

Celem zapewnienia możliwości monitoringu i ewaluacji Programu Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów oraz przekazania jej Koordynatorowi w formie elektronicznej.

3.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin uczestników kompleksowej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (A)

W ramach Programu, jako element profilaktyki pierwotnej, zaplanowano udział członków rodziny pacjenta w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej (425 osób), opisanych w punkcie A.1. Działanie to pozwoli na zwiększenie motywacji pacjenta do pracy nad poprawą stanu swojego zdrowia, a w konsekwencji może przyczynić się do wzrostu efektywności Programu. Ponadto, przyniesie wymierną korzyść dla członka rodziny pacjenta, umożliwiając mu zwiększenie wiedzy w zakresie problematyki prewencji chorób onkologicznych. Zajęcia będą odbywały się w grupach mieszanych max. 20-osobowych, obejmujących pacjentów oraz członków ich rodzin.

3.4. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej

W ramach Programu zaplanowano także możliwość otrzymania przez uczestników zwrotu kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej. Zwrot ten, w związku z ograniczeniami budżetowymi, przysługiwał będzie 9% uczestników objętych Programem, w tym priorytetowo osobom niepełnosprawnym. Otrzymanie zwrotu będzie możliwe po ukończeniu indywidualnego cyklu rehabilitacji na podstawie okazania zakupionego wykorzystanego biletu (biletów). Możliwość przyznania zwrotu kosztów dojazdu będzie każdorazowo rozpatrywana indywidualnie w zależności od sytuacji uczestnika Programu.

3.5. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w opisanych poniżej wytycznych i rekomendacjach ekspertów.

Zgodnie z zaleceniami WHO oraz Banku Światowego, rehabilitacja poza aspektem medycznym powinna umożliwić pacjentom, niezależnie od jednostki chorobowej, uczestnictwo w edukacji zdrowotnej, a także rehabilitacji zawodowej i społecznej. Działania prowadzone w tym obszarze w poszczególnych krajach powinny skupiać się na organizacji,

wzmacnianiu i rozszerzaniu kompleksowych usług i programów rehabilitacji z założeniem ich jak najwcześniejszego wdrażania, w oparciu o wielodyscyplinarną ocenę indywidualnych potrzeb pacjenta, a także korzyści i ryzyka związanych z podejmowaniem poszczególnych interwencji. Raport porusza m.in. tematykę wybranych sposobów rehabilitacji, potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów, a także pojawiających się przeszkód w ich zaspokajaniu oraz sposobów radzenia sobie z tymi problemami. Rehabilitacja powinna obejmować identyfikację problemu i potrzeb pacjenta, powiązanie ich z czynnikami modyfikowalnymi i ograniczającymi, wybór głównych celów oraz sposobów rehabilitacji, określenie mierników efektywności, zaplanowanie i wdrożenie interwencji oraz ocenę efektywności. Interdyscyplinarny proces rehabilitacyjny powinien obejmować medycynę rehabilitacyjną, terapię oraz technologie uzupełniające. Pierwsza z wymienionych ma na celu poprawę funkcjonowania jednostki poprzez diagnostykę i leczenie problemu zdrowotnego, zmniejszenie niepełnosprawności, a także ograniczenie ryzyka powikłań lub ich leczenie. Efektywność medycyny rehabilitacyjnej w dużej mierze zależy od zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, w tym m.in. lekarzy rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, psychiatrów, geriatrów, pediatrów, okulistów, neurochirurgów, czy ortopedów. W ramach terapii dąży się do przywracania i kompensacji utraconych w związku z niepełnosprawnością funkcji, a także zapobiegania pogorszeniu funkcjonowania pacjenta w każdej z dziedzin życia. Świadczeń w tym przypadku dostarczają m.in. terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, protetycy, czy psycholodzy. Terapia obejmuje m.in. warsztaty, ćwiczenia, naukę strategii kompensacyjnych, edukację zdrowotną, wsparcie i doradztwo, czy też pomoc w modyfikacji stylu życia. Pod pojęciem technologii uzupełniających kryją się natomiast dowolne przedmioty, elementy wyposażenia lub produkty sprzyjające zwiększeniu, utrzymaniu lub poprawie funkcjonalnych możliwości osób niepełnosprawnych (m.in. kule, protezy, ortezy, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, lupy)¹⁰⁴.

Według Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (2013) rehabilitacja powinna stanowić standard opieki pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych, a wśród jej zalecanych kryteriów powinny znaleźć się: powszechność, wczesność, ciągłość oraz kompleksowość. Zasada powszechności odnosi się do objęcia działaniami wszystkich chorych dotkniętych problemem nowotworu złośliwego, natomiast wspomniana wczesność polega na podjęciu rehabilitacji jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego. Zasada ciągłości wskazuje na konieczność kontynuacji działań przez całe życie chorych i objęcie

¹⁰⁴ World Report on Disability, World Health Organization, The World Bank, WHO 2011.

rehabilitacją okresu szpitalnego, poszpitalnego wczesnego oraz późnego. Kompleksowość z kolei polega na uwzględnieniu w rehabilitacji wszystkich obszarów życia człowieka (medycznego, psychospołecznego oraz zawodowego). Wśród celów rehabilitacji w chorobie nowotworowej wskazać należy przygotowanie psychofizyczne pacjentów do planowanego leczenia przeciwnowotworowego oraz zapobieganie powikłaniom i zaburzeniom czynnościowym z nim związanym, wspomaganie powrotu sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności, a także zmniejszanie ryzyka nawrotu choroby i w konsekwencji przedwczesnej śmierci¹⁰⁵.

Wśród możliwości rehabilitacji chorych na nowotwory, przy uwzględnieniu indywidualnych wskazań klinicznych, PTOK rekomenduje ćwiczenia fizyczne, fizykoterapię i masaż oraz rehabilitację uzdrowiskową. Ćwiczenia fizyczne stanowią bezpieczną i skuteczną metodę przywracania sprawności psychofizycznej pacjentów. Chorzy onkologiczni mogą i powinni uprawiać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych we wszystkich stadiach zaawansowania choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia, z uwzględnieniem ich możliwości, w tym głównie sprawności i wydolności. Stosowanie fizykoterapii u pacjentów onkologicznych, pomimo braku wiarygodnych dowodów naukowych na temat jej negatywnego wpływu na nowotwory złośliwe, budzi wiele kontrowersji. W związku z powyższym dokonując analizy wskazań do wykonywania zabiegów fizykalnych u tego typu chorych, należy każdorazowo wziąć pod uwagę rodzaj i lokalizację, stopień zaawansowania i złośliwości nowotworu, a także czas, jaki upłynął od leczenia (za względnie bezpieczny uznaje się okres 5 lat). Masaże w rehabilitacji chorób nowotworowych stosowane są zazwyczaj celem redukcji obrzęku limfatycznego, stanowiącego możliwe powikłanie terapii onkologicznej¹⁰⁶.

Za najskuteczniejszą metodę rehabilitacji pacjentów z ww. obrzękami uznaje się kompleksową terapię udrażniającą, obejmującą ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapię (stosowanie pończoch lub rękawów uciskowych, bandażowanie), ćwiczenia fizyczne oraz higienę kończyny. Terapia taka jest wykonywana zwykle w 2 fazach: uderzeniowej i podtrzymującej. Pierwsza z wymienionych trwa ok. 4 tygodni i obejmuje codzienny ręczny drenaż chłonny, bandażowanie i ćwiczenia fizyczne. Okres trwania drugiej z wymienionych jest ustalany indywidualnie i obejmuje drenaż chłonny 1-2 razy w tygodniu oraz zastąpienie bandażowania wyrobami uciskowymi. Alternatywnie, poza drenażem ręcznym, stosowane są także pompy do przerywanej kompresji pneumatycznej (tzw. masaż pneumatyczny). W

¹⁰⁵ Woźniewski M., Rehabilitacja chorych na nowotwory, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

¹⁰⁶ Ibidem.

zestawie ćwiczeń fizycznych, podejmowanych w związku z obrzękami limfatycznymi, powinny znaleźć się m.in. ćwiczenia rozluźniające, czynne (szyi, barków, kończyn górnych), izometryczne (mięśni szyi, brzucha, kończyn górnych) oraz oddechowe (torem brzuszny i piersiowy). Ponadto nie należy zapominać o odpowiednim schemacie ich stosowania, pozwalającym na zwiększenie efektywności podejmowanych działań. Jako metody pomocnicze i uzupełniające w przypadku obrzęku chłonnego stosować można elektroterapię, laser biostymulacyjny, ultradźwięki, masaż wirowy oraz kinesiotaping. Niezwykle ważna w postępowaniu z pacjentami z opisywanym problemem jest edukacja zdrowotna w zakresie modyfikacji trybu życia¹⁰⁷.

Leczenie nowotworowe może skutkować także zaburzeniami czynności układu oddechowego oraz krążenia. W pierwszym z wymienionych przypadków wśród pacjentów z zaburzeniami zaporowymi podejmowane działania mają na celu zmniejszenie oporów w drogach oddechowych, natomiast w przypadku tych dotkniętych zaburzeniami ograniczającymi – zwiększenie ruchomości klatki piersiowej. W przypadku wtórnych czynnościowych i strukturalnych zmian mięśniowych, nasilających ograniczenie sprawności wysiłkowej i sprawności fizycznej chorych, zaleca się trening zwiększający sprawność mięśni szkieletowych. Wśród powikłań kardiologicznych RTH i/lub CTH może dochodzić m.in. do zaburzeń rytmu serca i przewodzenia, zwłóknienia naczyń krwionośnych serca, a także ostrej niewydolności lewokomorowej w przebiegu kardiomiopatii. W stosowanej w takich przypadkach rehabilitacji kardiologicznej uwzględniane są różne rodzaje treningu fizycznego (interwałowy, ciągły, siłowy), dostosowanego do potrzeb pacjenta¹⁰⁸.

Rehabilitacja uzdrowskowa w przypadku nowotworów układu pokarmowego może być realizowana w okresie po roku od zakończenia leczenia oraz powinna obejmować programy treningu fizycznego. Stosowanie w jej trakcie zabiegów przyrodoleczniczych powinno być rozważane ostrożnie, podobnie jak ma to miejsce w przypadku fizykoterapii. W związku z licznymi zaletami rehabilitacji uzdrowskowej, w tym jej przewagą nad rehabilitacją ambulatoryjną pod względem obserwowanych efektów długotrwałych, należy to działanie rozważać

¹⁰⁷ Woźniewski M., *Moja rehabilitacja – poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin*, AWF we Wrocławiu i Fundacja „Tam i z powrotem”, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Warszawa 2014.

¹⁰⁸ Ibidem.

3.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W opinii autorów projekt PPZ jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi ogólnopolskimi programami profilaktycznymi realizowanymi przez ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że mimo iż zaproponowane interwencje rehabilitacyjne stanowią świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej, to w opinii autorów w połączeniu z zaplanowanymi działaniami obejmującymi szkolenia kadry medycznej, edukację zdrowotną i żywieniową, psychoedukację oraz indywidualne konsultacje psychologiczne stanowią logiczną całość oraz skierowane są do zdefiniowanej grupy docelowej. W związku z powyższym zgodnie z wytycznymi dla EFS, w opinii autorów, mogą być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu polityki zdrowotnej

Świadczenia realizowane w ramach Programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na uczestnictwo w Programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych.

Za zaproszenie uczestników do Programu odpowiedzialni będą wyłonieni w drodze konkursu realizatorzy, a koszty akcji promocyjno-informacyjnej zostaną wliczone w koszty pośrednie. Dostęp do interwencji w ramach Programu zapewniony będzie w godzinach porannych oraz popołudniowych od poniedziałku do piątku, a także w godzinach porannych w soboty, celem dostosowania do potrzeb uczestników. Pacjent będzie miał możliwość kontaktu telefonicznego z realizatorem celem m.in. pozyskania informacji w zakresie terminów udzielania świadczeń, czy też przełożenia wizyty/zabiegu/turnusu rehabilitacyjnego.

Świadczenia będą realizowane przez multidyscyplinarne zespoły specjalistów, składające się z lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących poszczególne etapy Programu opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Wszyscy ww. specjaliści będą ze sobą aktywnie współpracować celem zapewnienia uczestnikowi Programu kompleksowej opieki. W ramach Programu zaplanowano długotrwałą, kilkutygodniową współpracę pacjenta z ww. zespołem, której celem jest wypracowanie oraz późniejsze podtrzymanie odpowiednich zachowań zdrowotnych przez pacjenta.

5. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej

Organizator dopuszcza zakończenie udziału pacjenta w Programie na każdym jego etapie na życzenie samego pacjenta. W przypadku ukończenia pełnego cyklu programu pacjent:

- otrzymuje wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne, konieczność regularnych kontroli stanu zdrowia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta, której wyniki będą pomocne w ewaluacji Programu,
- kończy udział w Programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu Programu pacjent:

- zostaje poinformowany o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w Programie (brak uzyskania pełnej efektywności działań rehabilitacyjnych w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości życia),
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji w warunkach świadczeń gwarantowanych.

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Części składowe programu polityki zdrowotnej są następujące:

- 1) Wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w ramach konkursu ofert,
- 2) Przeprowadzenie szkoleń dla kadry medycznej,
- 3) Przeprowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej,
- 4) Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu,
- 5) Bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności,
- 6) Ewaluacja Programu – ocena efektywności Programu.

Program będzie przebiegał w następujących etapach:

Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej,

Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu.

2. Warunki organizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

2.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Organizator szkoleń zaplanowanych w ramach Programu powinien:

- zapewnić niezbędną infrastrukturę celem realizacji zaplanowanych szkoleń;
- posiadać doświadczenie w prowadzeniu szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 8 godzin, dla min. 50 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);
- zapewnić prowadzenie wykładów wyłącznie przez
 - lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub onkologii, posiadających co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób onkologicznych,
 - fizjoterapeutów, posiadających tytuł magistra fizjoterapii oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób onkologicznych.

2.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II)

Realizator wyłoniony w drodze konkursu powinien spełniać wymagania lokalowe i sprzętowe, a także wymagania dotyczące kompetencji specjalistów udzielających świadczeń w

Programie (lekarze specjaliści kwalifikujący do udziału w Programie, fizjoterapeuci) określone przepisami zawartymi w załączniku 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dot. świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna)¹⁰⁹ oraz w przypadku podmiotów udzielających świadczeń sanatoryjnych – w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (część B)¹¹⁰.

Ponadto realizator zapewni, że:

1) zajęcia edukacji zdrowotnej prowadzone będą przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub specjalistę zdrowia publicznego, posiadających:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);

2) zajęcia edukacji żywieniowej prowadzone będą przez dietetyka, posiadającego:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu edukacji żywieniowej (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami);

3) zajęcia psychoedukacji prowadzone będą przez psychologa, posiadającego:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- doświadczenie w prowadzeniu zajęć z zakresu psychoedukacji (w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty, w wymiarze min. 2 godzin, dla min. 25 osób poświadczone odpowiednimi dokumentami).

4) indywidualne konsultacje psychologiczne prowadzone będą przez psychologa, posiadającego:

- co najmniej tytuł zawodowy magistra,
- minimum 3-letnie doświadczenie w pracy klinicznej.

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych... op. cit.

¹¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych... op. cit.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Ocena Programu prowadzona będzie z częstotliwością dostosowaną do poszczególnych etapów jego realizacji oraz obligatoryjnie na zakończenie Programu. Koszty związane z monitoringiem zabezpieczone zostaną w kosztach pośrednich przeznaczonych na realizację Programu.

1) Ocena zgłaszalności do Programu prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie programu poprzez analizę:

- liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w badaniach lekarskich kwalifikujących do Programu,
- liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w Programie,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji żywieniowej,
- liczby osób uczestniczących w zajęciach z zakresu psychoedukacji,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach jego trwania.

2) Ocena jakości świadczeń w Programie prowadzona corocznie oraz całościowo na zakończenie Programu poprzez:

- analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników Programu,
- analizę pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg Programu.

2. Ewaluacja

Za przeprowadzenie ewaluacji Programu odpowiedzialna będzie Instytucja Zarządzająca RPO WSL na lata 2014-2020. Ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie analizy wartości następujących mierników efektywności, obrazujących zaplanowane efekty korespondujące z celami Programu:

- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych,
- odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej,
- odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej,

- odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których doszło do zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami
- odsetek osób, u których doszło do poprawy jakości życia w związku z otrzymanymi w Programie interwencjami,
- odsetek osób, u których zwiększył się poziom codziennej aktywności fizycznej,
- odsetek osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie.

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości. Ponadto należy podkreślić, że ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu i będzie procesem długoterminowym.

Utrzymanie trwałości uzyskanych w Programie efektów zdrowotnych w populacji województwa śląskiego zaplanowano poprzez nadanie Programowi charakteru wieloletniego. Z kolei jego dalsza realizacja uzależniona będzie od dostępności środków finansowych, jak również pozytywnej oceny efektywności Programu.

VI. Budżet Programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 2 024 418,00 zł. W latach 2019-2022 planuje się ogłoszenie naborów wniosków o dofinansowanie projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Ceny jednostkowe, w oparciu o które wyliczono koszty Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia na terenie województwa śląskiego. Koszty przewidziane w Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych w wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

1. Koszty jednostkowe

1.1. Szkolenia dla kadry medycznej (etap I)

Działania szkoleniowe w Programie zaplanowano dla 300 uczestników (10 grup 30-osobowych). Koszt szkolenia w trybie jednodniowym (8h edukacyjnych 45-minutowych) dla 1 uczestnika, na podstawie rozeznania sytuacji rynkowej, oszacowano na poziomie 500 zł. Koszt obejmować będzie wynagrodzenie wykładowcy, wynajem sali, catering, opracowanie i druk materiałów szkoleniowych. Koszt organizacji jednego szkolenia wyniesie 15 000,00 zł.

1.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu (etap II): 1468 zł (A) lub 2 408 zł (B)

1) Konsultacja lekarska kwalifikująca do uczestnictwa w Programie realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej: **95 zł**

2) Porada fizjoterapeutyczna: **70 zł**

3) Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych (A) lub sanatoryjnych (B)

A. Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych: **1 228 zł**

- działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej: 9 zł (3zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 60zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- działania edukacyjne obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej: 4 zł (80zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji: 15 zł (5zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 100zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- indywidualny plan rehabilitacyjny: 1 200zł

B. Rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych: 2 168 zł

- zakwaterowanie z wyżywieniem, pierwsza wizyta lekarska, program rehabilitacji onkologicznej (14-dniowy), całodobowa opieka pielęgniarska, wizyta lekarska w ostatnim dniu pobytu: 1 950 zł

- działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej: 9 zł (3zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 60zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- działania edukacyjne obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji żywieniowej: 4 zł (80zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- działania edukacyjne obejmujące 3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie psychoedukacji: 15 zł (5zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 100zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

- indywidualne konsultacje psychologiczne z częstotliwością 1 raz na tydzień (2 w trakcie pobytu): 190zł (95zł/konsultację)

4) Kontrolna wizyta lekarska realizowana przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej: **75zł**

1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin uczestników rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym (A):

3 spotkania 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej: **9 zł** (3zł/jedno spotkanie dla jednego pacjenta; 60zł/jedno spotkanie dla całej grupy)

1.4. Zwrot kosztów dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej: 115 zł

Zwrot kosztów dojazdu dla uprawnionych uczestników Programu oszacowano na poziomie max. 115zł na podstawie średniej ceny biletu miesięcznego obliczonej według cenników dużych przewoźników, świadczących usługi transportowe w województwie śląskim.

Tab. 9. Przykładowe koszty jednostkowe Programu.

Interwencja	Koszt jednostkowy (zł)
Uczestnictwo jednej osoby w szkoleniu dla personelu medycznego	500,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym bez zwrotu kosztów dojazdu	1 468,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym ze zwrotem kosztów dojazdu	1 583,00

Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji w trybie stacjonarnym bez zwrotu kosztów dojazdu	2 408,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w Programie kompleksowej rehabilitacji w trybie stacjonarnym ze zwrotem kosztów dojazdu	2 523,00
Konsultacja lekarza rehabilitacji medycznej kwalifikująca do Programu	95,00
Rehabilitacja jednego pacjenta w warunkach ambulatoryjnych	1 228,00
Rehabilitacja jednego pacjenta w warunkach stacjonarnych	2 168,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w 3 spotkaniach w zakresie edukacji zdrowotnej	9,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w spotkaniu w zakresie edukacji żywieniowej	4,00
Uczestnictwo jednego pacjenta w 3 spotkaniach w zakresie psychoedukacji	15,00
Uczestnictwo członka rodziny w edukacji zdrowotnej (3 zajęcia)	9,00
Kontrolna wizyta lekarska	75,00

2. Koszty całkowite

Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje.

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej				150 000,00
Szkolenie dla fizjoterapeutów	300	osoba	500	150 000,00
1.2. Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu				1 677 700,00
1) Pierwsza wizyta lekarska u specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Programie	1 170	osoba	95	111 150,00
2) Porada fizjoterapeutyczna	850	osoba	70	59 500,00
3A) Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych	425	osoba	1 228	521 900,00
3B) Rehabilitacja w warunkach sanatoryjnych	425	osoba	2 168	921 400,00
4) Kontrolna wizyta lekarska	850	osoba	75	63 750,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin				3 825,00
Cykl 3 zajęć edukacji zdrowotnej w grupach max. 20-os.	425	osoba	9	3 825,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników)	77	osoba	115	8 855,00
Koszty Programu (bezpośrednie)				1 840 380,00

Tab. 11. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba	% ogółu	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
Rok 2019					584 045,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	150	50%	osoba	500	75 000,00
1.2.(A) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb ambulatoryjny	128	30%	osoba	1 468	187 904,00
1.2.(B) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb sanatoryjny	128	30%	osoba	2 408	308 224,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	128	30%	osoba	9	1 152,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	23	30%	osoba	115	2 645,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 30% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	95	9 120,00
Rok 2020					584 045,00
1.1. Etap I. Szkolenia dla kadry medycznej	150	50%	osoba	500	75 000,00
1.2.(A) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb ambulatoryjny	128	30%	osoba	1 468	187 904,00
1.2.(B) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb sanatoryjny	128	30%	osoba	2 408	308 224,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	128	30%	osoba	9	1 152,00

1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	23	30%	osoba	115	2 645,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 30% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	95	9 120,00
Rok 2021					509 045,00
1.2.(A) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb ambulatoryjny	128	30%	osoba	1 468	187 904,00
1.2.(B) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb sanatoryjny	128	30%	osoba	2 408	308 224,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	128	30%	osoba	9	1 152,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	23	30%	osoba	115	2 645,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 30% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	96	30%	osoba	95	9 120,00
Rok 2022					163 245,00
1.2.(A) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb ambulatoryjny	41	10%	osoba	1 468	60 188,00
1.2.(B) Etap II. Kompleksowa rehabilitacja uczestników Programu - tryb sanatoryjny	41	10%	osoba	2 408	98 728,00
1.3. Edukacja zdrowotna członków rodzin	41	10%	osoba	9	369,00
1.4. Zwrot kosztów dojazdu (9% uczestników Programu)	8	10%	osoba	115	920,00
Koszt konsultacji lekarskich wykonanych u uczestników niezakwalifikowanych do Programu (założenie 30% spośród osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej)	32	10%	osoba	95	3 040,00
Koszty Programu (bezpośrednie)					1 840 380,00

Koszty bezpośrednie Programu szacuje się na poziomie 1 840 380,00 zł, co po doliczeniu 10% kosztów pośrednich¹¹¹ stanowi całkowity koszt realizacji Programu w wysokości 2 024 418,00 zł.

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Na realizację Programu przeznaczone zostaną środki Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, w wysokości 1 720 755,30 zł. (85%). Pozostałe 15% będzie finansowane ze środków Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjenta.

¹¹¹ Liczonych jako 10% kosztów bezpośrednich.

Spis rycin

Ryc. 1. Nowotwory jelita grubego w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.....	17
Ryc. 2. Nowotwory żołądka w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.....	19
Ryc. 3. Nowotwory trzustki w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.....	20
Ryc. 4. Nowotwory przełyku w Polsce oraz wybranych krajach europejskich. Wartości współczynników standaryzowane względem wieku; dane dla roku 2012.....	21

Spis tabel

Tab. 1. Choroby nowotworowe układu pokarmowego wg klasyfikacji ICD 10.....	5
Tab. 2. Zapaadalność oraz umieralność w związku z nowotworami układu pokarmowego w województwie śląskim u obu płci w 2015 roku (na 100 tys. ludności; współczynniki standaryzowane według wieku wg populacji Europy*).	23
Tab. 3. Zapaadalność oraz umieralność (na 100 tys. ludności; współczynniki surowe*) z powodu nowotworów układu pokarmowego w województwie śląskim w 2015 r.	25
Tab. 4. Liczba rozpoznań w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczących nowotworów układu pokarmowego mających miejsce podczas leczenia realizowanego w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w województwie śląskim w 2016 roku.....	26
Tab. 5. Priorytety i cele szczegółowe Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024.	34
Tab. 6. Mierniki efektywności realizacji Programu polityki zdrowotnej.	40
Tab. 7. Ludność województwa śląskiego wg ekonomicznych grup wieku i płci na tle kraju.....	42
Tab. 8. Interwencje możliwe do zaplanowania na pierwszej wizycie lekarskiej przez lekarza rehabilitacji medycznej w ramach indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.	50
Tab. 9. Przykładowe koszty jednostkowe Programu.	63
Tab. 10. Koszty bezpośrednie Programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje	64
Tab. 11. Koszty bezpośrednie Programu w poszczególnych latach realizacji.	64

Bibliografia

1. Absencja chorobowa w 2016r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
2. Bartnik W, Strzeszyński Ł. Choroby żołądka i dwunastnicy (Rak żołądka). W: Interna Szczeklika. Podręcznik Chorób Wewnętrznych. Augustynowicz-Kopeć E, Bała M, Baranowska B, Barcikowska M, Bartnik W, Bartuzi Z i wsp. Medycyna Praktyczna. Kraków 2013; 918–921.
3. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ, Warszawa 2017r.
4. Bujko K., Herman R., Pałucki J. i in., Rak odbytnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
5. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [stat.gov.pl; dostęp: 02.01.2018r.]
4. Dane International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr; dostęp: 24.01.2018r.]
6. Dane NFZ pozyskane na potrzeby opracowania projektu
7. Dane NFZ, Informator o umowach [aplikacje.nfz.gov.pl/umowy; dostęp: 03.02.2018r.]
8. Dane z serwisu internetowego Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego [pbbp.org.pl; dostęp: 19.01.2018r.], World Report on Disability, World Health Organization, The World Bank, WHO 2011.
9. Didkowska J., Wojciechowska U. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie [onkologia.org.pl; dostęp: 21.01.2018r.]
10. Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
11. Herszenyi L., Tulassay Z. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2010;14: 249-258.
12. Karimi P., Islami F., Anandasabapathy S., Freedman N.D., Kamangar F. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2014;23(5):700-713.
13. Kawecki A., Nawrocki S., Golusiński W. i in., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi, W: Kawecki A. i Nawrocki S. (red), W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
14. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, Warszawa, lipiec 2015.
15. Lampe P., Teoria a realia diagnostyki raka trzustki, Postępy Nauk Medycznych, t. XXVIII, nr 8B, 2015
16. Łacko A., Polkowski W., Reguła J. i in., Rak trzustki i brodawki Vater, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
17. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego [mz.gov.pl; dostęp: 24.01.2018r.]
18. NICE Clinical Guideline [CG131], Colorectal cancer: the diagnosis and management, November 2011 [nice.org.uk; dostęp: 18.01.2018r.].
19. Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2015 roku. Śląskie Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej- Curie, Gliwice 2017.
20. Personel medyczny w ochronie zdrowia w województwie śląskim, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego [Katowice.uw.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].
21. Polkowski W., Guzel Z., Reguła J. i in., Rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013. Guzel Z., Zaawansowany rak przełyku i połączenia przełykowo-żołądkowego. Możliwości i wyniki zastosowania współczesnych metod terapeutycznych, Gastroenterologia Kliniczna 2011, tom 3, nr 1, 17–35.
22. Polkowski W., Łacko A., Guzel Z. i in., Nowotwory żołądka, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
23. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, 30.06.2016.
24. Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa śląskiego. Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice 2015.
25. Raport NIK, Realizacja Zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku, Dane i wykresy dla poszczególnych województw [nik.gov.pl; dostęp: 15.02.2018r.]
26. Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów [onkologia.org.pl; dostęp: 18.01.2018r.]
27. Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Wersja 12.0, Katowice, grudzień 2017 r.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej [Dz.U. 2017 poz. 2476]
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2012 poz. 14].
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Dz.U. 2016 poz. 357].

33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522)
34. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
35. Siepiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.
36. Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020. Aktualizacja 2015. Katowice, 2015.
37. Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego ŚLĄSKIE 2020+, Województwo Śląskie, Katowice, Lipiec 2013.
38. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” [poz. 1165].
39. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135]
40. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce – wskaźniki 5-letnich przeżyć według województw, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.
41. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2014.
42. Woźniewski M., Moja rehabilitacja – poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin, AWF we Wrocławiu i Fundacja „Tam i z powrotem”, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Warszawa 2014.
43. Woźniewski M., Rehabilitacja chorych na nowotwory, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.
44. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.
45. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa, 1 stycznia 2018 r.
46. Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Katowice 2017
47. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017 [stat.gov.pl; dostęp: 15.02.2018].