



Opinia

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 238/2014 z dnia 27 października 2014 r.**

**o projekcie programu „Rehabilitacja oddechowa dzieci do lat 18 z
wykorzystaniem walorów klimatycznych obszaru Jarnołówka”
Województwa Opolskiego**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu „Rehabilitacja oddechowa dzieci do lat 18 z wykorzystaniem walorów klimatycznych obszaru Jarnołówka” realizowanego przez Województwo Opolskie.

Uzasadnienie

Program został przygotowany zgodnie z zalecanym przez AOTM schematem konstruowania programów zdrowotnych.

Oto główne zastrzeżenia i zarzuty pod adresem ocenianego programu:

Istnieją doskonale naukowo udokumentowane standardy dotyczące leczenia i rehabilitacji chorób układu oddechowego u dorosłych. Uznaje się, że zasady leczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POCHP) powinny być obowiązującym standardem dla leczenia innych chorób układu oddechowego. Nie jest jednak wcale oczywiste, czy standard ten powinien być stosowany w leczeniu i rehabilitacji chorób układu oddechowego u dzieci, zwłaszcza w przypadku przewlekłych chorób górnych i dolnych dróg oddechowych, dzieci z wielokrotnie przeżytymi infekcjami dróg oddechowych, a także cierpiącymi na astmę.

Cytowani w programie eksperci i autorzy programu podkreślają, że „Pomimo braku dowodów naukowych, wiodąca praktyka i opinie ekspertów wskazują że rehabilitacja oddechowa dla pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego powinna zostać zmodyfikowana i dopasowana do poszczególnych jednostek chorobowych oraz zindywidualizowana do potrzeb pacjenta w oparciu o trzon jaki stanowi leczenie POChP oraz innych chorób układu oddechowego”. Nie wiadomo jednak, kto, w jaki sposób i ze względu na jakie dowody naukowe powinien „modyfikować i dopasowywać” konkretny program rehabilitacji oddechowej do konkretnego dziecka. Możliwe też, że proces „modyfikacji” jest swego rodzaju eksperymentem terapeutycznym i powinien podlegać ocenie przez stosowną komisję bioetyczną. Jest to postulat zbyt ogólny, aby mógł mieć jakąkolwiek wartość praktyczną i wymaga szczegółowego rozwinięcia w programie.

Wiele proponowanych w programie interwencji metod rehabilitacyjnych nie znajduje potwierdzenia w badaniach prowadzonych zgodnie ze standardami stosowanej w medycynie metody naukowej (RCT). Dotyczy to zwłaszcza takich metod jak estoterapia, sylwoterapia, ludoterapia, śpiewoterapia, czy speleoterapia. Nie można oczywiście wykluczyć, że tego rodzaju działania pełnią funkcję placebo i mogą być korzystne dla pacjenta. Nie jest to jednak praktyka zgodna z zasadami EBM. W jednym z badań przeglądowych (Harvey 2007)



stwierdzono wręcz brak dowodów potwierdzających przewagę stosowania roztworu soli fizjologicznej w porównaniu do placebo. Nawiasem mówiąc, jeśli nawet pewne badania potwierdzają korzystny efekt przebywania w mikroklimacie komór solnych (np. stworzone przez M. Sulimowskiego sanatorium zlokalizowane w sztolniach kopalni soli w Wieliczce) nie wynika z tego, że równie korzystny mikroklimat istnieje w sztolni kopalni rud złota, żelaza i miedzi w Złotyach Horach, (Czechy) dokąd mają 3 razy w turnusie podróżować dzieci z Jarnottówki.

Eksperti zgodnie podkreślają konieczność kadrowego wzmocnienia zespołu terapeutycznego Ośrodka w Jarnottówku, wskazując na potrzebę zatrudnienia odpowiednich specjalistów.

Zespół ośrodków uzdrowiskowych w Suchym Borze, którego częścią jest ośrodek w Jarnottówku nie jest wymieniony w przygotowanej przez MZ liście uzdrowisk, a opolski oddział NFZ ograniczył wysokość kontraktu dla Ośrodka ze względu na stosunkowo niską jakość oferowanych przez ośrodek świadczeń (personel, wyposażenie w sprzęt i aparaturę, zewnętrzna ocena jakości oraz wyniki kontroli)

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego „Rehabilitacja oddechowa dzieci do lat 18 z wykorzystaniem walorów klimatycznych obszaru Jarnottówka” przesłany przez woj. opolskie dotyczący rehabilitacji oddechowej u dzieci w wieku 5-18 lat z terenu województwa opolskiego, posiadające dolegliwości ze strony układu oddechowego oraz uzyskały skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty z poradni laryngologicznej, pulmonologicznej i alergologicznej. Kierowane będą również dzieci bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Program zaplanowany jest na 2014 rok. Zaplanowano budżet całkowity programu na 2014 w wysokości 100 000 złotych, projekt zawiera także szczegółowo przygotowany kosztorys.

Problem zdrowotny

Schorzenia układu oddechowego, które zaliczane są do chorób przewlekłych stanowią coraz większy odsetek zachorowań nie tylko wśród osób dorosłych, ale również wśród dzieci i młodzieży. Przewlekła choroba układu oddechowego u dzieci przebiegać może w sposób utajony, jawny lub przechodzić z postaci utajonej w jawną, która stanowi potencjalne zagrożenie dla życia młodego pacjenta. Choroby przewlekłe układu oddechowego (astma, alergie i in.), często stanowią dla dziecka nowe, trudne wyzwanie, któremu szybko musi sprostać, a choroba często pozostawia ślad w jego sferze psychicznej. Wiele schorzeń uwarunkowanych jest długotrwałym narażeniem na szkodliwe czynniki środowiskowe (a zwłaszcza dym nikotynowy) i dlatego choroby te rzadziej są spotykane w wieku rozwojowym. Profil chorób układu oddechowego bardzo różni się u dzieci i dorosłych. W pierwszych latach życia nie stwierdza się wielu ważnych schorzeń u dorosłych, takich jak POChP, rak płuca, choroby zawodowe układu oddechowego. Jednak częste występowanie wielu innych chorób, jak np. astma, zakażenia czy mukowiscydoza powoduje, że schorzenia oddechowe są również istotnym problemem zdrowotnym populacji wieku rozwojowego. Szczególnie ważną u dzieci staje się astma, która jest najczęstszą chorobą przewlekłą wieku rozwojowego. Znacznie większe znaczenie u dzieci mają wszelkiego rodzaju wady rozwojowe i choroby genetyczne związane z układem oddechowym. W praktyce jednak najczęściej pediatrzy mają do czynienia z zakażeniami układu oddechowego, które są najważniejszą przyczyną wizyt u lekarzy. W przypadku niektórych przewlekłych chorób układu

oddechowego stosowana jest rehabilitacja oddechowa (pulmonologiczna). Oprócz fizjoterapii układu oddechowego zalicza się do niej także edukację chorego i jego bliskich w zakresie metod i technik stosowania leków inhalacyjnych, metod i technik ułożeniowych, udrażniających drzewo oskrzelowe, właściwe odżywianie, naukę samooceny i radzenia sobie z objawami choroby. Poza edukacją, najistotniejszą częścią programu rehabilitacyjnego są ćwiczenia oddechowe i ćwiczenia fizyczne podnoszące kondycję pacjenta. Definicja rehabilitacji pulmonologicznej określona została w 1994 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia w USA. Uznaje, że jest to wielowymiarowy zakres usług dla chorych na choroby układu oddechowego i ich rodzin, realizowany zwykle przez wielospecjalistyczny zespół specjalistów, mających na celu osiągnięcie i utrzymanie maksymalnego dla chorego poziomu niezależności i aktywności w społeczeństwie. Bezwzględne unieruchomienie pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego wywołuje zwolnienie przepływu krwi w krążeniu dużym i w krążeniu płucnym, powodując odkładanie się złożeń włóknistych na opłucnej, zwiększa zaleganie śluzu w drogach oddechowych i doprowadza do osłabienia sprawności układu oddechowego, czyniąc z chorego osobę niepełnosprawną. Podkreśla się, że zabiegami rehabilitacyjnymi może być zarówno drenaż drzewa oskrzelowego, mający na celu oczyszczenie dróg oddechowych z wydzieliny (drenaż ułożeniowy, inhalacje), jak i gimnastyka oddechowa, która ma za zadanie poprawę mechaniki oddychania, a czasami niedopuszczenie do wytwarzania zrostów opłucnowych, czy pooperacyjnych zmian budowy klatki piersiowej.

Alternatywne świadczenia

Na terenie woj. opolskiego w II półroczu 2014 (kontrakty zawarte na okres od 01.07.2014 do 31.12.2016) Opolski Oddział Wojewódzki NFZ ma podpisane umowy z 16 podmiotami leczniczymi w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Zgodnie z zapisem § 13 ust.1 Zarządzenia nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza „świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym polegają na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych), neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych, pulmonologicznych. W ramach świadczeń wykonywane są: kompleksowa rehabilitacja lub fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące. Jednym z podmiotów realizujący przedmiotowy zakres świadczeń jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej z siedzibą w Suchym Borze z dwoma miejscami realizacji świadczeń tj. Suchy Bór i Jarnońówek - w którym rehabilitacja ukierunkowana jest na rehabilitację schorzeń górnych dróg oddechowych u dzieci.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Podsumowanie wytycznych i rekomendacji klinicznych:

Zalecenia odnoszą się przede wszystkim do aktywności fizycznej tj. wykonywania ćwiczeń zarówno dolnych jak i górnych kończyn. Zaleca się również wprowadzenie edukacji oraz tlenoterapii dla pacjentów z POChP (ACCP 2007). Inne zalecenia wskazują na włączenie rehabilitacji oddechowej u pacjentów z POChP z FEV1 < 50% wartości przewidywanej (ACP/ ACCP/ ATS/ ERS 2011). W rekomendacjach wspomniano również o konieczności

prowadzenia szeroko zakrojonych badań oraz o kwestii wykorzystania doświadczeń zdobytych w wykorzystywaniu rehabilitacji oddechowej u pacjentów z POChP, które można wykorzystać w przypadku innych chorób przewlekłych układu oddechowego (BTS 2013). W zaleceniach przedstawiono również czas jaki niezbędny jest na przeprowadzenie skutecznej rehabilitacji oddechowej. W przypadku POChP wynosi on 3-4 tygodnie gdzie pacjent jest poddawany minimum 20 sesjom rehabilitacyjnym (ATS/ERS 2005).

Określono korzyści z włączenia rehabilitacji oddechowej w przypadku POChP: poprawa wydolności fizycznej, zmniejszenie intensywności duszności, poprawa jakości życia, zmniejszenie liczby hospitalizacji i liczby dni w szpitalu, zmniejszenie niepokoju i ewentualnej możliwości wystąpienia depresji związanej z POChP, ćwiczenia siłowe oraz wytrzymałościowe górnych kończyn poprawiają ich funkcjonowanie, wpływ na poprawę przeżywalności. Ponadto trening mięśni oddechowych, może dawać wymierne korzyści szczególnie w połączeniu z treningiem ogólnym, oraz wzmacnia działanie długo działających leków rozszerzających oskrzela.

Wytyczne ATS/ERS z 2006 dokładnie opisują jakie działania powinny być zastosowane. Tematyka edukacyjna powinna zostać dopasowana do wieku i stanu intelektualnego dzieci wśród których ma być przeprowadzana::

- strategii oddychania – oddychanie przez „zasnurowane” usta, czynny wydech, oddychanie przeponowe, przyjmowanie określonych pozycji ciała i koordynowanie rytmicznego oddychania z podejmowanymi aktywnościami
- prawidłowa czynność płuc i patofizjologia chorób płuc
- prawidłowe stosowanie leków, w tym tlenu
- techniki toalety drzewa oskrzelowego
- korzyści z ćwiczeń i utrzymywania aktywności fizycznej
- techniki oszczędzania energii i upraszczania pracy
- prawidłowe odżywianie się unikanie czynników podrażniających
- zapobieganie i wczesne leczenie zaostrzeń choroby – chorych należy pouczyć, by reagowali wcześniej w przebiegu zaostrzenia i postępowali zgodnie z ustalonym planem działania
- rekreacja i podróże
- radzenie sobie z przewlekłą chorobą płuc
- panowanie nad lękiem i napadami paniki, w tym techniki relaksacyjne i radzenie sobie ze stresem.

W przypadku astmy nie zaleca się stosowania ćwiczeń oddechowych natomiast warto rozważyć wykorzystanie technik oddechowych Buteyki (NZGG 2002). Skuteczną metodą polepszania jakości życia pacjentów z astmą są techniki oczyszczania dróg oddechowych, które powinny im zostać przedstawione.

Odnosnie dzieci zaleca się wykorzystanie roweru treningowego bądź bieżni w celu uwidocznienia dodatkowych ograniczeń w funkcjonowaniu organizmu, które nie byłyby wykryte podczas badania funkcji płuc lub tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (BTS 2010).

Większość wytycznych jest zgodna, że pomimo braku dowodów naukowych, wiedząca praktyka i opinie ekspertów wskazują że rehabilitacja oddechowa dla pacjentów

z przewlekłymi chorobami układu oddechowego powinna zostać zmodyfikowana i dopasowana do poszczególnych jednostek chorobowych oraz zindywidualizowana do potrzeb pacjenta w oparciu o trzon jaki stanowi leczenie POChP oraz innych chorób układu oddechowego.

Podsumowanie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa:

- Do analizy klinicznej zostały włączone po analizie publikacji pełnotekstowych 11 przeglądów oraz 1 abstrakt. W analizie bezpieczeństwa wykorzystano 1 przegląd systematyczny.
- W zdecydowanej większości autorzy przeglądów zaznaczają, że w tak specyficznym zagadnieniu jakim jest rehabilitacja oddechowa u dzieci należy przeprowadzić szeroko zakrojone badania randomizowane w dłuższym horyzoncie czasu w celu określenia skuteczności działań związanych z rehabilitacją oddechową.
- Część autorów publikacji zauważa, że na chwilę obecną brakuje publikacji, żeby móc określić jakkolwiek wpływ danych interwencji np. śpiewoterapii u chorych na rozstrzenie oskrzeli bądź mukowiscydozę (Irons 2010).
- W innych opracowaniach dotyczących chociażby treningu pływackiego (Beggs 2013) czy też aktywności fizycznej poprawiającej funkcje krążeniowo-oddechowe (Ram 2000) u chorych na astmę autorzy zauważają
- pozytywny wpływ interwencji ocenianych, natomiast z uwagi na brak długofalowych badań nie są w stanie określić skutków w dłuższej perspektywie czasu.
- W przypadku programów edukacyjnych mających na celu wspieranie pacjentów w procesie terapeutycznym stwierdza się, że mają one niewielki wpływ na poprawę procesu leczenia u chorych na astmę (Guavera 2003) oraz u chorych na mukowiscydozę (Savage 2014). Autorzy przeglądów również zauważają potrzebę przeprowadzenia badań randomizowanych.
- W przypadku przeglądu Harvey 2007 gdzie badaną interwencją było m.in. stosowanie izo- lub hipertonicznych roztworów soli w niwelowaniu objawów przez pacjentów lub gdy stosowanie roztworu soli jest działaniem uzupełniającym schemat leczenia u pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych, istnieją dowody na skuteczność leczenia takimi metodami. Autorzy przeglądu stwierdzają brak dowodów potwierdzających przewagę stosowania roztworu soli fizjologicznej w porównaniu do placebo.
- W przypadku kwestii bezpieczeństwa stosowania metod związanych z rehabilitacją oddechową u dzieci i młodzieży nie stwierdzono żadnych poważnych działań niepożądanych w przypadku interwencji, która było podawanie roztworu soli. Dochodziło jedynie do podrażnień i pieczenia nosa oraz nudności (Harvey 2007). Autorzy przeglądu Eves 2011 gdzie interwencją stanowiły ćwiczenia fizyczne w leczeniu astmy u dzieci i młodzieży stwierdzili jedynie występowanie typowych działań niepożądanych tj. skurczów oskrzeli. Nie odnotowano poważnych działań niepożądanych.
- W toku prac analitycznych odnaleziono publikację wydaną przez Brytyjski Department of Health: „Consultation on a Strategy for Services for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in England” (DH 2010). W odnalezionym dokumencie znajduje się informacja, że zapewnienie szeroko pojętego dostępu do

rehabilitacji oddechowej w POChP zapewnia oszczędności w kwocie ok. 5,5 mln. funtów w skali roku w warunkach brytyjskich dla systemu opieki zdrowotnej.

- W odnalezionym raporcie HTA „Pulmonary Rehabilitation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Clinical, Economic, and Budget Impact Analysis” określono, że efektywność kosztowa rehabilitacji oddechowej zależy od czasu trwania świadczenia u danego pacjenta. Jeżeli czas efektywnego korzystnego wpływu rehabilitacji oddechowej wynosi 18 miesięcy, to inkrementalny współczynnik efektywności kosztów (ICER) porównujący standardową opiekę z kosztem opieki standardowej rozszerzonej o rehabilitację oddechową wyniósłby 27 924 \$ za QALY. W najbardziej prawdopodobnym scenariuszu analizy wpływu na budżet, dodatkowe 15 900 osób rocznie korzystałoby z rehabilitacji oddechowej co wiązałoby się ze wzrostem kosztów dla płatnika w wysokości 19 mln \$ rocznie (CADATH 2010).

Podsumowanie opinii eksperckich:

- Eksperti zgodnie uważają, że 3 pobyty w jaskini (na 21 dni zabiegowych) nie dadzą efektów terapeutycznych (czas zajęć zbyt krótki). Należy rozszerzyć zakres tej procedury. Celowe byłoby zastosowanie tej metody w sposób bardziej intensywny, lecz w stosunku do mniejszej - wybranej grupy pacjentów, oraz podanie czasu przebywania dzieci w komorze.
- Populację docelową programów dotyczących rehabilitacji oddechowej powinny stanowić przede wszystkim dzieci z przewlekłymi chorobami górnych i dolnych dróg oddechowych (astma oskrzelowa, rozstrzenie oskrzeli), oraz dzieci z przebytymi wielokrotnie infekcjami dróg oddechowych
- W skład personalny realizatora programu powinien wchodzić: lekarz specjalność rehabilitacja ½ etatu, lekarz specjalność pulmonologia/pediatria ½ etatu, fizjoterapeuta min. 2-3 etaty, pielęgniarki 6-8 etatów, wychowawczynie min. 3 etaty. Dodatkowo cały proces terapeutyczny powinien nadzorować lekarz ze specjalizacją z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej, ponadto, z uwagi na proponowane działania z zakresu psychoedukacji, zespół powinien zawierać psychologa.
- Eksperti zgodnie przyznają, że skuteczność rehabilitacji oddechowej w chorobach układu oddechowego udokumentowana jest wynikami wielu badań, ale nie jest podstawową interwencją w chorobach układu oddechowego, a jedynie uzupełniającą w stosunku do farmakoterapii.
- W przypadku rozszerzenia oferty zabiegowej (głównie o speleoterapię) eksperci uznają zasadność finansowania programu przez woj. opolskie. Jeden z ekspertów zaznaczył, że istnieje potrzeba dofinansowania proponowanego świadczenia, ponieważ NFZ nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania.
- Jako wskaźniki monitorowania eksperci podali badania czynności układu oddechowego (spirometria lub technika oscylacji wymuszonych, gazometria, ocena tolerancji wysiłku np. test chodu 6-minutowego)
- Program powinien zawierać uszczegółowiony plan terapeutyczny: rodzaje zabiegów inhalacyjnych (np. ultradźwiękowe, dyszowe, pulsacyjne – w przypadku inhalacji zatok, ciśnieniowe w zap. ucha środkowego), a także wyszczególnienie sprzętu i warunków do wykonywania fizjoterapii ruchowej, podobnie w przypadku zabiegów drenażowych (uchylne stoły drenażowe, urządzenia typu Maska PEP/flutter, inn)

Wnioski z oceny projektu programu Województwa Wielkopolskiego:

Program został przygotowany bardzo starannie zgodnie z szablonem zaproponowanym przez Agencję. Dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest rehabilitacji oddechowa (pulmonologiczna), ponadto spełnia następujące priorytety zdrowotne „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego”, oraz „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia”.

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci z chorobami układu oddechowego, poprzez zwiększenie dostępności do specjalistycznego leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym leczenia schorzeń dróg oddechowych w Jarnołtówku. Działania podjęte w ramach programu dotyczą sfinansowania przez woj. opolskie 2 turnusów rehabilitacyjnych dla łącznie 54 dzieci z terenu woj. opolskiego w Jarnołtówku. Rehabilitacja jest świadczeniem gwarantowanym, jednak obecnie obowiązujące rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie przewiduje odrębnego kontraktowania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla dzieci (za wyjątkiem rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego), a tym bardziej odrębnego kontraktowania świadczeń w rodzaju rehabilitacja oddechowa (pulmonologiczna) u dzieci. W związku z tym ośrodku specjalizujące się jedynie w rehabilitacji oddechowej mogą być poszkodowane przy kontraktowaniu z NFZ. Na ten problem zwrócił uwagę OOW NFZ, który uznał, że wspólne kontraktowanie ww. świadczeń prowadzi do zmniejszenia szans w zawarciu umowy z NFZ placówek wyspecjalizowanych w leczeniu dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem usprawniania i leczenia wad postawy oraz rehabilitacji w zakresie schorzeń układu oddechowego. Taka sytuacja powstała w trakcie tegorocznego (2014 rok, przy. analityka) konkursu ofert i dotyczyła Ośrodka w Suchym Borze i Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Schorzeń Dróg oddechowych dla dzieci w Jarnołtówku

Świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym polegają na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych), neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych, pulmonologicznych. W ramach świadczeń wykonywane są: kompleksowa rehabilitacja lub fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące. W opinii ekspertów istnieje potrzeba dofinansowania proponowanego świadczenia, ponieważ NFZ nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania.

Wnioskodawca zaznacza, że Samorząd Województwa chce zabezpieczyć potrzeby ludności województwa w zakresie brakujących świadczeń, realizowanych przez Ośrodek w Jarnołtówku oraz umożliwić leczenie dzieci w warunkach analogicznych do uzdrowiskowych. Stwierdzić należy, że Ośrodek „Aleksandrówka” nie znajduje się w wykazie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego opublikowanym przez MZ zgodnie z Art. 64. Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651, 742.). Podobnie jak miejscowość Jarnołtówek nie znajduje się w wykazie miejscowości posiadających status uzdrowiska. Zaznaczyć należy, że w ministerialnym wykazie nie ma żadnej miejscowości z terenu woj. Opolskiego.

Dot. populacji objętej programem:

Populację stanowić będą dzieci z terenu woj. opolskiego w wieku 5-18 lat ze wskazaniami do rehabilitacji w zakresie chorób układu oddechowego, między innymi z następującymi schorzeniami: przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i gardła, nawrotowe i przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych i migdałków gardłowych, przewlekłe zapalenie krtani i tchawicy, nawrotowe i przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, nawracające zapalenia płuc. Wymagane będzie skierowanie od lekarza POZ lub lekarza specjalisty z poradni laryngologicznej, pulmonologicznej i alergologicznej. Kierowane są również dzieci bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Wnioskodawca podaje szczegółowe lokalne dane epidemiologiczne, które wskazują, że schorzenia dolnych i górnych dróg oddechowych najczęściej występują u dzieci do 6 roku życia. Wydaje się, że do tej grupy wiekowej powinny być szczególnie skierowane działania woj. opolskiego.

Populacja docelowa została dobrana pod kątem schorzeń w sposób prawidłowy. W zgodnej opinii ekspertów populację docelową programów dotyczących rehabilitacji oddechowej powinny stanowić przede wszystkim dzieci z przewlekłymi chorobami górnych i dolnych dróg oddechowych (astma oskrzelowa, rozstrzenie oskrzeli), oraz dzieci z przebytymi wielokrotnie infekcjami dróg oddechowych. Ponadto wytyczne wskazują, że mimo braku dowodów naukowych, wiodąca praktyka i opinie ekspertów rehabilitacja oddechowa dla pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego powinna zostać zmodyfikowana i dopasowana do poszczególnych jednostek chorobowych oraz zindywidualizowana do potrzeb pacjenta w oparciu o tron jaki stanowi leczenie POChP.

Dot. interwencji:

Kinezyterapia:

W odniesieniu do projektu programu, w którym dość mocny nacisk kładzie się na kinezyterapię czyli terapię ruchem, autorzy publikacji Ram 2000 zauważają, że trening fizyczny poprawia funkcje krążeniowo-oddechowe pozostając bez wpływu na funkcje spoczynkowe płuco chorych na astmę. Autorzy przeglądu zalecają przeprowadzenie randomizowanych badań w tym kierunku z uwagi na ograniczoną liczbę dowodów naukowych. Rekomendacje kliniczne pozytywnie odnoszą się do kwestii ćwiczeń fizycznych zarówno górnych jak i dolnych kończyn. Również pozytywnie odnoszą się do treningu oporowego w przypadku POChP. Autorzy projektu nie opisali żadnych poszczególnych działań jak będą wykonywane, nie podano ile czasu, oraz z jakim natężeniem będą trwały dane ćwiczenia. Prawidłowym podejściem byłoby wskazanie jakim obciążeniem planuje objąć się pacjentów, którzy będą poddawani kinezyterapią.

Zabiegi lecznicze:

W przypadku przywrócenia sprawności i prawidłowej funkcji nabłonka jamy nosa przez stosowanie nawilżenia i maści donosowych, płukania gardła solą jodowo- bromową, stosowania soluxu, okładów z borowiny, stosowania klimatoterapii oraz speleoterapii nie odnaleziono podczas procesu analitycznego dowodów na potwierdzenie skuteczności stosowania ww. metod w ramach rehabilitacji oddechowej u dzieci w wieku od 5 do 18 roku życia. Również na podstawie odnalezionych rekomendacji klinicznych nie jest możliwe ocenienie danych interwencji i ich ewentualnej przydatności w zakresie rehabilitacji

oddechowej u dzieci. Wspomnieć jednak należy, że eksperci opiniujący program uznali, że w przewlekłych chorobach dróg oddechowych leczenie i profilaktyka prowadzonej w warunkach uzdrowiskowych, oraz grupa zabiegów leczniczych są uznana praktyką. Jeden z ekspertów zauważył, że ten rodzaj interwencji terapeutycznych u dzieci prowadzony jest od przeszło 60 lat. Eksperci jednak w odniesieniu do speleoterapii zgodnie uważają, że 3 pobyty w jaskini (na 21 dni zabiegowych) nie dadzą efektów terapeutycznych (czas zajęć zbyt krótki). Należy rozszerzyć zakres tej procedury. Celowe byłoby zastosowanie tej metody w sposób bardziej intensywny, lecz w stosunku do mniejszej - wybranej grupy pacjentów, oraz podanie czasu przebywania dzieci w komorze.

Inhalacje solankowe:

W ramach przeglądu dowodów naukowych, odnaleziono publikację Harvey 2007 odnoszącą się do stosowania roztworów soli u pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych. Wydaje się zasadnym stosowanie tej terapii oraz wydaje się być słusznym włączenie jej do metod stosowanych w programie rehabilitacji oddechowej u dzieci. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że inhalacje podane w projekcie programu odnoszą się do inhalacji solankami jodowo- bromowymi, a nie roztworem soli.

Gimnastyka ogólnousprawniająca/ gimnastyka oddechowa:

W przypadku rekomendacji klinicznych odnoszących się do leczenia POChP jako jednej z chorób wchodzących w skład zaburzeń układu oddechowego wytyczne ATS/ERS 2005, GOLD 2013 oraz BTS 2013 pozytywnie odnoszą się do kwestii stosowania tych metod w danej jednostce chorobowej. W procesie analitycznym odnaleziono publikację Barker 2013, w której autorzy stwierdzają brak dowodów w postaci badań, na podstawie, których możliwa byłaby ocena ćwiczeń oddechowych u pacjentów z zaburzeniami podczas procesu oddychania. W publikacji Ploeger 2009 odniesiono się do kwestii ćwiczeń fizycznych u pacjentów z astmą i mukowiscydozą. W przypadku lżejszych, ciągłych ćwiczeń nie odnaleziono badań możliwych do włączenia do przeglądu u dzieci. W projekcie programu nie odniesiono się do częstotliwości, intensywności, oraz natężenia zastosowanych ćwiczeń fizycznych u dzieci.

Hydroterapia:

Na podstawie przeglądu Beggs 2013 stwierdzono, że pływanie jest dobrze tolerowane przez dzieci i młodzież oraz korzystnie wpływa na funkcje płuc (umiarkowane silne dowody) oraz na ćwiczenia krążeniowo-oddechowe (silne dowody) w przypadku astmatyków. Pomimo, że pływanie jest lepszą metodą niż inne formy aktywności fizycznej jednak z uwagi na badania prowadzone w krótkich okresach autorzy nie są w stanie określić wpływu długoterminowego. Niezbędne jest w tym zakresie prowadzenie badań gdzie horyzont czasowy jest dłuższy. W projekcie programu zaplanowano 6 wejść na basen. Brakuje jednak informacji jakie zajęcia mają być prowadzone we wspomnianych wejściach na basen (wolne wejście, nauka pływania czy ćwiczenia w wodzie, zgodnie z opinią ekspercką dla każdego z nich zalecana jest inna temperatura wody co jest istotne w przypadku uzyskania pożądanych efektów. W projekcie brakuje także informacji, czy woda w basenie będzie chlorowana. Zwykle astma oskrzelowa współistnieje z alergicznym nieżytem nosa i w takim przypadku kąpiel w chlorowanej wodzie jest narażeniem na zaostrzenia obrzęku nosa i zwiększeniu dolegliwości astmatycznych (Bręborowicz 2010). Problem ten poruszony został

w poruszane w przeglądzie Beggs 2013. W badaniach nie było możliwe wpływu chloru na czynności oddechowe z uwagi na brak monitorowania tego czynnika w 4 włączonych badaniach do przeglądu.

Psychoedukacja dzieci i rodziców:

W projekcie programu elementem, który będzie również wykorzystywany podczas rehabilitacji oddechowej jest psychoedukacja. Na podstawie przeglądu Savage 2014 autorzy wskazują na istnienie pewnych ograniczonych dowodów sugerujących, że dodatkowa edukacja jest w stanie poprawić wiedzę pacjentów z mukowiscydozą, natomiast nie zwiększa świadomości u rodziców oraz opiekunów pacjentów. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na również ograniczone dowody w kwestii zmiany niektórych zachowań. Dodatkowa edukacja jest w stanie zmienić niewielką liczbę zachowań zdrowotnych u pacjentów i ich opiekunów. Przedstawione przed autorów przeglądu dowody naukowe są w ich ocenie niewystarczające by móc stwierdzić, że dodatkowa edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na schemat terapeutyczny w leczeniu pacjentów z mukowiscydozą. Niezbędne jest w tym zakresie prowadzenie dalszych badań.

Również rekomendacje kliniczne (ACCP 2007) wskazują na pozytywny wpływ edukacji. Edukacja powinna być integralną częścią rehabilitacji oddechowej. Edukacja powinna dodatkowo zawierać informacje na temat prewencji oraz leczenia w przypadku pogorszenia się stanu pacjenta (zaostżenia choroby). Istnieją słabe dowody na poparcie tezy dotyczącej ewentualnych korzyści związanych ze stosowaniem interwencji psychospołecznych jak pojedynczych procedur leczniczych. Pomimo braku dowodów naukowych oraz rekomendacji potwierdzających korzystny wpływ interwencji psychospołecznej, eksperci kliniczni uważają, że należy włączyć interwencje psychospołeczne jako element kompleksowej rehabilitacji oddechowej.

Terapia zajęciowa:

W projekcie programu autorzy przytaczają różne metody wchodzące w skład terapii zajęciowej m.in. esteterapię, sylwoterapię czy też ludoterapię. W toku prac analitycznych nie odnaleziono dowodów skuteczności na ww. metody ani też nie odnaleziono rekomendacji klinicznych potwierdzających skuteczność danych metod w rehabilitacji oddechowej u dzieci. Jedynymi przeglądami uwzględniającym terapię zajęciową, były publikacje dotyczące śpiewoterapii w odniesieniu do pacjentów z mukowiscydozą oraz pacjentów z rozstrzeni oskrzeli (Irons 2010). W obu przeglądach wskazano na brak możliwości potwierdzenia bądź zaprzeczenia śpiewoterapii jako terapii wspierającej proces terapeutyczny podczas leczenia rozstrzenia oskrzeli bądź mukowiscydozy.

Dot. aspektów finansowych:

W kosztach jednostkowych wnioskodawca podał koszt osobodnia w I półroczu 2014 r. ośrodek rehabilitacji w Jarnołtówku. Na tej podstawie wyceniony został cały program. Wspomnieć należy, że część kosztów właściwie w ogóle nie dotyczy działań jakie zawarte będą w programie (np. koszty amortyzacji, usług remontowych, podatku od nieruchomości, koszty podróży służbowych). Przedstawiony przez wnioskodawcę kosztorys dotyczy całej działalności Ośrodka „Aleksandrówka” w Jarnołtówku. Wydaje się zatem, że wnioskodawca powinien przedstawić kosztorys jedynie dotyczący działań jakie będą się odbywać w ramach prowadzonego programu. Powinny w sposób dokładny zostać przedstawione interwencje

i ich zakres jakie zostaną zastosowane u poszczególnych dzieci, wyceniona powinna być praca poszczególnych osób jakie będą brały udział w programie z podziałem na konkretne specjalizacje. Jeden z ekspertów podkreślił, że ośrodek realizujący program rehabilitacji oddechowej u dzieci powinien zatrudniać następujący personel: lekarz specjalność rehabilitacja ½ etatu, lekarz specjalność pulmonologia/pediatra ½ etatu, fizjoterapeuta min. 2-3 etaty, pielęgniarki 6-8 etatów, wychowawczynie min. 3 etaty. W projekcie programu zawarta jest informacja, że ośrodek zatrudnia lekarza pediatrę - na ½ etatu, lekarza rehabilitanta (w zakresie konsultacji oraz prowadzenia nadzoru), lekarza bez specjalizacji - 1 etat, 7 pielęgniarek (w tym oddziałowa), 2 opiekunki dziecięce, 1 fizjoterapeuta. Z kolei inny ekspert zauważył, że w skład zespołu terapeutycznego realizującego program rehabilitacji oddechowej u dzieci, powinien wchodzić lekarz ze specjalizacją z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej (najlepiej jednocześnie posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii), którego rolą winno być prowadzenie terapii i jej monitorowanie, ponieważ zdecydowana większość proponowanych procedur medycznych wchodzi w zakres tej specjalności lekarskiej. Ponadto, z uwagi na proponowane działania z zakresu psychoedukacji, zespół winien być rozszerzony o psychologa (lub psychoterapeutę).

W kosztorysie dotyczącym osobodnia podano koszt usług transportowych w wysokości 500 złotych. Następnie podano, że 3 wyjazdy do jaskini w Czechach – autokar dla grupy to koszt 1000,00 zł. W związku z tym nie do końca wiadomo czego dotyczy koszt usług transportowych w wysokości 500 złotych. W projekcie odnaleźć można informacje, że całkowity koszt osobodnia łącznie z kosztami medycznymi wynosi 79,41 zł. Turnus rehabilitacyjny trwa 21 dni, wobec powyższego całkowity koszt turnusu dla jednego uczestnika wynosi 1 667,61 złotych. Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczone usługi medyczne pokrywa koszty osobodnia do kwoty 72,10 zł. Różnicę, którą stanowią koszty utrzymania w placówce pokrywają rodzice lub opiekunowie pacjentów. Jednak zgodnie z informacjami pozyskanymi od NFZ Opole OOW NFZ w prowadzonym w I półroczu 2014 r. postępowaniu konkursowym ustalił oczekiwaną cenę jednostki rozliczeniowej dla przedmiotowego zakresu świadczeń na poziomie 1,15 zł A więc oczekiwana cena osobodnia przez OOW NFZ wynosiła 80,50 zł. Jednym z czynników wpływających na pozycję oferty w rankingu była cena. Oferenci w toku prowadzonego postępowania konkursowego zgodnie z obowiązującą procedurą mogli negocjować liczbę i cenę świadczeń. Z tej możliwości skorzystał również Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej z siedzibą w Suchym Borze na miejsce realizacji świadczeń Jarnołtówek, który w toku negocjacji zaproponował cenę 1,03 zł (dla takiej ceny jednostkowej, cena osobodnia wynosi więc 72,10 zł).

Jednocześnie zgodnie z danymi NFZ średnia cena w województwie opolskim (wg umów na 2014 r.) wynosi 1,07 zł, natomiast średnia cena w kraju wynosi 1,04 zł, z kolei min. cena w kraju wynosi 0,83 zł, cena maksymalna w kraju wynosi 1,14 zł.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym każda oferta spełniająca wymagania oraz warunki rankingujące mogła otrzymać maksymalnie 80 pkt, w tym za kryterium ceny - 20 pkt., a za kryteria niecenowe 60 pkt. Oferent Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej z siedzibą w Suchym Borze w miejscu udzielania świadczeń w Jarnołtówku otrzymał 14,375 pkt za kryteria niecenowe (5 pkt za ciągłość i 9,375 pkt za sprzęt i aparaturę medyczną - tj. zapewnienie sali gimnastycznej w lokalizacji) i 20 pkt za kryterium ceny. W związku z powyższym informacja, że znajdująca się w projekcie programu,

że Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczone usługi medyczne pokrywa koszty osobodnia do kwoty 72,10 zł. Różnicę, którą stanowią koszty utrzymania w placówce pokrywają rodzice lub opiekunowie pacjentów uznać należy za nieprawdziwą.

Wnioskodawca porównuje także, że średni koszt jednostkowy leczenia w ramach programu, przy uwzględnieniu włączonych działań z zakresu klimatoterapii wynosi w naszym Ośrodku 1 850,73 zł, (49 969,71 zł/27dzieci), gdzie Samorząd Województwa pokrywa również koszty utrzymania dziecka w Ośrodku. Średni koszt leczenia uzdrowiskowego, jaki ponosi się wysyłając dziecko do innych uzdrowisk w kraju jest znacznie wyższy i wynosi średnio 2 303,96 zł. Stwierdzić należy, że Ośrodek „Aleksandrówka” nie znajduje się w wykazie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego opublikowanym przez MZ zgodnie z Art. 64. Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r. poz. 651, 742.)⁶. Podobnie jak miejscowość Jarnołówki nie znajduje się w wykazie miejscowości posiadających status uzdrowiska. Zaznaczyć należy, że w ministerialnym wykazie nie ma żadnej miejscowości z terenu woj. Opolskiego.

Samorząd Województwa chce zabezpieczyć potrzeby ludności województwa w zakresie brakujących świadczeń, realizowanych przez Ośrodek w Jarnołówku oraz umożliwić leczenie dzieci w warunkach analogicznych do uzdrowiskowych. Warto zaznaczyć, że na terenie woj. opolskiego znajdują się ośrodki w których czas oczekiwania do placówki, w której świadczona jest rehabilitacja oddechowa u dzieci jest krótszy niż w Jarnołówku. Zgodnie z danymi NFZ Opole średni czas oczekiwania dla Ośrodka rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dzieci w Jarnołówku: przypadki stabilne: min - 5 dni, max - 7 dni, średnia arytmetyczna z całego roku (styczeń- sierpień 2014 r) - 6 dni. Przypadki pilne: brak kolejki. Z kolei średni czas oczekiwania do ośrodków w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej na terenie woj. opolskiego w ośrodku/oddziale dziennym wynosi: Przypadki stabilne: min - 0 dni (przyjęcia na bieżąco, różni świadczeniodawcy), max - 115 dni, średnia arytmetyczna z całego roku (styczeń-sierpień 2014 r) - 21 dni Przypadki pilne: min - 0 dni, max - 34 dni, średnia arytmetyczna - 3 dni.

Z informacji zawartych w projekcie wynika, że wysokość kontraktu Ośrodka w Jarnołówku z opolskim oddziałem NFZ utrzymywała się w latach 2011 do 2013 na wyrównanym poziomie. Natomiast w 2014 roku sytuacja radykalnie się zmieniła i dostępność została znacznie ograniczona przez niewystarczającą ilość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ. W toku prac analitycznych wystąpiono do opolskiego oddziału NFZ z prośbą o wyjaśnienie przyczyn dla których kontrakt został zmniejszony. Z nadesłanej odpowiedzi wynika, że łączna wartość kontraktów zawartych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w województwie opolskim w okresie od 1.07.14 r. do 31.12.14 r. wynosi 2 528 665,25 zł - w tym na miejsce udzielania świadczeń w Jarnołówku w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym na okres od 01.07.14 r. do 31.12.14 r. wynosi 86. 082,25 zł. Informacje te pokrywają się z informacjami przedstawionymi w projekcie programu. W piśmie zawarto również szczegółowe wyjaśnienia dla których kontrakt został zmniejszony. Zgodnie z zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym każda oferta spełniająca wymagania oraz warunki rankingujące mogła otrzymać maksymalnie 80 pkt, w tym za kryterium ceny - 20 pkt., a za kryteria niecenowe 60 pkt, w tym:

- a) za kryterium ciągłość - 5 pkt.,
- b) za kryterium kompleksowość - kryterium kompleksowości nie było oceniane,

c) za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, wyposażenie w sprzęt i aparaturę, zewnętrzną ocenę jakości oraz wyniki kontroli – 55 pkt.

d) za kryterium dostępności - kryterium dostępności nie było oceniane,

Oferent Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej z siedzibą w Suchym Borze w miejscu udzielania świadczeń w Jarnołtówku otrzymał 14,375 pkt za kryteria niecenowe (5 pkt za ciągłość i 9,375 pkt za sprzęt i aparaturę medyczną - tj. zapewnienie sali gimnastycznej w lokalizacji) i 20 pkt za kryterium ceny.

Słaba oferta wynika między innymi z braku certyfikatu ISO, braku specjalistycznego personelu takiego jak:

- specjalista w dziedzinie fizjoterapii,
- terapeuta zajęciowy
- psycholog.

Oferent nie zapewnia również dostępu do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub lekarza specjalisty neurologa, a także nie posiada specjalistycznego sprzętu (wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, zestaw do kriostymulacji parami azotu, urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości), który jest dodatkowo oceniany w rankingu, co mogło by się przełożyć na wyższą pozycję rankingową, a w konsekwencji na wyliczenie wyższego poziomu finansowania. Ośrodek w Jarnołtówku z 55 możliwych do zdobycia punktów za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, wyposażenie w sprzęt i aparaturę, zewnętrzną ocenę jakości oraz wyniki kontroli otrzymał jedynie 9, 375 pkt.

Jeden z ekspertów podkreślił, że ośrodek realizujący program rehabilitacji oddechowej u dzieci powinien zatrudniać następujący personel: lekarz specjalność rehabilitacja ½ etatu, lekarz specjalność pulmonologia/pediatria ½ etatu, fizjoterapeuta min. 2-3 etaty, pielęgniarki 6-8 etatów, wychowawczynie min. 3 etaty. W projekcie programu zawarta jest informacja, że ośrodek zatrudnia lekarza pediatrę - na ½ etatu, lekarza rehabilitanta (w zakresie konsultacji oraz prowadzenia nadzoru), lekarza bez specjalizacji - 1 etat, 7 pielęgniarek (w tym oddziałowa), 2 opiekunki dziecięce, 1 fizjoterapeuta. Z kolei inny ekspert zauważył, że w skład zespołu terapeutycznego realizującego program rehabilitacji oddechowej u dzieci, powinien wchodzić lekarz ze specjalizacją z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej (najlepiej jednocześnie posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii), którego rolą winno być prowadzenie terapii i jej monitorowanie, ponieważ zdecydowana większość proponowanych procedur medycznych wchodzi w zakres tej specjalności lekarskiej. Ponadto, z uwagi na proponowane działania z zakresu psychoedukacji, zespół winien być rozszerzony o psychologa(lub psychoterapeutę) – szczegóły dotyczące kompetencji. Wydaje się zatem, że proponowany przez wnioskodawcę skład personalny może być nie wystarczający do przeprowadzenia programu, w szczególności dotkliwy może być brak psychologa – co również podkreślił NFZ Opole, oraz niewystarczająca liczba fizjoterapeutów.

W tym miejscu warto zaznaczyć, że obecnie obowiązujące rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej nie przewiduje odrębnego kontraktowania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla dzieci (za wyjątkiem rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego), a tym bardziej odrębnego kontraktowania świadczeń w rodzaju rehabilitacja oddechowa (pulmonologiczna) u dzieci. Na ten problem zwraca uwagę również NFZ Opole. W piśmie NFZ-

OOW/WO.Rada.4450.1.2014/3/EG z dnia 12.08.2014 adresowanym do Ministra Zdrowia poruszono problem związany z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w poszczególnych zakresach z przeznaczeniem dla dzieci. W związku z brakiem wyszczególnionego odrębnego kodu zakresu świadczeń kontraktowanych wyłącznie dla dzieci, dzieci korzystają z rehabilitacji w tych samych ośrodkach w których rehabilitowane są osoby dorosłe. Wspólne kontraktowanie ww. świadczeń prowadzi do zmniejszenia szans w zawarciu umowy z NFZ placówek wyspecjalizowanych w leczeniu dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem usprawniania i leczenia wad postawy oraz rehabilitacji w zakresie schorzeń układu oddechowego. Taka sytuacja powstała w trakcie tegorocznego konkursu ofert i dotyczyła Ośrodka w Suchym Borze i Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Schorzeń Dróg oddechowych dla dzieci w Jarnołtówku. Wskazać należy, że w ramach zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym realizowane są świadczenia polegające na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych) neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych oraz pulmonologicznych. Natomiast warunki realizacji świadczeń są jednak jednolite dla wszystkich świadczeniodawców realizujących przedmiotowy zakres świadczeń. Warunki wymagane nie są zróżnicowane w zależności od specyfiki realizowanych świadczeń ukierunkowanych na określoną przez świadczeniodawcę grupę pacjentów (np. z chorobami pulmonologicznymi czy neurologicznymi) na rzecz której mają być wykonywane (wyjątek stanowią świadczenia realizowane dla świadczeniobiorców z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu - w tym przypadku świadczeniodawca musi spełniać dodatkowe warunki personalne i sprzętowe). We wspomnianym piśmie zwrócono się o rozważenie zmian w sposobie kontraktowania świadczeń dla dzieci, gdyż obawiam się, iż dotychczasowy sposób kontraktowania może mieć ujemny wpływ na zdrowie najmłodszych pacjentów Opolszczyzny.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-183/2014 „Rehabilitacja oddechowa dzieci do lat 18 z wykorzystaniem walorów klimatycznych obszaru Jarnołtówka” realizowany przez: Województwo Opolskie, Warszawa, październik 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, grudzień 2013.