



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 57/2025 z dnia 10 lipca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu
Gminy Godów”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu Gminy Godów”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży z Gminy Godów. Należy jednak wskazać, że w programie nie przedstawiono jasno sprecyzowanego i jednoznacznego planu interwencji, przez co niemożliwa jest ocena spodziewanych efektów zdrowotnych. Ponadto podkreślenia wymaga fakt, że część wskazanych w projekcie interwencji nie ma wystarczającego uzasadnienia w wytycznych praktyki klinicznej oraz poparcia w dowodach naukowych dla części uczestników ze wskazanymi w projekcie niepełnosprawnościami. Dodatkowo w programie nie zaplanowano działań edukacyjnych, jako osobnej interwencji, które powinny być uzupełnieniem świadczeń finansowanych i dostępnych w ramach systemu powszechnej opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Podobny program nadesłany przez Gminę Godów był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię pozytywną warunkowo (166/2012). Zgłoszone wówczas uwagi zostały częściowo uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu. Do Agencji nie wpłynął raport końcowy z realizacji PPZ.

Należy zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Prezes Agencji podkreśla w szczególności następujące kwestie wymagające poprawy i dotyczące:

- prawidłowego zaplanowania celu głównego, szczegółowych, a także mierników;
- doprecyzowania i oszacowania populacji kwalifikującej się do udziału w programie;
- zaplanowania lekarskiej/fizjoterapeutycznej wizyty kwalifikacyjnej;
- wskazania jasno sprecyzowanego i jednoznacznego planu interwencji, które będą zgodne z wytycznymi klinicznymi;
- przeprowadzenia w programie działań edukacyjnych oraz zaplanowania dla nich pre- i post-testów wiedzy, które umożliwiłyby ocenę ich skuteczności;
- uwzględnienia w opisie etapów PPZ akcji informacyjno-promocyjnej oraz przedstawienia szczegółowego opisu planowanych działań w tym zakresie;
- przedstawienia kosztów jednostkowych interwencji oraz odnoszących się do działań informacyjnych, monitorowania oraz ewaluacji.
- prawidłowego zaplanowania monitorowania i ewaluacji w projekcie.

Dodatkowo konieczne jest właściwe opisanie i zabezpieczenie ryzyka powielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych w projekcie PPZ. Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Godów. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież zamieszkała i zameldowana na terenie gminy Godów, w przedziale wiekowym od 0 do 18 roku życia z deficytami rozwojowymi (zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu). W ramach realizacji PPZ zaplanowano indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej interwencji oraz grupowe zajęcia korekcyjne. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 137 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Godów.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany program dotyczy słabo zdefiniowanego i bardzo rozległego problemu zdrowotnego. W projekcie nie określono jasno jednego problemu, tylko przedstawiono cały katalog problemów zdrowotnych. Przedstawiono definicję zdrowia oraz podstawowe akty prawne odnoszące się do zapewnienia zdrowia jednostki, jak również informacje dotyczące zachowania oraz zapewnienia zdrowego rozwoju dzieci.

Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, ogólnopolskie oraz regionalne i lokalne. Powołując się na dane GUS wskazano, w roku 2019 w Polsce było 10,4% osób niepełnosprawnych prawnie i 2,6% osób niepełnosprawnych biologicznie, dzieci z orzeczeniem było około 300 tys. Odsetek dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wynosił od 3,4% do 5,4%, najwyższy w grupie 9–14 lat.

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 i wskazano, że w woj. śląskim dzieci niepełnosprawne poniżej 16 r.ż. stanowią 20% pacjentów, a w powiecie wodzisławskim ich odsetek jest niemal dwukrotnie wyższy. W 2024 r. na terenie gminy z rehabilitacji w ramach ośrodka rehabilitacji dziennej, 24 pacjentów korzystało z rehabilitacji w ramach poradni rehabilitacyjnej oraz 31 pacjentów korzystało z rehabilitacji w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: „*zwiększenie liczby dostępnych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i terapii dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. wymagających rehabilitacji i terapii z terenu gminy Godów w latach 2025-2030*”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo zwiększenie liczby dostępnych świadczeń, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ. Cel główny nie zawiera podanej wartości docelowej, do jakiej należy dążyć.

Z uwagi na zaplanowane w projekcie interwencje, cel główny mógłby odnosić się np. do zmniejszenia dolegliwości bólowych w odpowiednio dobranej skali: „zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm) skali VAS, u co najmniej ...% uczestników Programu, poprzez kompleksowe działania rehabilitacyjne”. Dostępne są również inne wiarygodne narzędzia umożliwiające subiektywne określenie nasilenia bólu przez pacjentów, tj. np. skala numeryczna NRS (ang. Numerical Rating Scale).

W projekcie zaproponowano 7 celów szczegółowych:

- (1) *„w okresie jednego roku funkcjonowania programu zwiększenie o 30% ponad określony limit, liczby świadczeń z zakresu Wczesnej Interwencji dla pacjentów, korzystających ze świadczeń gwarantowanych”,*
- (2) *„w okresie jednego roku funkcjonowania programu zwiększenie o 30% ponad określony limit, liczby dostępnych świadczeń z zakresu grupowych zajęć korekcyjnych dla pacjentów korzystających ze świadczeń gwarantowanych”,*
- (3) *„skrócenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji u dzieci i młodzieży o 1 miesiąc w stosunku do rzeczywistego czasu oczekiwania na rehabilitację”,*
- (4) *„zmniejszenie o 10% liczby osób poniżej 18 roku życia pozostających bez wsparcia rehabilitacyjnego, na terenie gminy Godów w latach 2025-2030”,*
- (5) *„poprawa stanu zdrowia uczestników programu, w całym okresie jego obowiązywania u 5% pacjentów”,*
- (6) *„udzielanie instruktażu rodzicom dzieci objętych programem w całym okresie jego obowiązywania i uzyskanie przynajmniej 50% pozytywnych ocen w ankiecie satysfakcji”,*
- (7) *„przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym”.*

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1, 2, 3 i 4 zostały sformułowane nieprawidłowo, ponieważ nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo zwiększenie liczby dostępnych świadczeń, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ podobnie jak skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację.

Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany w sposób zbyt ogólny. Należy podkreślić, że poprawa stanu zdrowia może nastąpić w wyniku wielu innych czynników. W związku z powyższym określenie skuteczności działań podjętych w programie może przy tak sformułowanym celu być zaburzone innymi, realizowanymi poza PPZ działaniami prozdrowotnymi.

Cel szczegółowy nr 6 został sformułowany nieprawidłowo – składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie 1 odnosi się do „udzielania instruktarzu rodzicom” zostało sformułowane nieprawidłowo, w postaci działania. Założenie drugie zostało sformułowane nieprawidłowo i nie odnosi się do efektu zdrowotnego.

Cel szczegółowy nr 7 został sformułowany w sposób zbyt ogólny. Nie doprecyzowano jak definiowane będzie „przywrócenie możliwości lub nabycie umiejętności życia i działania w środowisku rodzinnym i społecznym”.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie zaplanowano żadnego prawidłowego celu. Przedstawione cele szczegółowe nr 1-6 nie zawierają uzasadnienia dla podanych wartości docelowych. Natomiast cel nr 7 nie zawiera podanej wartości docelowej.

Dla danego problemu zdrowotnego warto zaplanować cele szczegółowe dotyczące uzyskania poprawy stanu funkcjonalnego czy też poprawy jakości życia wśród uczestników programu, konstruując je analogicznie jak ww. przykładowy cel główny. W programie wspomniano o przeprowadzeniu działań edukacyjnych dla rodziców (np. przy opisie poszczególnych interwencji), natomiast nie zaplanowano osobno działań edukacyjnych, których skutkiem byłby wzrost poziomu wiedzy rodziców. Nie zaplanowano również pomiaru tego wzrostu za pomocą pre- i post-testów. Prawdopodobnie zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi). Należałoby również zdefiniować pożądaną wartość wzrostu wiedzy/umiejętności uczestników (np. o 30%).

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „wyniki dokonanej oceny funkcjonalnej pacjenta wykonanej przez terapeutów (fizjoterapeutę, pedagoga, psychologa, neurologopedę). Ocena dokonywana będzie na początku realizacji programu polityki zdrowotnej oraz po jego zakończeniu. Ocena dokumentowana będzie na kartach oceny, których wzory stanowią załączniki nr: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11”,
- (2) „ilość uzyskanych pozytywnych ocen satysfakcji rodzica po zakończeniu realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej – ankieta – (zał. nr 1)”,
- (3) „ilość pacjentów uczestniczących w programie w stosunku do ilości zgłoszeń do udziału w programie – (zał. nr 2., cz.1)”.

Wskaźnik nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, same wyniki oceny nie są miernikiem efektywności. Wskaźniki 2 i 3 nie spełniają funkcji mierników efektywności, mogą natomiast zostać wykorzystane podczas monitorowania.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Mierniki efektywności powinny być dobrane odpowiednio do zaplanowanych celów. Do powyżej zaproponowanych przykładowych celów, miernikami mogą być odpowiednio np.: „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS – różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie) - w przypadku, gdy celem jest zmniejszenie dolegliwości o co najmniej minimalną istotną klinicznie różnicę (14 mm)” czy „odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego za pomocą testu...” lub „odsetek liczby osób, u których stwierdzono poprawę jakości życia na podstawie wyniku testu...”. Testy jakie mogą zostać użyte w programie to m.in. testy zgodne z ICF (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) i zasadami diagnostyki funkcjonalnej np. test Otta, test Schobera (zaburzenia funkcjonalne); Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej (IPAQ); pomiar dolegliwości bólowych przy pomocy VAS (wizualna skala analogowa, ang. Visual Analog Scale). Propozycja miernika dla celu edukacyjnego to: odsetek osób, u których w post-testie uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie np. opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka oraz profilaktyki zaburzeń rozwoju, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.

Do projektu nie załączono wskazanych załączników odnoszących się do sposobu pomiaru efektów opisanych w części dot. mierników efektywności.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci i młodzieży zamieszkałych i zameldowanych na terenie gminy Godów, w przedziale wiekowym od 0 do 18 roku życia z deficytami rozwojowymi. Należy wskazać, że w projekcie nie oszacowano populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ. W zakresie liczby osób, które zostaną włączone do programu wskazano, że program obejmie 100 dzieci z zaburzeniami rozwoju w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu ruchu, korzystających z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Na terenie gminy Godów mieszka 2 866 osób w wieku 0–18 lat (dane GUS 2024). Wielkość populacji została ustalona na podstawie statystyk dotyczących dzieci korzystających z rehabilitacji w formie fizjoterapii ambulatoryjnej, poradni rehabilitacyjnej i ośrodka rehabilitacji dziennej. Podkreślono jednocześnie, że w latach 2023–2024 nastąpił wyraźny wzrost liczby dzieci objętych rehabilitacją. W 2024 r. w gminie z rehabilitacji dziennej korzystało 19 pacjentów, z poradni rehabilitacyjnej 24 pacjentów, a z fizjoterapii ambulatoryjnej 31 pacjentów.

W innej części projektu wskazano, że program skierowany jest do dzieci: w wieku od 0 do 8 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokiemu ryzyka, a także do dzieci w wieku od 6 do 18 lat z dysfunkcją narządu ruchu np. wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami niskostopniowymi. Istnieje więc rozbieżność, którą należy skorygować i jednoznacznie wskazać populację docelową oraz jej liczebność.

W programie przedstawiono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia. W ramach kryteriów kwalifikacji wskazano szeroki zakres zaburzeń i nieprawidłowości. Wskazano, że do uczestnictwa w programie mogą być zakwalifikowane dzieci i młodzież. Opis ten jest jednak nieprecyzyjny, a lista problemów zdrowotnych zbyt obszerna. W innej części projektu wskazano, że program skierowany jest do dzieci: w wieku od 0 do 8 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokiemu ryzyka oraz do dzieci w wieku od 6 do 18 lat z dysfunkcją narządu ruchu np. wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami niskostopniowymi” wskazując tym samym na węższy zakres zaburzeń/nieprawidłowości, stanowiących o włączeniu dziecka do programu. W kryteriach nie przedstawiono zapisu odnoszącego się do zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń. Ponadto w programie istnieje niespójność: w części dot. dostępności publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, wnioskodawca wskazuje na dzieci "w wieku od 0 do 8 lat". Natomiast w części dot. zasad udzielania świadczeń na dzieci "w wieku 0-7 lat". Kwestia ta również wymaga doprecyzowania.

Interwencja

W programie przewidziano indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej rehabilitacji oraz grupowe zajęcia korekcyjne skierowane do dzieci i młodzieży biorących udział w programie.

Indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej interwencji obejmują rehabilitację leczniczą (kinezyterapię, fizykoterapię, hydroterapię, masaż leczniczy), metody neurofizjologiczne (metoda NDT-Bobath, integracja sensoryczna), terapię psychologiczną (sala doświadczania świata- snoezelen), terapię logopedyczną i neurologopedyczną (metoda krakowska, logorytmika), terapię pedagogiczną, terapię psychospołeczną (Trening Umiejętności Społecznych- TUS, metodę ruchu rozwijającego wg. Weroniki Sherborne, metoda M. Ch. Knillów, muzykoterapię, dogoterapię, sensoplastykę), terapię zajęciową. Grupowe zajęcia korekcyjne obejmują rehabilitację leczniczą tj. kinezyterapię.

W programie przedstawiono i opisano szeroki katalog interwencji. Nie wskazano jednak, które interwencje będą przypadać na jednego uczestnika. Nie wiadomo zatem, ile konkretnych interwencji realizator zapewni każdemu pacjentowi. Należy również zaznaczyć, że w ramach programu nie zaplanowano lekarskiej/fizjoterapeutycznej wizyty kwalifikacyjnej.

Jak wskazuje treść PPZ, program realizowany jest poprzez edukowanie rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka oraz profilaktyki zaburzeń rozwoju (instruktaż i ulotki informacyjne)", a także poprzez udzielanie rodzicom porad i instruktażu w zakresie metod i technik stosowanych w rehabilitacji dziecka. Należy jednak zaznaczyć, że tej grupy nie uwzględniono w opisie populacji docelowej, która zostanie włączona do programu oraz w opisie budżetu. Nie opisano również działań edukacyjnych skierowanych do rodziców jako planowanych interwencji. Nie zaplanowano

także pre- i post-testów wiedzy, które umożliwiłyby ocenę skuteczności przeprowadzonych w ramach programu działań edukacyjnych.

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Część wskazanych interwencji (np. dogoterapia i terapia Integracji Sensorycznej) jest niezalecana lub brakuje wystarczającej ilości dowodów popierających jej skuteczność dla części uczestników z niepełnosprawnościami wskazanymi w projekcie. Nie zaleca się w populacji osób ze spektrum autyzmu interwencji takich jak terapia ze zwierzętami. Nie jest zatem możliwa kompleksowa ocena skuteczności tych interwencji, ponieważ przy części interwencji nie wskazano, w jakich jednostkach chorobowych będą one stosowane (niepełnosprawność jest zbyt szeroką kategorią).

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W projekcie wskazano trzy wskaźniki, które odniesiono zarówno do monitorowania jak i do ewaluacji. Dwa z nich odnoszą się do oceny zgłaszalności do programu: (1) „liczba dzieci uczestniczących w poszczególnych formach rehabilitacji”, (2) „liczba udzielonych świadczeń z uwzględnieniem ich rodzaju”. Należy zaznaczyć, że w treści projektu w części odnoszącej się do celów i mierników efektywności przedstawiono wskaźnik odnoszący się do oceny zgłaszalności tj. „ilość pacjentów uczestniczących w programie w stosunku do ilości zgłoszeń do udziału w programie”. Warto podkreślić, że wskaźniki dot. oceny zgłaszalności powinny obejmować także: „liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji” oraz „liczbę osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny”.

Nie zaplanowano narzędzi umożliwiających ocenę jakości świadczeń ani nie załączono wzoru ankiety satysfakcji. W tym celu należy zastosować wystandaryzowany kwestionariusz oceny jakości świadczeń. Kwestionariusz może zawierać wymieniony w miernikach efektywności wskaźnik: „ilość uzyskanych pozytywnych ocen satysfakcji rodzica po zakończeniu realizacji świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej – ankieta – (zał. nr 1)”.

Nie przedstawiono prawidłowo sformułowanych mierników efektywności w związku z czym ewaluacja programu może okazać się utrudniona. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie, nie uwzględniono w nich jednak akcji informacyjno-promocyjnej. Sama akcja informacyjno-promocyjna została opisana zdawkowo.

Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Całkowity koszt programu oszacowano na 137 000 zł

W projekcie nie przedstawiono kosztów jednostkowych poszczególnych interwencji zaplanowanych w PPZ. Nie przedstawiono kosztów odnoszących się do działań informacyjnych, monitorowania oraz ewaluacji.

Należy również podkreślić, że w projekcie istnieje niespójność. Zakres interwencji opisany w części dot. budżetu w ramach „indywidualnych sesji terapeutycznych z obszaru wczesnej rehabilitacji” nie obejmuje wszystkich interwencji opisanych w projekcie.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Godów.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarabkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO definiuje rehabilitację jako „(...) zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”.

Niepełnosprawność

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) za niepełnosprawne uważa osoby, które na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych, nie mogą zapewnić sobie możliwości, całkowicie lub częściowo, samodzielnego życia indywidualnego i społecznego.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)

Pojęcie zaburzeń neurorozwojowych odnosi się do nieprawidłowej czynności mózgu pojawiającej się już we wczesnym okresie życia człowieka, i może dotyczyć zarówno komórek nerwowych, synaps, obwodów neuronalnych, a nawet całych sieci w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Pierwsze objawy są zwykle w początkowych latach życia, natomiast znaczenia klinicznego nabierają dopiero, gdy pojawiają się wyzwania rozwojowe, którym należy sprostać. Zgodnie z aktualną klasyfikacją Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) przyjętą przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, do zaburzeń neurorozwojowych zalicza się niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia ze spektrum autyzmu (z ang. Autism Spectrum Disorders, ASD), zespół nadpobudliwości, specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych i zaburzenia tikowe.

Alternatywne świadczenia

Osobom niepełnosprawnym przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) – finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia opieki społecznej (w tym rehabilitacja społeczna i zawodowa) finansowane ze środków wydzielonych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji został określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Badania przesiewowe/diagnostyczne w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu

- Większość wytycznych wskazuje, że badanie przesiewowe dzieci od 18 m.ż. do 30 m.ż. (USPSTF 2016), poniżej 5 r.ż. (UK NSC 2012) oraz w populacji ogólnej (SIGN 2016, AMS-MOH 2010, SIGN 2007) bez zgłaszanych obaw, co do ryzyka wystąpienia danego zaburzenia nie jest zalecane. Dowody w tym kierunku są niewystarczające lub istnieje wysokie ryzyko wystąpienia wyników fałszywie dodatnich i ujemnych mogących opóźnić właściwą diagnozę. AMS-MOH 2010 zaleca skryning w kierunku ASD tylko w grupach wysokiego ryzyka. Zauważyć należy, że Grupa Robocza powołana w ramach Forum Autyzmu oraz AAP (2015) potwierdza zasadność przesiewu specyficznego dla ASD w grupie dzieci od 18 do 24 m.ż. pomimo wysokiego odsetka

wyników fałszywie dodatnich. Wytyczne sugerują, iż w grupie młodszych dzieci skryning może mieć charakter informacyjny (APS, Young 2016; AAP 2007-2013). Dzieci z podejrzeniem ASD poprzez badania przesiewowe powinny być skierowane do oceny diagnostycznej i rozwojowej, a następnie do stosownej terapii.

- Rozpoznanie i diagnoza ASD u dzieci i młodzieży powinna być wykonywana przez wielodyscyplinarne zespoły ASD, które mogą obejmować: pediatrę, psychiatrę dziecięcego, logopedę, psychologa czy terapeutę zajęciowego (NICE 2011, AMS-MOH 2010).

Wczesna diagnostyka i postępowanie terapeutyczne

- Każdy specjalista zaangażowany w proces diagnostyczny ASD wśród dzieci, młodzieży i dorosłych powinien stosować się do kryteriów diagnostycznych uwzględnionych w najnowszych wersjach klasyfikacji ICD oraz DSM (SIGN 2016).
- Zaleca się ocenę diagnostyczną wraz z uwzględnieniem mocnych i słabych stron poszczególnych pacjentów z podejrzeniem ASD, przez interdyscyplinarny i doświadczony zespół specjalistów z umiejętnościami niezbędnymi do wykonania danej oceny (SIGN 2016). Na ocenę specjalistyczną składa się: wywiad, kliniczna obserwacja i uzyskanie szerszych informacji kontekstowych w kierunku diagnozy funkcjonalnej.
- Zastosowanie wczesnej interwencji w populacji dzieci z autyzmem jest bardzo istotne (EIBI), ale trzeba brać pod uwagę możliwości i preferencje najbliższych pacjenta, uwzględniać mocne i słabe strony dziecka (SIGN 2016, ADoHS 2016/ NAC 2015, AMS-MOH 2010), jego wiek oraz etap rozwoju. Najbardziej efektywne są interwencje w skali 1:1, o silnie zindywidualizowanym charakterze, najlepiej od 20-25 do 40 godz. zajęć tygodniowo (ADoHS 2016/NAC 2015, AACAP 2014).
- Należy rozważyć interwencje z udziałem rodziców/opiekunów pacjentów z podejrzeniem lub stwierdzonym ASD (SIGN 2016). Powinno się oferować edukację i wsparcie rodziców/opiekunów celem nabycia odpowiednich umiejętności do pracy z dzieckiem z ASD (SIGN 2016, AOTA 2016, NAC 2015, Zwaigenbaum 2015a, AACAP 2014, AOTA 2009). Szkolenia te powinny mieć na celu zwiększenie zrozumienia problemu, uwrażliwienie na problem, umiejętności reagowania, komunikowania się i interakcji z chorym dzieckiem (NICE 2013).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Dowody kliniczne dotyczące roli edukacji w procesie rehabilitacji

- Metaanaliza 14 RCT wysokiej jakości (Marris 2021) wykazała pewne korzyści wynikające z dołączenia edukacji przeciwbólowej do standardowej fizykoterapii. Edukacja w zakresie bólu w podgrupie z krótkotrwałą niepełnosprawnością nie przyniosła istotnego statystycznie efektu w zakresie redukcji stopnia niepełnosprawności (SMD=-0,791 [95%CI: (-0,994; 2,575)]; P=0,385). Ten sam brak wpływu interwencji potwierdzono także w przypadku stopnia niepełnosprawności w długim okresie obserwacji (SMD=-1,374 [95%CI (-0,103; 2,850)]; P=0,068). Połączona analiza wyników wykazała umiarkowany wpływ edukacji na intensywność bólu, ale bez istotności statystycznej (SMD -0,756 [95%CI: (-0,059; 1,571)]; P=0,069). Odnotowano nieistotne statystycznie efekty związane z edukacją zarówno w podgrupie z bólem krótkotrwałym (SMD -0,837 [95%CI: (-0,299; 1,972)]; P=0,149), jak i długotrwałym (SMD -0,964 [95%CI: (-0,032; 1,959)]; P=0,058).
- Wyniki uzyskane w metaanalizie 5 RCT (Siddal 2021) wskazują, że połączenie edukacji w zakresie neurologicznego pochodzenia bólu i ćwiczeń fizycznych zwiększa redukcję jego intensywności (MWD=-2,09 [95%CI: (-3,38; -0,80)]), stopień niepełnosprawności (SMD=-0,68 [95%CI: (-1,17; -0,20)]). Poprawa w zakresie natężenia bólu przekroczyła minimalną istotną klinicznie różnicę (MCID). Zdaniem autorów wnioski z tego przeglądu powinny być interpretowane ostrożnie ze względu na znaczną heterogeniczność badań oraz jakość dowodów w zakresie bardzo niskiej do umiarkowanej.

Interwencje behawioralne (terapia behawioralna, poznawczo-behawioralna, działania terapeutyczne oparte na analizie behawioralnej - ABA):

- Wyniki analizy Camargo 2016 wskazują, że zastosowanie terapii behawioralnej powoduje blisko 88% wzrost umiejętności społecznych u osób z ASD. Największe efekty odnotowywano w populacji od 2 do 10 roku życia, a jeśli dodatkowo zastosowano technikę wzmacniania oraz modelowanie, efekty terapii były większe.
- Według autorów terapia poznawczo-behawioralna ma silny, pozytywny wpływ na poprawę funkcjonowania społecznego dzieci z ASD nieupośledzonych umysłowo (Lang 2011).
- Analiza Wong 2015 przedstawia blisko 27 interwencji w kierunku ASD, które są oparte na dowodach, sygnalizując, że ponad połowa z nich wywodzi się z analizy behawioralnej lub też opiera się na jej założeniach teoretycznych: wysiłek fizyczny (exercise), terapia poznawczo-behawioralna (cognitive behavioral intervention), interwencja wprowadzana przez rodziców (parent-implemented intervention), instrukcje i interwencje wprowadzane za pośrednictwem rówieśników (peer-mediated instruction and intervention, PMII), trening umiejętności społecznych (social skills training, SST), trening komunikacji funkcjonalnej (functional communication training, FCT), ustrukturyzowane grupy zabawy (structured play group, SPG), interwencje w naturalnym środowisku (naturalistic intervention, NI), interwencje wspomagane technologicznie (technology – aided instruction and intervention, TAI), pomoce wizualne (visual support, VS) i wideo-modelowanie, scenariusze (scripting, SC), trening samozarządzania (self-management, SM), narracje społeczne (social narratives, SN), wzmacnianie (reinforcement, R+), podpowiedzi (prompting, PP), wygaszanie (extinction) oraz modelowanie, PECS (Picture Exchange Communication System), trening umiejętności kluczowych (pivotal response training, PRT), wzmacnianie różnicujące zachowań alternatywnych, niekompatybilnych i innych (differential reinforcement of alternative, incompatible, or other behavior DRA/I/O), metoda wyodrębnionych prób (discrete trial teaching, DTT), interwencje oparte na bodźcach poprzedzających (antecedent based intervention, ABI), analiza funkcjonalna zachowań (functional behavior assessment, FBA), analiza zadania (task-analysis, TA), opóźnianie (time delay, TD), przerywanie reakcji i przekierowywanie (response interruption and redirection, RIR).

Inne:

- Na skuteczność terapii u dzieci/młodzieży z ASD znaczący wpływ mogą mieć: wiek pacjenta (im wcześniej rozpoczęta terapia, tym szybsza i większa poprawa), osoba terapeuty (jego doświadczenie) oraz stan wyjściowy dziecka - umiejętności językowe, komunikacyjne i społeczne (Warren 2011b).

Podsumowanie opinii ekspertów

Opinie ekspertów wskazują, że istnieje zasadność finansowania programów polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Programy polityki zdrowotnej powinny być poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych danej populacji i według tych analiz kierowane do danej populacji ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku produkcyjnym. Ekspertiści wskazują, że minimalny okres trwania pojedynczego cyklu rehabilitacji powinien wynosić 3 tygodnie. Przy czym, optymalnie zajęcia powinny odbywać się co najmniej 2 razy w tygodniu, po 60 minut, a każdy z uczestników powinien odbyć łącznie 10 sesji w programie (łącznie czas 5 tygodni). Decyzję o czasie trwania rehabilitacji powinien podjąć prowadzący lekarz w oparciu o efekty dotychczasowego leczenia. Warunki realizacji PPZ powinny być zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Opinie ekspertów wskazują również na dynamiczny wzrost diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu. Wczesna interwencja podjęta u dzieci z ASD wpływa na zmniejszenie liczby symptomów m.in. na poprawę funkcji poznawczych pacjenta, umiejętności językowych, społecznych, zachowań adaptacyjnych. Ponadto w wyniku odpowiednich działań interwencyjnych oczekuje się poprawy

jakości życia, zwiększenia szans na samodzielne i niezależne funkcjonowanie (z możliwością podjęcia pracy zarobkowej) i tym samym zmniejszenia kosztów związanych z udzielanymi świadczeniami.

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

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.47.2025 „Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu Gminy Godów”; data ukończenia: lipiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 115/2025 z dnia 7 lipca 2025 roku o projekcie programu „Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu gminy Godów”