



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 61/2025 z dnia 17 lipca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu
miasta Wodzisławia Śląskiego”

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

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży z Miasta Wodzisław Śląski. 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 miasto Wodzisław Śląski był oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał opinię pozytywną warunkowo (165/2012). 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 efektywności;
- doprecyzowania i oszacowania liczebności populacji docelowej oraz liczby uczestników w podziale na poszczególne lata realizacji PPZ;
- 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;
- doszczegółowienia 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 Wodzisław Śląski. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież zamieszkujące i zameldowane na terenie miasta/gminy Wodzisławia Śląskiego, w wieku od 0 do 18 roku życia z deficytami rozwojowymi, przede wszystkim korzystające z limitowanych gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, posiadające skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 1 650 000 zł (330 000 zł rocznie). Program ma zostać sfinansowany ze środków Miasta Wodzisław Śląski.

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 oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, ogólnopolskie oraz regionalne i lokalne. Wg 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.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest: *„poprawa stanu zdrowia u 10% uczestników programu z terenu Wodzisławia Śląskiego w latach 2026-2030, poprzez umożliwienie kontynuowania procesu rehabilitacji po wykorzystaniu dostępnych standardowych, gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz poprzez możliwość korzystania z ponadstandardowych form wieloprofilowego leczenia, rehabilitacji i usprawniania”.*

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, w sposób zbyt ogólny. Ponadto nie zawiera uzasadnienia dla 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.

W projekcie zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- (1) „zwiększenie o 10% liczby udzielonych świadczeń z zakresu Wczesnej Interwencji w stosunku do limitu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji w ośrodku dziennym, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”,
- (2) „zwiększenie o 10% liczby udzielonych świadczeń z zakresu Grupowych Zajęć Korekcyjnych w stosunku do limitu świadczeń gwarantowanych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”,
- (3) „uzyskanie 10% pozytywnych ocen dotyczących poziomu satysfakcji rodziców z otrzymanego instruktażu, w odniesieniu do wszystkich zwróconych ankiet satysfakcji w czasie trwania programu polityki zdrowotnej”,
- (4) „uzyskanie 10% pozytywnych ocen dotyczących poziomu satysfakcji rodziców z uzyskanej wiedzy na temat profilaktyki zaburzeń rozwoju dzieci, w odniesieniu do wszystkich zwróconych ankiet satysfakcji w czasie trwania programu polityki zdrowotnej”,
- (5) „określenie liczby dzieci korzystających z Programu w latach 2026-2030, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia”,

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 udzielonych świadczeń, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ. Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany nieprawidłowo, w postaci działania.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie zaplanowano żadnego prawidłowego celu. Należy również zaznaczyć, że przedstawione cele szczegółowe 1-4 nie zawierają uzasadnienia dla podanych wartości docelowych. Natomiast cel szczegółowy nr 5 nie zawiera 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. Prawidłowo 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 zdrowotnego – 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-teście 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 dołączono załączniki odnoszące się do sposobu pomiaru efektów, które nie budzą większych zastrzeżeń. Jedynie w przypadku „Karty uczestnika projektu” w ramach końcowej oceny, nie przedstawiono większego zakresu informacji np. zastosowanych narzędzi czy wyników z pomiarów dla poprawy stanu dziecka lub braku poprawy.

W dalszej części projektu przedstawiono i scharakteryzowane testy, które zostaną wykorzystane w programie. Podkreślono, że wszystkie badania wykonuje się na początku realizacji zajęć i po zakończeniu, porównując wynik pomiarów, co jest działaniem zasadnym.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci i młodzieży zamieszkującej i zameldowanej na terenie miasta/gminy Wodzisławia Śląskiego, w wieku od 0 do 18 roku życia z deficytami rozwojowymi, które przede wszystkim korzystają z limitowanych gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i posiadają skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji (w liczbie około 800 osób). W treści projektu nie przedstawiono jednak liczebności populacji docelowej oraz danych dot. liczby uczestników w podziale na poszczególne lata realizacji PPZ.

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 ciążą wysokiego 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.

Dodatkowo w projekcie występuje nieścisłość dotycząca grupy docelowej – na stronie 19 wskazano wiek 0–8 lat, natomiast na stronie 32 wiek 0–7 lat dla wczesnej interwencji.

W programie przedstawiono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia. Należy zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono zapisu odnoszącego się do zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń. Dodatkowo, jako jedno z kryteriów wskazano zamieszkiwanie na terenie

Wodzisławia Śląskiego, natomiast w opisie populacji wskazane jest zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie miasta/gminy Wodzisławia Śląskiego. Istnieje więc niespójność, którą należy skorygować.

Interwencja

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

Zaplanowane interwencje obejmują rehabilitację leczniczą (kinezyterapię, fizykoterapię), metody neurofizjologiczne (metoda NDT-Bobath, metoda Vojty, integracja sensoryczna), terapię psychopedagogiczną (Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, Programy Knillów, Snoezelen, Poranny Krąg, terapia zajęciowa), terapię logopedyczną i neurologopedyczną (metoda krakowska, logorytmika).

Należy wskazać, że nie doprecyzowano, które interwencje realizowane będą jako indywidualne sesje terapeutyczne w ramach wczesnej interwencji, a które jako grupowe zajęcia korekcyjne. Sam opis interwencji został przedstawiony w sposób ogólny. Nie wskazano w sposób jednoznaczny, które z wybranych metod będą stosowane oraz w jakim zakresie. Ponadto niejasny pozostaje sposób realizacji poszczególnych interwencji oraz zakres świadczeń przypisanych do każdej z form wsparcia.

W programie nie zaplanowano lekarskiej/fizjoterapeutycznej wizyty kwalifikacyjnej. W ramach kryteriów kwalifikacji wymieniono szereg zaburzeń/nieprawidłowości oraz wskazano, że do uczestnictwa w programie mogą być zakwalifikowane dzieci i młodzież, które spełnią wskazane warunki. Zapis ten jest nieprecyzyjny. Ponadto zaznaczono, że program skierowany jest do dzieci: w wieku od 0 do 8 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokim ryzykiem 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.

Jak wskazuje treść PPZ, istotną rolę w ramach wczesnej interwencji odgrywa również edukacja rodziców w zakresie opieki i pielęgnacji dziecka, poprzez stosowanie określonych technik noszenia, unoszenia, ubierania czy zabawy (tzw. Instruktarz terapeutyczny). 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.

W związku z powyższymi uwagami zapisy programu dotyczące interwencji wymagają weryfikacji i poprawy.

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.). Jednak część interwencji jak terapia integracji sensorycznej nie jest zalecanych lub nie znajduje poparcia w wystarczającej ilości dowodów naukowych dla części pacjentów z niepełnosprawnościami (np. w populacji osób z ASD).

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”.

W programie częściowo zaplanowano ocenę jakości świadczeń na podstawie jednego wskaźnika tj. „ocena ankiet”, który został sformułowany nieprawidłowo i nie spełnia funkcji wskaźnika efektywności. Nie jest również jasne, czy wskaźnik ten odnosi się do oceny jakości świadczeń, czy oceny efektywności programu. Do oceny jakości świadczeń można wykorzystać zaplanowany w programie miernik efektywności: „ilość uzyskanych pozytywnych ocen satysfakcji rodzica po zakończeniu realizacji świadczeń w ramach programu zdrowotnego”. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi większych uwag.

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. W projekcie opisano sposób zakończenia udziału w programie.

W PPZ używane jest określenie „Program Zdrowotny”, co jest niezgodne z zapisami ustawy. Prawidłowa nazwa to Program Polityki Zdrowotnej.

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 1 650 000 zł (330 000 zł rocznie).

W projekcie zdawkowo przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych interwencji zaplanowanych w PPZ oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Nie przedstawiono kosztów odnoszących się do działań informacyjnych, monitorowania oraz ewaluacji. Nie wskazano również kosztów w przeliczeniu na osobę.

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 Miasta Wodzisław Śląski.

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, zespół nadruchliwości, 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 interwention, 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. Eksperti 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.

PREZES

Daniel Rutkowski

/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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.53.2025 „Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego”; data ukończenia: lipiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 126/2025 z dnia 14 lipca 2025 roku o projekcie programu „Kompleksowa rehabilitacja dziecka z niepełnosprawnością z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego”.