



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 62/2025 z dnia 17 lipca 2025 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.  
„Program fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w Gminie  
Trzebowniko w latach 2025-2029”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn.: „Program fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w Gminie Trzebowniko w latach 2025-2029”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest prawidłowy rozwój psychomotoryczny niemowląt. Oceniany program, dzięki swoim założeniom, może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wnosi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że podobny projekt pn. „Program fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w Gminie Trzebowniko w latach 2025-2029” był w 2025 r. oceniany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskał negatywną opinię (nr 39/2025 z 16 maja 2025 r.). Większość zgłoszonych wówczas uwag została uwzględniona w obecnie ocenianym projekcie.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące: weryfikacji i przeformułowania celów programu; doszacowania populacji docelowej oraz budżetu i kosztów jednostkowych programu.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zakładający przeprowadzenie dwukrotnej fizjoterapeutycznej wizyty patronażowej (badań przesiewowych w kierunku zaburzeń motorycznych) w populacji niemowląt między 10 a 14 tygodniem życia i między 20 a 24 tygodniem życia, a także działań edukacyjnych i specjalistycznego poradnictwa dla rodziców, zaplanowany do realizacji przez Gminę Trzebowniko. Program ma być realizowany w latach 2025-2029, a na jego przeprowadzenie zaplanowano 563 000 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r.,

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

W opiniowanym dokumencie przedstawiono informacje dotyczące występowania zaburzeń motorycznych u niemowląt w pierwszym roku życia. Wśród głównych zaburzeń stanowiących podstawę deficytów rozwoju w pierwszym roku życia wskazano: hipotonię i hipertonię mięśniową oraz asymetrię niemowlęcą. W projekcie przedstawiono również etiologię i patogenezę zaburzeń w rozwoju motorycznym niemowląt, a także ich obraz kliniczny, naturalny przebieg, sposoby leczenia i rokowanie.

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

W projekcie programu przedstawiono sytuację epidemiologiczną korespondującą z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do danych ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych.

Powołując się na dane Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), przedstawiono dane w zakresie następujących schorzeń (zgodnie z klasyfikacją ICD-10): R25 – patologiczne ruchy mimowolne, R29 – inne objawy i dolegliwości dotyczące układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego, R62 – brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego.

W projekcie programu przedstawiono dane z 2024 r. dotyczące liczby pacjentów w Polsce i w województwie podkarpackim z ww. rozpoznaniem: R25 – 14 562 osoby w Polsce i 732 osoby w województwie, R29 – 161 199 osoby w Polsce i 8 770 osób w województwie oraz R62 – 167 162 osoby w Polsce i 10 855 osób w województwie.

Prezentowano również dane w zakresie liczby żywych urodzeń w gminie Trzebownisko na przestrzeni lat 2020-2023, która kształtowała się na poziomie średnio 230 urodzeń rocznie. W projekcie powołano się również na prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), zgodnie z którymi w większości gmin w Polsce, w tym w gminie Trzebownisko, do 2040 r. przewiduje się sukcesywny spadek liczby urodzeń.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) z uwagi na brak poruszanej tematyki z zakresu zaburzeń motorycznych u niemowląt.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*zwiększenie o 15% liczby niemowląt ze zdiagnozowanymi w ramach Programu zaburzeniami motorycznymi skierowanymi do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ względem wszystkich przebadanych niemowląt w każdym etapie Programu w gminie Trzebownisko oraz wzrost wiedzy i umiejętności wśród 80% rodziców/opiekunów prawnych w zakresie zasad rozwoju motorycznego i prawidłowych technik pielęgnacji niemowląt*”.

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, gdyż składa się z dwóch odrębnych celów. Pierwszy z nich dotyczy zwiększenia liczby niemowląt zdiagnozowanych w ramach PPZ i skierowanych do dalszej specjalistycznej opieki, i jako odrębny cel wydaje się możliwy do realizacji w związku z zaplanowanymi w projekcie interwencjami. Natomiast drugi dotyczy zwiększenia poziomu wiedzy i umiejętności rodziców/opiekunów prawnych i również wydaje się możliwy do realizacji w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi.

Należałoby zatem wskazać jeden cel główny, odnoszący się do diagnostyki tj. „*zwiększenie o 15% liczby niemowląt ze zdiagnozowanymi w ramach Programu zaburzeniami motorycznymi skierowanymi do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ względem wszystkich przebadanych niemowląt w każdym etapie Programu w gminie Trzebownisko*”; lub odnoszący się do działań edukacyjnych tj. „*zwiększenie*

poziomu wiedzy rodziców o xx% z zakresu rozwoju motorycznego niemowlęcia w pierwszym roku życia – u co najmniej xx% osób objętych usługami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu”.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- 1) „zwiększenie o 15% liczby niemowląt ze zdiagnozowanymi w ramach Programu zaburzeniami motorycznymi skierowanych do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ względem wszystkich przebadanych niemowląt w każdym z etapów Programu”,
- 2) „podniesienie w trakcie trwania programu wiedzy z zakresu rozwoju motorycznego niemowlęcia w pierwszym roku życia wśród 80% rodziców/opiekunów prawnych objętych usługami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu (min. 80% poprawnych odpowiedzi w post-teście, wzrost wiedzy o co najmniej 30%)” oraz
- 3) „podniesienie w trakcie trwania programu umiejętności z zakresu wykonywanych technik pielęgnacji niemowlęcia w pierwszym roku życia wśród 80% rodziców/opiekunów prawnych objętych usługami edukacyjno-informacyjnymi w ramach Programu (min. 80% poprawnie wykonywanych technik pielęgnacji niemowlęcia w post-teście, wzrost umiejętności o co najmniej 30% w stosunku do umiejętności przed przystąpieniem do Programu)”.

Cel szczegółowy nr 1 dotyczący zwiększenia liczby niemowląt zdiagnozowanych w ramach PPZ i skierowanych do dalszej specjalistycznej opieki jest możliwy do realizacji w związku z zaplanowanymi w projekcie interwencjami. Należy jednak wskazać, że stanowi on powielenie pierwszego założenia zawartego w celu głównym. Cel szczegółowy nr 2 dotyczy podniesienia poziomu wiedzy rodziców/opiekunów prawnych i wydaje się możliwy do realizacji w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. Należy wskazać, że zaplanowano weryfikację poziomu wiedzy rodziców/opiekunów prawnych za pośrednictwem pre- i post-testu, co jest działaniem prawidłowym. Wzór ww. testu został dołączony do projektu programu i nie budzi zastrzeżeń. Cel szczegółowy nr 3 dotyczy zwiększenia umiejętności rodziców/opiekunów prawnych i również wydaje się być możliwy do osiągnięcia poprzez realizację zaplanowanych w projekcie działań. W odniesieniu do sposobu pomiaru poziomu osiągnięcia ww. celu szczegółowego, w projekcie wskazano na pre- i post-test umiejętności. Należy wskazać, że podobnie jak cel szczegółowy nr 1, cele szczegółowe nr 2 i 3 stanowią częściowe powielenie celu głównego. Zakładając, że cel główny odnosiłby się do działań diagnostycznych i brzmiałby: „zwiększenie o 15% liczby niemowląt ze zdiagnozowanymi w ramach Programu zaburzeniami motorycznymi skierowanych do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ względem wszystkich przebadanych niemowląt w każdym etapie Programu w gminie Trzebownik”; to wskazane cele szczegółowe odnoszące się do poziomu i wiedzy i umiejętności należałoby uznać za poprawne.

W projekcie zaplanowano 3 mierniki efektywności:

- 1) *odsetek niemowląt ze zdiagnozowanymi w ramach Programu zaburzeniami motorycznymi skierowanych do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ względem wszystkich przebadanych niemowląt w każdym z etapów Programu”,*
- 2) *„odsetek rodziców/opiekunów prawnych u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie rozwoju motorycznego niemowlęcia w pierwszym roku życia względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test” oraz*
- 3) *„odsetek rodziców/opiekunów prawnych u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu umiejętności w zakresie stosowania prawidłowych technik pielęgnacji niemowlęcia względem wszystkich osób, które wzięły udział w pre-teście”.*

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.

Mierniki nr 1, 2 i 3 odnoszą się kolejno do celów szczegółowych nr 1, 2 i 3. Ww. wskaźniki po części odnoszą się również do celu głównego, który jednak jak wskazano powyżej, został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z dwóch odrębnych celów.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić będą niemowlęta między 10 a 24 tygodniem życia oraz rodzice niemowląt zakwalifikowanych do programu. Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), wskazano liczbę żywych urodzeń w Gminie Trzebownik w latach 2020-2023, która wyniosła średnio 230 urodzeń w ciągu roku. W odniesieniu do populacji rodziców w projekcie wskazano, że „dostępne dane Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu statystycznego wskazują, iż w gminie Trzebownik w 2023 roku zamieszkiwało 10 508 osób w wieku od 20 do 49 roku życia, czyli w najbardziej prawdopodobnym przedziale wiekowym dla decyzji o potomstwie. We wskazanej grupie było 5 264 kobiet oraz 5 244 mężczyzn”.

Zgodnie z treścią projektu zaplanowano, że interwencjami w ramach programu objętych zostanie w sumie 527 niemowląt oraz 527 rodziców/opiekunów prawnych. Należy jednak zauważyć, że w projekcie występuje pewna nieścisłość w zakresie liczebności populacji docelowej. Przedstawiając liczbę osób z obu populacji docelowych, która zostanie włączona do programu na poszczególnych jego etapach wskazano, że będzie to 87 niemowląt oraz 87 rodziców/opiekunów w I etapie programu i po 150 niemowląt oraz 150 rodziców/opiekunów w ramach etapów II-IV, co daje razem 537 niemowląt i 537 rodziców/opiekunów prawnych. Powyższą kwestię należy doprecyzować.

W projekcie programu zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia, które w większości nie budzą zastrzeżeń. Część ze wskazanych w kryteriach włączenia czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wieku rozwojowego wydaje się zbyt ogólna lub może być trudna do weryfikacji. Zasadne wydaje się również, żeby kryteria medyczne weryfikowane były przez lekarza lub inną osobę posiadającą odpowiednie kompetencje w tym zakresie.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie dwóch podprogramów:

- Podprogram I – Fizjoterapeutyczna diagnostyka niemowląt między 10 a 24 tygodniem życia
- Podprogram II – Edukacja rodziców/opiekunów prawnych na temat rozwoju motorycznego niemowlęcia oraz sposobów i technik pielęgnacji wspierających jego prawidłowy rozwój.

#### Podprogram I – Fizjoterapeutyczna diagnostyka niemowląt między 10 a 24 tygodniem życia

W ramach Podprogramu I zaplanowano realizację fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w miejscu zamieszkania. Wizyty te mają się odbywać dwukrotnie (między 10 a 14 oraz między 20 a 24 tygodniem życia dziecka) i obejmować przeprowadzenie diagnostyki funkcjonalnej niemowlęcia oraz specjalistycznego poradnictwa skierowanego do rodziców/opiekunów prawnych.

#### Wczesne wykrywanie zaburzeń rozwoju motorycznego (diagnostyka funkcjonalna)

Pierwsza interwencja realizowana w ramach podprogramu I obejmować będzie przeprowadzenie diagnostyki funkcjonalnej pod kątem wykrywania zaburzeń rozwoju motorycznego niemowlęcia. Zgodnie z treścią projektu, w ramach tej interwencji u wszystkich niemowląt zakwalifikowanych do programu przeprowadzony zostanie wywiad, ocena rozwoju wg kamieni milowych oraz ocena rozwoju uwzględniająca klasyfikację wg Vojty.

#### Ocena rozwoju wg kamieni milowych

Jednym z narzędzi jakie zostanie zastosowane do oceny rozwoju motorycznego niemowląt w ramach programu jest ocena rozwoju wg kamieni milowych. W treści projektu wskazano m.in., że jest to powszechnie stosowana metoda w obserwacji rozwoju dzieci urodzonych w terminie, a także że jest wystarczająco czułym narzędziem, niewymagającym wysokiego nakładu kosztów i może być stosowana przez lekarzy, położne środowiskowe i fizjoterapeutów. Zaznaczono również, że ocena przy użyciu tej metody może odbywać się w trakcie spontanicznej aktywności dziecka lub po wywołaniu

poszczególnych umiejętności z wykorzystaniem rekwizytów (np. lalek). Obserwacje te można prowadzić w trakcie wizyty w poradni zdrowego dziecka, w trakcie konsultacji specjalistycznych lub na wizycie związanej ze szczepieniami.

#### *Klasyfikacja wg Vojty*

Kolejnym narzędziem jest diagnostyka zgodnie z klasyfikacją wg Vojty. W projekcie wskazano, że jest to bardzo szczegółowa metoda oceny rozwoju niemowląt, która polega na opisie wzorca dobowego dziecka, ocenie historii prenatalnej i okołoporodowej, ocenie motoryki spontanicznej dziecka pod względem prawidłowych i nieprawidłowych wzorców ruchowych, napięcia mięśniowego oraz badaniu neuromotorycznym tzw. reakcji ułożeniowych.

Zgodnie z treścią projektu, w przypadku stwierdzenia zaburzeń w rozwoju motorycznym, na tym etapie niemowlę zakończy udział w PPZ i zostanie skierowane do lekarza POZ celem objęcia specjalistyczną fizjoterapią.

#### *Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców/opiekunów prawnych*

W ramach fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych, oprócz diagnostyki funkcjonalnej zaplanowano również realizację specjalistycznego, ok. 45-minutowego poradnictwa dla rodziców/opiekunów prawnych. W projekcie wskazano, że będzie ono dotyczyło głównie aspektów związanych z dostosowywaniem otoczenia niemowlęcia tak, aby sprzyjało jego aktywności ruchowej.

#### *Podprogram II – Edukacja rodziców/opiekunów prawnych na temat rozwoju motorycznego niemowlęcia oraz sposobów i technik pielęgnacji wspierających jego prawidłowy rozwój*

W ramach tego podprogramu zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych na temat rozwoju motorycznego niemowlęcia oraz sposobów i technik pielęgnacji wspierających jego prawidłowy rozwój. W projekcie wskazano, że pierwszym etapem będzie przeprowadzenie badania poziomu wiedzy rodziców/opiekunów w ww. zakresie oraz ocena ich umiejętności w zakresie technik i sposobów pielęgnacji niemowląt przeprowadzana przez fizjoterapeutę. Edukacja zdrowotna będzie trwała 45-minut i będzie miała charakter indywidualny. Ukierunkowana zostanie na zwiększanie wiedzy rodzica/opiekuna na temat rozwoju motorycznego niemowlęcia, możliwych zaburzeń w rozwoju motorycznym u niemowląt i ich przyczyn, oraz umiejętności w zakresie sposobów i technik pielęgnacji niemowlęcia wspierających jego prawidłowy rozwój. Ponadto, w ramach wizyt patronażowych rodzice/opiekunowie otrzymywać będą ulotki i/lub inne materiały edukacyjno-informacyjne. Zgodnie z treścią projektu, post-test wiedzy i umiejętności zostanie przeprowadzony na drugiej wizycie patronażowej.

#### *Monitorowanie i ewaluacja*

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

Ocena zgłaszalności do programu będzie opierać się na podstawie: „liczby osób (rodziców/opiekunów prawnych i niemowląt) które zostały zakwalifikowane do udziału w Programie w każdym z jego etapów”, „odsetka osób (rodziców/opiekunów prawnych i niemowląt) objętych usługami w Programie względem wszystkich osób, które wzięły udział w rekrutacji w każdym z jego etapów”, „liczby osób (rodziców / opiekunów prawnych i niemowląt) które nie zostały objęte działaniami Programu z przyczyn zdrowotnych lub innych przyczyn (ze wskazaniem tych powodów)”, „liczby osób (rodziców/opiekunów prawnych i niemowląt) które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji Programu” oraz „liczby przeprowadzonych fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych oceniane na podstawie dokumentacji Programu”. Należy zaznaczyć, że ww. wskaźniki zostały przygotowane prawidłowo.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie analizę poziomu osiągnięcia wskaźników określonych w projekcie. Wśród wskaźników mających zastosowanie w ewaluacji programu wymieniono: „liczbę niemowląt, u których w ramach Programu zdiagnozowano zaburzenia motoryczne i skierowano do dalszej specjalistycznej opieki w ramach NFZ w każdym z etapów Programu”, „liczbę rodziców/opiekunów prawnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom swojej wiedzy w zakresie rozwoju motorycznego niemowlęcia w pierwszym roku życia” oraz „liczbę rodziców/opiekunów prawnych, którzy w wyniku działań edukacyjnych nastąpił wzrost poziomu umiejętności w zakresie stosowania prawidłowych technik pielęgnacji niemowlęcia”. Powyższe wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

#### Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy realizacji programu. Odniesiono się również do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe. Odniesiono się do kosztów poszczególnych interwencji, kosztów kampanii informacyjnej oraz do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Należy zaznaczyć, że ww. koszty jednostkowe budzą liczne wątpliwości. W projekcie przedstawiono koszt I etapu wynoszący 93 500 zł, natomiast po zsumowaniu wskazanych kosztów jednostkowych wchodzących w skład kosztu I etapu, kwota ta wynosi 97 500 zł. Ponadto, wskazane w ramach I etapu koszty zarządzania projektem (3 000 zł) oszacowano na okres 6 miesięcy, podczas gdy z opisu części składowych, etapów i działań organizacyjnych wynika, że I etap obejmować będzie okres 11 miesięcy (od 01.08.2025 r. do 30.06.2026 r.). Kolejna wątpliwość dotyczy kosztów części działań, które są różne na poszczególnych etapach projektu (koszt działań promocyjno-informacyjnych: I etap – 40 000 zł, II-IV etap – 60 000 zł; koszt działań edukacyjno-informacyjnych: I etap – 10 000 zł, II-IV etap: 5 000 zł). Ostatnia kwestia dotyczy wskazanych w ramach poszczególnych etapów „kosztów jednostkowych” (I etap – 560,34 zł, II etap – 496,67 zł, III etap – 521,67 zł oraz IV etap – 546,67 zł). Nie doprecyzowano, czy są to koszty przypadające na 1 uczestnika oraz w jaki sposób dokonano ich kalkulacji. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

Koszt całkowity programu oszacowano na 563 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych gminy Trzebowno.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Problem zdrowotny

Prawidłowy rozwój psychomotoryczny niemowlęcia odnosi się do postępujących umiejętności psychoruchowych dziecka w pierwszym roku życia, obejmujących zarówno motorykę dużą (postawę i lokomocję) i małą (koordynacja oko-ręka, zręczność) jak i rozwój psychiczny (mowa, zachowanie i rozwój socjalny). Ocena jakości rozwoju psychomotorycznego stanowi zarówno podstawę wczesnego rozpoznawania zaburzeń wynikających ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, czy aparatu ruchu, jak i jest narzędziem do oceny efektów podejmowanego tu leczenia i rehabilitacji.

Ocena polega na cyklicznej obserwacji i ocenie punktowej wszystkich czterech obszarów rozwojowych podczas spontanicznej aktywności dziecka, tj. oceny: kontroli posturalnej, kontroli motorycznej, motoryki małej oraz poziomu rozwoju funkcji psychicznych.

##### Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe niemowląt m.in. w kierunku zaburzeń psychomotorycznych, realizowane są w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) badania dzieci do 1 r.ż. realizowane są w ramach świadczeń gwarantowanych:

- lekarza POZ – w ramach porad patronażowych oraz badań przesiewowych,
- pielęgniarki POZ – w ramach wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych,
- położnej POZ – w ramach wizyt patronażowych.

#### Ocena technologii medycznej

##### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

##### *Realizacja badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju (w tym rozwoju psychomotorycznego) w populacji niemowląt i małych dzieci*

- W polskich wytycznych Krajowej Izby Fizjoterapeutów podkreśla się, że ocena jakości rozwoju psychomotorycznego stanowi zarówno podstawę wczesnego rozpoznawania zaburzeń wynikających ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, czy aparatu ruchu, jak i jest narzędziem do oceny efektów podejmowanego tu leczenia i rehabilitacji (KIF 2023).
- Wytyczne amerykańskie American Academy of Pediatrics wskazują, że nadzór nad prawidłowym rozwojem dziecka (obejmujący kompleksową ocenę) powinien odbywać się podczas każdej wizyty kontrolnej, począwszy od wczesnego dzieciństwa do okresu dojrzewania. Badania przesiewowe w kierunku wad rozwojowych przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi, powinny zostać przeprowadzone podczas wizyt profilaktycznych w 9, 18 i 30 m.ż. dziecka (AAP 2025). Zaś w wytycznych Massachusetts Health Quality Partners podkreślono, że okresowa ocena stanu zdrowia dziecka w 1 r.ż. powinna obejmować m.in. ocenę rozwoju motoryki małej i dużej (MHQP 2024).
- Natomiast australijskie Royal Australian College of General Practitioners nie zaleca przeprowadzania badań przesiewowych w populacji ogólnej przy użyciu standaryzowanych narzędzi w celu wykrycia opóźnień rozwojowych u dzieci w wieku <5 lat (RACGP 2024). Jedynie u dzieci zagrożonych opóźnieniem rozwojowym (wcześnieństwo, niska masa urodzeniowa, powikłania okołoporodowe, słaby stan zdrowia matki w ciąży, narażenie na alkohol i narkotyki w okresie prenatalnym, zakażenia, cechy genetyczne, trauma, maltretowanie, narażenie na toksyny, zatrucie ołowiem, niski status społeczno-ekonomiczny) organizacja zaleca przeprowadzenie oceny osiągnięcia kamieni milowych w zakresie rozwoju społecznego, emocjonalnego, komunikacyjnego, poznawczego oraz motoryki małej i dużej (RACGP 2024).
- Brytyjskie National Institute for Health and Care Excellence w ramach swoich wytycznych dotyczących dzieci urodzonych przedwcześnie zwraca uwagę, że są one bardziej narażone na problemy z funkcjami motorycznymi i występuje u nich zwiększona częstość występowania zaburzeń koordynacji rozwojowej w porównaniu z populacją ogólną. W przypadku wszystkich dzieci urodzonych przedwcześnie, u których przeprowadzany jest rozszerzony nadzór rozwojowy, organizacja zaleca zapewnienie co najmniej: 2 osobistych wizyt kontrolnych w pierwszym roku (skupiających się na rozwoju) w następującym wieku (wiek skorygowany): pomiędzy 3 a 5 i do 12 m.ż. oraz szczegółową osobistą ocenę rozwoju w wieku 2 lat (NICE 2017).

##### *Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie zaburzeń rozwoju (w tym rozwoju psychomotorycznego) w populacji niemowląt i małych dzieci*

- W odnalezionych wytycznych wymieniono następujące narzędzia stosowane do oceny rozwoju psychomotorycznego lub poszczególnych składowych rozwoju dziecka we wczesnym okresie życia:
  - Skala Oceny Funkcjonalnej Pacjentów w wieku Przedszkolnym (SOF-PP) (stosowana od 1 m.ż. do 7 r.ż.) (KIF 2023),
  - Test Umiejętności Motorycznych Niemowląt (ang. Test of Infant Motor Performance, TIMP) (KIF 2023),

- Skala Rozwoju Motorycznego Peabody (ang. Peabody Developmental Gross Motor Scale, PDMS-GM) (KIF 2023),
- Skala Alberta (ang. Alberta Infant Motor Scale, AIMS) (KIF 2023),
- Skala Funkcjonalna Motoryki Dużej (ang. Gross Motor Function Measure – 88, GMFM-88 lub -66) (KIF 2023),
- System Klasyfikacji Funkcji Motoryki Dużej (ang. Gross Motor Function Classification System, GMFCS) (KIF 2023),
- System Klasyfikacji Zdolności Manualnych (ang. Manual Ability Classification System, MACS) (KIF 2023),
- klasyfikacja wg Vojty (KIF 2023),
- kwestionariusz Ages and Stages (ang. Ages and Stages Questionnaire, ASQ) (AAP 2025, IAP 2022, NICE 2017),
- ocena kamieni milowych wg Survey of Well-being for Young Children (SWYC) (1-65 m.ż.) (AAP 2025, MHQP 2024),
- Denver Development Screening Test-II (DDST) (IAP 2022),
- Tabela badań przesiewowych rozwoju Trivandrum (ang. Trivandrum Developmental Screening Chart, TDSC) (IAP 2022),
- Baroda Development Screening Tool (BDST) (IAP 2022).
- Krajowa Izba Fizjoterapeutów wskazuje, że najbardziej wartościowym narzędziem oceny rozwoju motorycznego jest takie, które ocenia rozwój dziecka na każdym jego etapie, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym (tzn. sprawdza nie tylko występowanie danej cechy, czyli fakt wykonania konkretnego zadania motorycznego, ale również jego jakość, tj. w jaki sposób zostało wykonane). Ponadto w ocenie rozwoju psychomotorycznego należy określić nie tylko etap i wiek, w którym dziecko osiągnęło poszczególne umiejętności, ale także tempo tych postępów, rozpoznać, czy rozwój jest harmonijny (podobny w różnych sferach rozwoju), czy poszczególne osiągnięcia rozwojowe korelują z wiekiem dziecka (KIF 2023).
- Wywiad w przypadku małych dzieci należy przeprowadzić z rodzicami/opiekunami pacjenta. Ma na celu zebranie dokładnych informacji na temat przyczyny i powodu, dla którego pacjent zgłosił się do fizjoterapeuty. W tym celu niezbędna będzie analiza innych dokumentów (tj. książeczka zdrowia dziecka, epikryza itd.). Ważne jest, aby podczas wywiadu uzyskać i właściwie zinterpretować następujące informacje:
  - czas trwania problemu;
  - czy objawy zmieniają się w czasie;
  - co powoduje pogorszenie lub nasilenie objawów;
  - co powoduje zmniejszenie/redukcję objawów;
  - jak przebiegało dotychczasowe leczenie, w tym farmakologiczne, chirurgiczne, ortopedyczne, fizjoterapeutyczne, ortotyczne lub inne;
  - jakie badania diagnostyczne, także z zakresu badań dodatkowych były dotychczas wykonane;
  - czy pacjent choruje przewlekłe, czy doznał urazów lub wypadków w przeszłości (KIF 2023).

#### *Dalsze postępowanie*

- W sytuacji wykrycia w ramach badań przesiewowych lub nadzoru nieprawidłowości w rozwoju motorycznym, u dziecka należy wykonać kompleksowe badania neurologiczne. W przypadku

stwierdzenia zwiększonego napięcia mięśniowego, należy rozważyć wykonanie badań obrazowych mózgu. Natomiast u dzieci z prawidłowym lub zmniejszonym napięciem mięśniowym należy wykonać badania laboratoryjne kinazy kreatynowej i hormonu tyreotropowego (AAP 2025).

#### *Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej*

*Narzędzie przesiewowe, diagnostyczne w kierunku ASD (zaburzenia ze spektrum autyzmu, ang. autism spectrum disorders) problemów z zachowań u dzieci/młodzieży:*

- Zarówno narzędzia M-CHAT, jak i M-CHAT-R/F, przy uwzględnieniu całej procedury przeprowadzenia wywiadu, wykazały dodatnią wartość predykcyjną rzędu 50% w ramach praktyki dla dzieci od 16 do 30 miesiąca życia. Wczesne interwencje z zastosowaniem danych kwestionariuszy podkreślały znaczącą poprawę wyników w zakresie funkcji poznawczych i językowych dzieci z ASD w stosunku do standardowego leczenia. Nie znaleziono jednak żadnych badań, które bezpośrednio porównują długoterminowe wyniki dzieci poddanych badaniu przesiewowemu i dzieci nie uwzględnionych w przesiewie. Potrzebne są dalsze badania w celu określenia korzyści i szkód w zakresie badania ogólnej populacji (McPheeters 2016).
- Do interwencji zastosowanych w ramach tzw. standardowej baterii testów w zakresie cech i problemów związanych z ASD można włączyć narzędzia takie jak: ADOS, CBC, CARS, MacArthur–Bates Communicative Development Inventory, PSI, Pervasive Developmental Disorders Behavior Inventory oraz profil psychoedukacyjny i SRS (McConachie 2015).

*Interwencje oparte o tworzenie tzw. grup umiejętności społecznych (social skills groups):*

- Odnalezione badania wskazują, że grupy umiejętności społecznych mogą poprawić kompetencje społeczne niektórych dzieci i młodzieży z ASD, jednak wielkość efektu była przeciętna, natomiast jakość dowodów została oceniona na niską ( $g=0,47$ , przy  $95\%CI=(0,16-0,78)$ ). Niezbędne są dalsze badania szczególnie uwzględniające wpływ danej interwencji na poprawę jakości życia osób z ASD.
- Jak wskazuje przegląd Morgan 2014, interwencje w zakresie komunikacji społecznej dzieci poniżej 36 miesiąca życia mogą mieć pozytywny efekt dla umiejętności społecznych, jednak nie jest jasne z jaką intensywnością powinny być wprowadzane dane działania (część badań sugeruje 5 godz. dziennie, część 20 tygodniowo) celem uzyskania długofalowych efektów interwencji komunikacyjnych wśród dzieci z ASD.

*Trening integracji sensorycznej (STI):*

- Wyniki z odnalezionych badań w zakresie terapii integracji sensorycznej są różnorodne i nierozstrzygające (brak jednoznacznych wniosków; Ospina 2008, Lang 2012, Case-Smith 2015). W przeglądzie Case-Smith 2015 podkreśla się, że treningi integracji sensorycznej same w sobie mogą okazać się nieskuteczne w terapii ASD.
- Nie wykazano żadnych działań niepożądanych w wyniku treningów słuchowych (Sinha 2004). Przegląd Case-Smith 2008, podkreśla, że u osób, u których stosowano AIT (auditory integration training), nastąpiła poprawa w odniesieniu do zachowań anormalnych, wrażliwości słuchowej oraz utrzymywania kontaktu wzrokowego. Jednak terapeutom zajęciowym zaleca się dokładne monitorowanie zachowań dzieci w trakcie prowadzenia AIT.
- Case-Smith 2008 zaznacza też, że interwencje oparte na teorii integracji sensorycznej, zwłaszcza takie w których stosuje się terapeutyczny dotyk, mogą zmniejszyć nasilenie nieadaptacyjnych zachowań, hipereaktywności, hamować samostymulację (self-stimulation) oraz stereotypie, poprawić procesy koncentracji i uwagi (np. poprzez codzienny masaż).
- Kilka badań dot. integracji sensorycznej (stymulacja sensoryczna, trening integracji słuchowej, stosowanie soczewek, i ćwiczeń fizycznych) wskazywało jej pozytywny charakter, niemniej jednak niska jakość metodologiczna badań wpływa na znaczne ograniczenie wniosków

i ich estymację na szerszą populację. Wiele z badań nad integracją sensoryczną nie wiąże bezpośrednio zmian prawdopodobnego mechanizmu dysfunkcji z funkcjonalnymi zmianami w zachowaniu (Baranek 2002).

*Interwencje oparte o zwiększenie aktywności fizycznej:*

- Jak wskazują wyniki Bremer 2016, ćwiczenia fizyczne mogą mieć wpływ na zmniejszenie zachowań stereotypowych oraz poprawę funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci z ASD, szczególnie jazda konno i sztuki walki. Na zmiany w zakresie stereotypii oddziaływały aktywności takie jak: bieganie, jazda konno czy sztuki walki. Na funkcjonowanie społeczno-emocjonalne pacjentów z ASD wpływ miała jazda konno, sztuki walki, joga, taniec oraz pływanie, ale wyniki te były stosunkowo słabe (Bremer 2016, Ospina 2008). Funkcje poznawcze, w tym uwaga ulegały poprawie w wyniku wdrażania treningów biegowych. Należy jednak wyżej opisane wnioski traktować z ostrożnością, gdyż jak sami autorzy przeglądu wskazują niezbędne są dalsze, rzetelne badania naukowe w ww. zakresie.
- Skuteczność kinezyterapii w populacji dzieci z ASD jest dość wysoka, ale lepsze rezultaty pod względem poprawy kompetencji społecznych i funkcji motorycznych uzyskiwano w przypadku terapii indywidualnej niż grupowej (Sowa 2011).

*Podsumowanie opinii ekspertów*

Prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii wskazał w swojej opinii na zasadność prowadzenia i finansowania przedmiotowego programu, m.in. ze względu na: wysoką wartość profilaktyczną związaną z wczesnym wykrywaniem deficytów rozwojowych dzieci w pierwszym roku życia, korzyści płynące z oczekiwanych efektów realizacji projektu zarówno dla dzieci będących bezpośrednimi beneficjentami jak i ich rodziców, dobrze dobraną grupę docelową, prawidłowo zaplanowany przebieg PPZ, w tym schemat interwencji medyczno-edukacyjnej oraz zasady rekrutacji do PPZ, odpowiedni dobór narzędzi diagnostycznych, budżet zaplanowany adekwatnie do aktualnych realiów rynkowych. Jednocześnie zwrócił uwagę na brak uzasadnienia dla wymagań stawianych wobec fizjoterapeuty realizującego program.

Natomiast ekspert z ramienia Krajowej Izby Fizjoterapeutów wskazała z jednej strony na fakt, że oceniany PPZ odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim jest wczesne wykrywanie zaburzeń neurorozwojowych u niemowląt, a co za tym idzie podjęcie wczesnej interwencji fizjoterapeutycznej, a także zaangażowanie rodziców/ opiekunów prawnych dziecka w proces aktywnej rehabilitacji. Zaznaczyła również, że program może stanowić istotne wsparcie we wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń rozwojowych u niemowląt i stanowić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych (tj. domowych wizyt patronażowych położnej i pielęgniarki środowiskowej oraz wizyt patronażowych u pediatry). Z drugiej strony jednak zaznaczyła, że program nie jest kompletny, zawiera wiele niedoskonałości, a nawet błędy merytoryczne. Tym samym wskazała na brak zasadności prowadzenia i finansowania przedmiotowego PPZ ze względu na: brak prawidłowego określenia problemu zdrowotnego, nieprawidłowo sformułowane cele programu oraz dobór narzędzi diagnostycznych, które nie mają odzwierciedlenia w aktualnych rekomendacjach i dowodach naukowych.

**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. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.431.54.2025, „Program fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w Gminie Trzebowńsko w latach 2025-2029” realizowany przez: gminę Trzebowńsko; data ukończenia opracowania: lipiec 2025 oraz opinii Rady Przejrzystości nr 123/2025 z dnia 14 lipca 2025 roku o projekcie programu: „Program fizjoterapeutycznych wizyt patronażowych w Gminie Trzebowńsko w latach 2025-2029”.