



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 39/2026 z dnia 3 czerwca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Wczesno specjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem
zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu
Gminy Nędza”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesno specjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są zaburzenia wieku rozwojowego oraz niepełnosprawność dzieci wymagających wczesnej, kompleksowej i wielospecjalistycznej rehabilitacji. Program zakłada realizację m.in. rehabilitacji leczniczej, terapii psychologicznej, logopedycznej, pedagogicznej oraz innych form terapii wspomagającej rozwój dziecka. Oceniany projekt zawiera interwencje w większości dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Natomiast niektóre zaplanowane działania terapeutyczne, tj. zajęcia z zakresu logorytmiki, zajęcia w sali doświadczania świata oraz dogoterapia stanowią wartość dodaną do świadczeń gwarantowanych.

Należy zaznaczyć, że Agencja trzykrotnie opiniowała PPZ z zakresu rehabilitacji przesłane przez Gminę Nędza. Spośród dotychczas ocenianych programów, dwa z nich otrzymały opinię negatywną (139/2016 z dnia 17 sierpnia 2016 r. oraz 35/2017 z dnia 3 marca 2017 r.). Ostatni z przesłanych projektów w tym zakresie – PPZ pn. „Wczesno specjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza” otrzymał warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji nr 24/2022 z dnia 11 maja 2022 r. Należy podkreślić, że w projekcie PPZ będącym przedmiotem niniejszej opinii nie uwzględniono żadnej z uwag wskazanych w opinii nr 24/2022. Ponadto, do Agencji nie wpłynął raport końcowy z realizacji PPZ pn. „Wczesno specjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”, którego realizację zaplanowano na lata 2022-2025.

Należy również wskazać, że obecnie oceniany projekt PPZ zawiera liczne braki i uchybienia, które uniemożliwiają wydanie opinii pozytywnej. Dotyczą one w szczególności:

- stosowania nieprawidłowej nomenklatury w odniesieniu do programów polityki zdrowotnej,
- niewystarczającego opisu problemu zdrowotnego i epidemiologii, a także braku referencji bibliograficznych, na podstawie których opracowano ich treść,
- nieprawidłowego sformułowania celów PPZ,
- braku wskazania mierników efektywności odpowiadającym celom programu,

- o braku oszacowania liczebności populacji docelowej kwalifikującej się do udziału w PPZ oraz nieprecyzyjnych informacji w zakresie liczby osób, które zostaną objęte działaniami w ramach programu,
- o braku precyzyjnych kryteriów włączenia i wyłączenia z udziału w PPZ,
- o zbyt ogólnego opisu planowanych interwencji,
- o nieprawidłowego zaplanowania monitorowania i ewaluacji PPZ,
- o niejasności w odniesieniu do założonego sposobu wyboru realizatora programu,
- o nieuwzględnienia realizacji działań informacyjno-promocyjnych,
- o zbyt ogólnego opisu budżetu programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Nędza. W ramach programu przewidziano realizację kompleksowych, wielospecjalistycznych świadczeń rehabilitacyjnych i terapeutycznych dostosowanych do potrzeb uczestników, w tym: wczesnej diagnostyki i kwalifikacji do terapii, rehabilitacji leczniczej, terapii w oparciu o metody neurofizjologiczne, metody NDT-Bobath (*neuro-developmental treatment Bobath*), integracji sensorycznej, terapii psychologicznej, logopedycznej, pedagogicznej, zajęciowej, rewalidacyjnej, zajęć w „sali doświadczania świata”, logorytmiki, muzykoterapii oraz dogoterapii. Program skierowany jest do dzieci zamieszkujących teren Gminy Nędza, zagrożonych niepełnosprawnością lub z rozpoznaną niepełnosprawnością, wymagających wczesnej i systematycznej rehabilitacji. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2029. Planowane koszty zostały oszacowane na kwotę 20 000 zł w 2026 roku. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Nędza.

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. 2025 poz. 1461 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

Projekt PPZ dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim są zaburzenia rozwoju oraz niepełnosprawność dzieci wymagających wczesnej, kompleksowej i wielospecjalistycznej rehabilitacji. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się do znaczenia wczesnej diagnostyki oraz szybkiego wdrożenia działań terapeutycznych jako kluczowych elementów wspierających prawidłowy rozwój dziecka, poprawę jego sprawności funkcjonalnej oraz zwiększenie szans na samodzielność i integrację społeczną. Wskazano, że do najczęstszych problemów zdrowotnych wymagających rehabilitacji należą zaburzenia psychoruchowe, opóźnienia rozwojowe, deficyty neurologiczne oraz niepełnosprawność ruchowa. Podkreślono również, że brak odpowiednio intensywnej i systematycznej rehabilitacji we wczesnym okresie życia może prowadzić do pogłębiania się deficytów rozwojowych, utrwalenia niepełnosprawności oraz konieczności długotrwałej opieki i wsparcia w kolejnych etapach życia.

Należy jednak wskazać, że opis problemu zdrowotnego został przedstawiony w sposób zbyt ogólny i wymaga uzupełnienia kwestii związanych z etiologią i charakterystyką poszczególnych zaburzeń.

Dodatkowo, projekt nie zawiera referencji bibliograficznych oraz wykazu piśmiennictwa, na podstawie których opracowano treść problemu zdrowotnego, co również wymaga uzupełnienia.

W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane ogólnopolskie oraz regionalne. W odniesieniu do danych regionalnych wskazano, że zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, osoby z niepełnosprawnościami stanowiły w 2014 r. 13,1% populacji województwa śląskiego, co było wynikiem wyższym niż średnia krajowa wynosząca 12,9%. W strukturze osób z niepełnosprawnościami, dzieci do 14. roku życia stanowiły 4,6% populacji, natomiast osoby w wieku 15-29 lat – 4,9%. Odwołano się również do danych Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazując, że w 2019 r. w województwie śląskim żyło 291 tys. osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej, co stanowiło 9,6% wszystkich osób z niepełnosprawnościami w Polsce. Podkreślono także, że województwo śląskie zajmowało trzecie miejsce w kraju pod względem liczby osób z niepełnosprawnościami. W kontekście danych ogólnopolskich wskazano, że w roku szkolnym 2024/2025 w szkołach kształciło się 279,9 tys. dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, co stanowiło 5,3% wszystkich uczniów w Polsce. Wskazano również, że chłopcy stanowili większość w tej grupie uczniów (ponad 68%) oraz w przedszkolach specjalnych (70%). Podkreślono także, że większość dzieci z niepełnosprawnościami uczęszcza do placówek ogólnodostępnych.

Ponadto należy wskazać, że przedstawione w projekcie dane epidemiologiczne mają ograniczoną wartość w kontekście oceny skali problemu zdrowotnego w populacji docelowej programu, gdyż nie przedstawiono danych lokalnych dotyczących dzieci z niepełnosprawnościami lub zagrożonych niepełnosprawnością. Dodatkowo nie podano dokładnych źródeł danych w przypisach bądź w bibliografii, co również należy uzupełnić.

Warto również podkreślić, że w odniesieniu do PPZ stosowano zapis „program zdrowotny”, co jest nieprawidłowe i niezgodne z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), co wymaga uzupełnienia. Należy jednak wskazać, że wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa śląskiego w zakresie rehabilitacji medycznej w MPZ na lata 2022-2026 wskazano m.in., że wymagana jest „poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniem klinicznym do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia”. Natomiast wśród rekomendowanych kierunków działań dla województwa śląskiego w zakresie rehabilitacji medycznej w MPZ na lata 2027-2031 wskazano m.in., na „zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia oraz jakości życia dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub dzieci z niepełnosprawnością, zamieszkujących teren Gminy Nędza, poprzez zapewnienie im dostępu do wczesnej, wielospecjalistycznej i kompleksowej opieki rehabilitacyjnej oraz terapeutycznej”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Wskazany w projekcie cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z dwóch odrębnych założeń. Założenie pierwsze odnoszące się do poprawy stanu zdrowia jest pojęciem zbyt ogólnym. Poprawa stanu zdrowia może nastąpić w wyniku wielu innych czynników niezwiązanych z realizacją PPZ, w związku z tym trudno będzie określić skuteczność działań podejmowanych w programie. Założenie drugie odnosi się do poprawy jakości życia, jednak w projekcie nie zaplanowano zastosowania odpowiedniego, wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru tego parametru przed i po interwencji. Ponadto samo zapewnienie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych nie musi przetestować się na uzyskanie efektu zdrowotnego. Należy również wskazać, że w celu głównym nie określono wartości docelowej, do której należy dążyć, co także wymaga uzupełnienia.

W projekcie zaproponowano również 7 celów szczegółowych, tj.:

- (1) „zapewnienie dzieciom objętym programem dostępu do systematycznej i odpowiednio intensywnej rehabilitacji leczniczej oraz terapii specjalistycznych”,
- (2) „poprawa sprawności ruchowej, koordynacji oraz funkcji motorycznych dzieci”,
- (3) „wspieranie rozwoju mowy, komunikacji oraz kompetencji językowych”,
- (4) „poprawa funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego dzieci”,
- (5) „zwiększenie samodzielności dzieci w codziennym funkcjonowaniu”,
- (6) „wsparcie rozwoju umiejętności adaptacyjnych oraz funkcjonowania dziecka w środowisku rodzinnym i edukacyjnym” oraz
- (7) „uzupełnienie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych o działania odpowiadające na lokalne potrzeby zdrowotne”.

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, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe 1 i 7 zostały sformułowane nieprawidłowo, ponieważ nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo wdrożenie działań czy uzupełnienie świadczeń zdrowotnych, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestników PPZ.

Cele szczegółowe 2-4 i 6 programu zostały sformułowane w sposób zbyt ogólny i nieprawidłowy. Odnoszą się jednocześnie do wielu różnych obszarów funkcjonowania dziecka, takich jak sprawność ruchowa, funkcje motoryczne, rozwój mowy i komunikacji, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne oraz umiejętności adaptacyjne. W projekcie nie określono jednak mierzalnych efektów interwencji, wskaźników ich oceny oraz nie zaplanowano zastosowania narzędzi umożliwiających ocenę osiągnięcia poszczególnych rezultatów. Ponadto, część zastosowanych pojęć ma szeroki lub częściowo nakładający się zakres znaczeniowy, co utrudnia jednoznaczną ocenę skuteczności PPZ. Należy również zauważyć, że ww. cele szczegółowe częściowo powielają założenia celu głównego.

Cel szczegółowy nr 5 został sformułowany w sposób zbyt ogólny i w zasadzie niemierzalny. Wnioskodawca nie wskazał, w jaki sposób oceniana będzie samodzielność dzieci w codziennym funkcjonowaniu ani jakie narzędzia ewaluacyjne zostaną zastosowane.

Należy zwrócić uwagę, że żaden z powyższych celów szczegółowych nie zawiera wartości docelowej.

Biorąc pod uwagę powyższe, w projekcie nie przedstawiono żadnego prawidłowo sformułowanego celu szczegółowego.

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.

W projekcie przedstawiono „oczekiwane efekty realizacji programu”, jednak nie stanowią one mierników efektywności w PPZ. W związku z tym projekt wymaga uzupełnienia o prawidłowo sformułowane mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci „w wieku rozwojowym” zamieszkujących teren Gminy Nędza, zagrożonych niepełnosprawnością lub z rozpoznaną niepełnosprawnością, wymagających wczesnej, systematycznej i wielospecjalistycznej rehabilitacji oraz terapii wspomagających rozwój psychoruchowy. W projekcie zaznaczono również, że programem w szczególności zostaną objęte dzieci, u których stwierdzono zaburzenia rozwoju psychoruchowego, deficyty neurologiczne, zaburzenia integracji sensorycznej, trudności w zakresie rozwoju mowy i komunikacji, a także inne schorzenia lub dysfunkcje wymagające specjalistycznego wsparcia terapeutycznego, a także dzieci, które z uwagi na ograniczoną dostępność do świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie mogą uzyskać odpowiedniej rehabilitacji w wymaganym czasie.

W projekcie nie określono liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ, co wymaga uzupełnienia. Ponadto przedstawiono niespójne informacje w kontekście liczebności populacji, która rzeczywiście zostanie objęta działaniami, co wymaga doprecyzowania. W opisie „liczby świadczeń oraz liczby beneficjentów programu” wskazano, że „program zakłada objęcie wsparciem 7 dzieci zamieszkujących teren Gminy Nędza”. Natomiast w opisie budżetu wskazano koszty realizacji programu jedynie dla 2026 r. i zaznaczono, że „środki te pozwolą na realizację łącznie 200 świadczeń terapeutycznych dla 7 dzieci objętych programem”. Nie jest zatem jasne czy wskazana liczba 7 dzieci dotyczy całego okresu trwania programu, czy tylko jednego roku.

W projekcie programu nie określono kryteriów kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteriów wykluczenia, co należy uzupełnić. Wskazano jedynie na jakiej podstawie będzie dokonywana kwalifikacja. W projekcie nie określono szczegółowych warunków udziału, takich jak konkretny wymagany wiek, konkretne rozpoznania medyczne, przeciwwskazania do udziału w przewidzianych działaniach czy wcześniejsze korzystanie z rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych. Brak jest również odniesień do dokumentów formalnych, takich jak pisemna zgoda uczestnika, oświadczenie o miejscu zamieszkania lub potwierdzenie statusu mieszkańca. Nie przedstawiono również zapisów odnoszących się do zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowych, wielospecjalistycznych świadczeń rehabilitacyjnych i terapeutycznych dostosowanych do potrzeb uczestników, w tym: wczesnej diagnostyki i kwalifikacji do terapii, rehabilitacji leczniczej, terapii w oparciu o metody neurofizjologiczne, metody NDT-Bobath, integracji sensorycznej, terapii psychologicznej, logopedycznej, pedagogicznej, zajęciowej, rewalidacyjnej, zajęć w „sali doświadczania świata”, logorytmiki, muzykoterapii oraz dogoterapii.

Wczesna diagnostyka i kwalifikacja do terapii

W ramach programu zaplanowano kwalifikację uczestników do odpowiednich form wsparcia terapeutycznego, w oparciu o ocenę funkcjonalną i rozpoznane potrzeby rozwojowe, obejmującą m.in. obszary wymagające wsparcia (motoryka duża i mała, komunikacja, funkcje poznawcze, integracja sensoryczna, funkcjonowanie emocjonalno-społeczne) oraz możliwości organizacyjne. Podkreślono, że ww. działanie ma na celu szybkie wdrożenie adekwatnych oddziaływań rehabilitacyjnych oraz ograniczenie ryzyka utrwalania się deficytów rozwojowych.

Rehabilitacja lecznicza

Zaplanowane działania z zakresu rehabilitacji leczniczej będą stanowić podstawowy element programu, uwzględniające indywidualnie dobrane ćwiczenia oraz działania usprawniające, celem uzyskania poprawy sprawności ruchowej dziecka, przeciwdziałania pogłębianiu się deficytów funkcjonalnych oraz wspierania samodzielności w codziennym funkcjonowaniu. Zakres działań rehabilitacyjnych dostosowany będzie do wieku dziecka, rodzaju i stopnia niepełnosprawności oraz aktualnych potrzeb zdrowotnych określonych na podstawie oceny funkcjonalnej. Wskazano, że rehabilitacja realizowana będzie głównie w formie indywidualnych

zajęć terapeutycznych, z możliwością bieżącej modyfikacji programu ćwiczeń zgodnie z postęпами dziecka i zaleceniami specjalistów prowadzących terapię.

Dostosowanie zakresu rehabilitacji do potrzeb uczestników znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach *National Stroke Foundation* (NSF 2017), w których zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.

Metody neurofizjologiczne

W ramach programu przewidziano również stosowanie metod neurofizjologicznych ukierunkowanych na stymulację ośrodkowego układu nerwowego, poprawę kontroli posturalnej oraz koordynacji ruchowej. Terapia ta ma wspierać kształtowanie prawidłowych wzorców ruchowych oraz poprawę funkcjonalności dziecka w codziennym życiu. W projekcie zaznaczono, że metody neurofizjologiczne będą dobierane indywidualnie do potrzeb rozwojowych uczestników i mogą stanowić zarówno podstawę procesu rehabilitacji, jak i jego element uzupełniający.

Metoda NDT-Bobath

W programie realizowana będzie terapia metodą NDT-Bobath, stosowana u dzieci z zaburzeniami neurologicznymi oraz opóźnieniami rozwoju psychoruchowego. Terapia ukierunkowana będzie na normalizację napięcia mięśniowego, poprawę kontroli ruchu oraz wspieranie funkcjonalnej aktywności dziecka. Zajęcia mają być prowadzone indywidualnie i obejmować m.in. pracę nad stabilizacją tułowia, kontrolą głowy, równowagą, koordynacją oraz przygotowaniem do prawidłowych wzorców lokomocji.

Integracja sensoryczna

Program obejmuje terapię integracji sensorycznej mającą na celu poprawę przetwarzania i integracji bodźców zmysłowych. Ww. terapia będzie ukierunkowana na wspieranie koncentracji, koordynacji, planowania ruchu oraz regulacji zachowania i reakcji emocjonalnych. Wskazano, że zajęcia będą dostosowane do indywidualnego profilu sensorycznego dziecka i stanowić będą uzupełnienie rehabilitacji ruchowej oraz innych form terapii.

Terapia psychologiczna

W ramach programu realizowane będzie wsparcie psychologiczne skierowane do dzieci wymagających pomocy w zakresie funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, obejmujące działania wspierające regulację emocji, rozwój kompetencji społecznych, budowanie motywacji do terapii oraz wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa i sprawczości dziecka. Terapia psychologiczna ma pełnić funkcję uzupełniającą względem innych form wsparcia zaplanowanych w programie oraz zwiększać zaangażowanie dziecka i opiekunów w proces terapeutyczny.

Terapia logopedyczna

Program przewiduje realizację terapii logopedycznej obejmującej diagnozę i terapię zaburzeń mowy oraz komunikacji. Wsparcie dotyczyć będzie m.in. poprawy artykulacji, rozwoju kompetencji językowych, komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz usprawniania funkcji oralnych. Terapia będzie prowadzona systematycznie w formie zajęć indywidualnych, a w razie potrzeby również we współpracy z innymi specjalistami uczestniczącymi w procesie terapeutycznym.

Terapia pedagogiczna

W programie zaplanowano również terapię pedagogiczną ukierunkowaną na wspieranie rozwoju poznawczego dziecka oraz korygowanie trudności edukacyjnych. Zajęcia obejmować będą rozwijanie koncentracji, pamięci, percepcji oraz podstawowych umiejętności szkolnych, dostosowanych do wieku i możliwości uczestnika. Wskazano, że terapia prowadzona będzie indywidualnie, zgodnie z diagnozą funkcjonalną dziecka i zaleceniami specjalistycznymi.

Terapia zajęciowa

Program obejmuje terapię zajęciową mającą na celu rozwijanie samodzielności dziecka oraz umiejętności praktycznych, niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu. Zajęcia mają wspierać rozwój motoryki małej, koordynacji wzrokowo-ruchowej, planowania czynności oraz umiejętności manualnych związanych z samoobsługą i funkcjonowaniem edukacyjnym. Wskazano, że terapia może obejmować również trening czynności dnia codziennego oraz ćwiczenia grafomotoryczne.

Terapia rewalidacyjna

W ramach programu realizowana będzie także terapia rewalidacyjna ukierunkowana na kompensowanie deficytów rozwojowych oraz wspieranie funkcjonowania dziecka w środowisku społecznym i edukacyjnym. Terapia obejmować będzie działania rozwijające percepcję, uwagę, pamięć, komunikację oraz kompetencje społeczne. Zajęcia będą prowadzone indywidualnie i dostosowane do potrzeb oraz możliwości rozwojowych uczestnika.

Sala doświadczania świata (Snoezelen)

Program przewiduje możliwość prowadzenia terapii polisensorycznej w sali doświadczania świata (Snoezelen). Terapia ta ma wspierać relaksację, koncentrację, rozwój percepcji sensorycznej oraz regulację emocjonalną dziecka. Wskazano, że odpowiednio dobrane bodźce świetlne, dźwiękowe i dotykowe mają sprzyjać wyciszeniu oraz poprawiać funkcjonowanie uczestników również w innych formach terapii.

Logorytmika

W ramach programu realizowane będą zajęcia logorytmiczne łączące elementy ruchu, muzyki i mowy. Zajęcia mają wspierać rozwój komunikacji, koordynacji ruchowej, rytmu oraz koncentracji. Zajęcia te mają stanowić wsparcie terapii logopedycznej, szczególnie u dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy i trudnościami komunikacyjnymi.

Muzykoterapia

Program obejmuje również muzykoterapię wykorzystującą elementy muzyki jako narzędzie wspierające rozwój emocjonalny i społeczny dziecka. Terapia ma wpływać na poprawę koncentracji, ekspresji emocjonalnej oraz integracji sensorycznej, a także zwiększać motywację uczestników do udziału w zajęciach terapeutycznych. Muzykoterapia ma pełnić funkcję wspierającą wobec rehabilitacji oraz terapii psychologicznej i pedagogicznej.

Dogoterapia

W ramach programu przewidziano możliwość realizacji dogoterapii z udziałem odpowiednio przygotowanego psa terapeutycznego. Terapia ta ma wspierać rozwój emocjonalny i społeczny dziecka, poprawiać motywację do aktywności oraz ułatwiać budowanie relacji i poczucia bezpieczeństwa. Wskazano, że dogoterapia może wpływać na redukcję napięcia emocjonalnego, poprawę koncentracji oraz zwiększenie zaangażowania dziecka w pozostałe formy terapii.

Należy wskazać, że opis planowanych interwencji został przygotowany w sposób bardzo ogólny. Doprecyzowania wymagają m.in. kwestie dotyczące czasu trwania poszczególnych rodzajów terapii oraz kompetencji osób odpowiedzialnych za ich realizację.

Większość zaplanowanych w projekcie interwencji znajduje 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.), w tym głównie w odniesieniu do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy. Jedynie interwencje w postaci zajęć z zakresu logorytmiki, zajęć w sali doświadczania świata oraz dogoterapii nie są realizowane w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

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 ma być prowadzona w oparciu o „liczbę dzieci zgłoszonych do udziału w programie” na podstawie ewidencji odbiorców programu, indywidualnych kart uczestnictwa w rehabilitacji, dokumentacji medycznej oraz sprawozdań realizatora. Nie zaplanowano żadnych innych wskaźników monitorowania zgłaszalności.

Ocena zgłaszalności do programu powinna uwzględniać również m.in. liczbę uczestników PPZ (najlepiej w odniesieniu do poszczególnych interwencji), liczbę osób, które nie zostały objęte PPZ z powodów zdrowotnych lub z innych powodów, a także liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w PPZ w trakcie jego realizacji (wraz ze wskazaniem przyczyn takiej decyzji).

W zakresie oceny jakości świadczeń, zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji oceniającej stopień zadowolenia rodziców lub opiekunów prawnych dziecka biorącego udział w programie. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, jednak wskazano, że zostanie opracowana przez zespół terapeutyczny realizujący program.

Ocena efektywności programu ma być oceniana przez realizatora programu na podstawie „oceny skuteczności rehabilitacyjnej, dokonywanej indywidualnie dla każdego dziecka objętego programem”. Wskazano, że ocena ta opierać się będzie na indywidualnej dokumentacji terapeutycznej dziecka, obserwacji postępów terapeutycznych oraz miernikach efektywności.

W opisie sposobu oceny efektywności programu powołano się na załączniki, które jednak nie zostały dołączone do projektu, co wymaga uzupełnienia. Ponadto, w projekcie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanych mierników efektywności, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności podjętych działań nie będzie możliwe.

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

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz opis sposobu jego zakończenia. W projekcie przedstawiono również zdawkowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Wątpliwości wzbudza założony sposób wyboru realizatora programu. Zgodnie z zapisami projektu, „w celu wyłonienia wykonawcy, realizującego, na zlecenie Gminy Nędza Programu przeprowadzone zostanie stosowne postępowanie dotyczące zamówienia”. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) „w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert”.

W projekcie nie zaplanowano realizacji kampanii informującej o możliwości uczestnictwa w PPZ, co wymaga uzupełnienia.

Budżet PPZ został przedstawiony zdawkowo i wymaga uzupełnienia oraz doprecyzowania kosztów. Przedstawiono w nim jedynie koszty jednostkowe „jednorazowych zajęć terapeutycznych trwających od 30 do 60 minut” i „sesji terapeutycznej trwającej 30 minut” oraz koszt roczny realizacji PPZ w 2026 roku. Budżet PPZ powinien obejmować koszty wszystkich interwencji zaplanowanych w PPZ, ale również koszty działań organizacyjnych i administracyjnych (np. wynajem pomieszczeń, akcja informacyjno-promocyjna, monitorowanie i ewaluacja). Ponadto, w przypadku programów wieloletnich, należy wskazać łączny koszt PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata.

Nie przedstawiono całkowitego kosztu realizacji PPZ, natomiast koszt w 2026 r. oszacowano na 20 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Nędza.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) 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 zarobkowania 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 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.

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 medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Zaleca się, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności w funkcjonowaniu (NSF 2017).
- 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).

- Interwencje behawioralne jak np. Metoda Wyodrębnionych Prób (ang. *discrete trial training*), terapia poznawczo-behawioralna oraz *Picture Exchange Communication System* (PECS), mogą być uznane za znaczącą formę terapii wśród ww. pacjentów (SIGN 2016, AACAP 2014)
- Interwencje wspierające komunikację społeczną dzieci/młodzieży z ASD, oparte o udział rodziców lub technologie komputerowe, mogą być stosowane, ale w sposób indywidualny dla każdego pacjenta (SIGN 2016).
- Interwencje edukacyjne powinny uwzględniać zasady wsparcia pozytywnych zachowań, szczególnie koncentrując się na zrozumieniu funkcji zachowania dziecka (NZMOH 2008).
- Dzieci i młodzież z ASD mogą korzystać z terapii zajęciowej czy terapii integracji sensorycznej, ale należy zachować szczególną ostrożność, gdyż brak jednoznacznych dowodów na skuteczność ww. metod (SIGN 2016). Pediatrzy powinni być świadomi istnienia ograniczonej liczby dowodów naukowych odnoszących się do skuteczności stosowania interwencji opartych na integracji sensorycznej wśród dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i behawioralnymi i informować o tym rodziców (AAP 2007-2013).
- Nie zaleca się stosowania metody ułatwionej komunikacji (FC) w kierunku komunikacji społecznej dzieci/młodzieży z ASD (SIGN 2016, NAC 2015, NZMOH 2008, SIGN 2007).
- Wśród zalecanych interwencji w terapii ASD, opartych o dowody naukowe wymienia się: interwencje behawioralne i poznawczo-behawioralne (jak np. EIBI), treningi językowe – funkcjonalne, modelowanie i wideo modelowanie, naturalistyczne strategie uczenia, treningi/szkolenia rodziców, treningi dla rówieśników, treningi umiejętności kluczowych (PRT), planowanie/scenariusze, treningi samodzielności i samokontroli, treningi umiejętności społecznych, interwencje oparte na określonej historii (ADoHS 2016/NAC 2015).
- Wśród interwencji obiecujących wymienia się: metodę AAC (AMS-MOH 2010), podejście rozwojowe oparte na relacji (np. metoda RDI czy model ESDM, AACAP 2014), ćwiczenia fizyczne, desensytyzacja, trening komunikacji funkcjonalnej, naśladownictwo, trenowanie inicjowania kontaktu, trening językowy (ale uwzględniający zarówno element produkcji, jak i rozumienia języka), terapie masażem, stymulacja czucia głębokiego, pakiety wieloczynnikowe, muzykoterapię, system PECS (również uwzględniony w zaleceniach SIGN 2016), pakiet redukcyjny, wykorzystanie języka migowego, interwencje nakierowane na komunikację społeczną (SIGN 2016: ale tylko indywidualnie), uczenie ustrukturyzowane (metoda TEACCH; NZMOH 2008), interwencje oparte na technologii (m.in. gry komputerowe) oraz trening oparty na teorii umysłu (NAC 2015).
- Wytyczne AOTA 2016 rekomendują wdrażanie: treningów umiejętności społecznych opartych o odpowiednią diagnostykę funkcjonalną, metody PECS, treningi uwagi dla osób z ASD. Do interwencji zalecanych przez daną organizację należą: interwencje komputerowe, naturalistyczne interwencje rozwojowo-behawioralne (np. treningi PRT), interwencje rozwojowe (np. Floor Time – niezalecane przez NAC 2015), interwencje z udziałem rodziców/skoncentrowane na rodzinie (jak np. Autism 1-2-3) czy treningi oparte na imitacji, interwencje behawioralne (np. techniki manipulacji, self-management), aktywność fizyczna, pogłębiające interwencje dot. spędzania czasu w grupie i historyjek społecznych. AOTA podkreśla, że w celu poprawy komunikacji społecznej nie zaleca się interwencji takich jak: historyjki społeczne wraz z interwencjami ukierunkowanymi na rówieśników, TEACCH oraz interwencje sensomotoryczne. Nie rekomenduje się stosowania kamizelki terapeutycznej jako wsparcia w poprawie zachowania lub osiągnięć/wydajności w codziennych życiowych aktywności (AMS-MOH 2010, AOTA 2016).
- Wytyczne ASAT 2016 przedstawiają, że głównymi metodami leczenia pacjentów z ASD są obecnie interwencje behawioralne i edukacyjne (podobnie Zwaigenbaum 2015a),

a najszerzej przebadaną i opartą na licznych dowodach naukowych jest analiza behawioralna. EIBI oparta na ABA jest skuteczna w zwiększaniu poziomu IQ osób autystycznych oraz ich adaptacyjnego zachowania (PTAB 2004).

- ASAT 2016 wymienia interwencje, które wskazywano jako skuteczne w terapii dzieci/młodzieży z ASD: Łańcuch zachowań, EIBI, uczenie się/ nauczanie bez błędów, ocena funkcjonalna, trening komunikacji funkcjonalnej, uczenie sytuacyjne (środowiskowe), wzmocnienia, scenariusze, treningi samodzielności i samokontroli, PECS oraz wideo modelowanie.
- NZMOH 2008 nie zaleca ćwiczeń integracji słuchowej, terapii wymuszonego kontaktu (ang. *holding therapy*), Metoda Opcji (ang. *options therapy*) czy terapii integracji sensorycznej.

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

Rehabilitacja dzieci i młodzieży

- Na podstawie metaanalizy Nascimento Leite 2023, wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji aktywności fizycznej, przez dzieci i młodzież cierpiących z powodu zaburzeń funkcjonalności układu mięśniowo szkieletowego, może wpłynąć na obniżenie intensywności odczuwanego przez nie bólu – SMD=-0,45 [95%CI: (-0,82; -0,08)]. Dodatkowo aktywność fizyczna u tych dzieci może także odgrywać istotną statystycznie rolę w obniżaniu odczuwanego przez nie stopnia niepełnosprawności – MD=-0,27 [95%CI: (-0,51; -0,02)].
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie 34 badań farmakologicznych, 25 badań z zakresu fizjoterapii oraz 63 prób dotyczących interwencji psychologicznej (Fisher 2022) wykazano, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, przy czym najbardziej wiarygodne dowody dotyczą terapii psychologicznych. Stwierdzono, że fizjoterapia wiązała się z redukcją bólu, ale zidentyfikowane dowody nie pozwalają na połączenie wyników w postaci metaanalizy. Po zakończeniu leczenia fizjoterapia nie przyniosła korzyści w zakresie poprawy w zakresie jakości życia, zależnej od stanu zdrowia. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, ale brak jest pewności co do wiarygodności tego efektu. Nie stwierdzono istotnego wpływu fizjoterapii na funkcjonowanie emocjonalne po leczeniu lub w okresie kontrolnym. Zgłoszono bardzo niewiele zdarzeń niepożądanych związanych z fizjoterapią (bardzo niska pewność dowodów) i nie stwierdzono różnic między grupami leczonymi i kontrolnymi.

Terapia zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD)

- 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 (Grynszpan 2014).
- 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.
- 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

(ang. *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 (ang. *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).
- 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).
- W przeglądzie Cochrane (Geretsegger 2016) wskazuje się znaczący efekt terapeutyczny muzykoterapii w porównaniu z terapią placebo lub standardową opieką w zakresie interakcji społecznych, niewerbalnych i werbalnych umiejętności komunikacyjnych, inicjowania zachowań i wzajemności społeczno-emocjonalnej. Podobnie w obszarach adaptacji społecznej, uzyskania satysfakcji i polepszenia jakości relacji między rodzicami a dzieckiem, terapia muzyką okazała lepszym rozwiązaniem niż brak terapii lub standardowa opieka w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono pogorszenia pierwotnego wyniku leczenia lub innych zdarzeń niepożądanych w wyniku terapii, w którymkolwiek z analizowanych badań. Biorąc pod uwagę niską liczebność populacji docelowej oraz niejasności metodologiczne, konieczne są dalsze badania.
- Zgodnie z przeglądem Hampton 2016, wczesna interwencja w kierunku komunikacji werbalnej dzieci z ASD wpływa na poprawę wyników w zakresie wykorzystywania języka mówionego (g Hedgesa=0,26), natomiast największy efekt odnotowano dla interwencji wdrażanych we współpracy klinicystów z rodzicami dzieci (g =0,42).

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci są zgodni, że istnieje zasadność finansowania Programów Polityki Zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży.

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.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.24.2026 „Wczesno specjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”; data ukończenia: maj 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 86/2026 z dnia 25 maja 2026 roku o projekcie programu „Wczesno wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym z terenu Gminy Nędza”.