



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 199/2015 z dnia 11 grudnia 2015 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Dobry Start  
– wczesne rozpoznanie i terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi  
do lat 4”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Dobry Start – wczesne rozpoznanie i terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi do lat 4” realizowany przez miasto Kraków.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii jaką jest wczesne wykrywanie i leczenie wad rozwojowych u dzieci.

Główną przesłanką za negatywną opinią Prezesa Agencji jest brak wystarczających dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność części zaplanowanych interwencji w określonej populacji. Ponadto pozostałe zaplanowane badania i konsultacje (świadczona rehabilitacja, bilans zdrowia dziecka, badania słuchu, wzroku i stawów biodrowych) stanowią świadczenia gwarantowane w ramach NFZ, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Zastrzeżenia budzi również sposób określenia populacji docelowej, brak monitorowania i ewaluacji programu oraz nieściśłości przedstawione w budżecie.

W omawianym projekcie w sposób niespójny przedstawiono cele, oczekiwane efekty i mierniki efektywności. Proszę zwrócić uwagę na konstrukcję celów, które nie powinny przedstawiać zaplanowanych interwencji. Oczekiwane efekty natomiast powinny odzwierciedlać spodziewane po przeprowadzeniu interwencji rezultaty.

W projekcie zaplanowano populację docelową, którą stanowią dzieci w wieku 0-4 lat z określonymi wadami wrodzonymi. W opisie populacji brakuje wskazania liczebności potencjalnych uczestników. W projekcie nie wskazano również uzasadnienia dla tak wybranej grupy dzieci. Uzupełnienie tych informacji jest istotne z punktu widzenia przewidywanej efektywności programu oraz ustalenia budżetu i harmonogramu działań dla zaplanowanej populacji.

W projekcie nie określono populacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci, do których skierowane będą warsztaty edukacyjne.

W ramach określonych interwencji nie wskazano również czy każdemu dziecku udzielane będą wszystkie zaplanowane świadczenia, czy jedynie wybrane i na jakich zasadach będą one realizowane.

Sposób monitorowania i ewaluacji programu nie został zaplanowany. W celu przeprowadzenia kompletnego monitorowania należy określić sposób oceny zgłaszalności do programu, jakości udzielanych świadczeń oraz efektywności programu, z uwzględnieniem wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności. Ocena efektywności powinna zostać przygotowana z użyciem wskaźników, które w sposób wiarygodny i obiektywny wskażą wpływ podjętych działań na zdrowie populacji, w tym uczestników programu.



Przedstawiony w projekcie budżet budzi zastrzeżenia. Wskazano jedynie koszty jednostkowe, bez uwzględnienia kosztów kampanii informacyjnej i kosztów warsztatów edukacyjnych dla dzieci. Ze względu na brak informacji o liczbie potencjalnych uczestników programu oraz okresu realizacji niemożliwe jest określenie budżetu całkowitego. Kwestia ta powinna zostać uzupełniona, w celu zabezpieczenia odpowiednich środków na realizację programu. Warto również uzupełnić informację na temat źródła finansowania programu.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania zaburzeń rozwojowych u dzieci. W projekcie nie przedstawiono całkowitego budżetu przeznaczanego na realizację programu, nie przedstawiono także planowanego okresu realizacji programu.

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 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 programu dotyczy istotnej kwestii, jaką jest niepełnosprawność wśród dzieci. Jest to problemem ogólnoswiatowy, stanowiący cel szczególnie promowanych działań WHO i Komisji Europejskiej. Bez względu na przyczyny niepełnosprawności jest uznana za poważny problem, o naturze społecznej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126), program wpisuje się w następujące priorytety zdrowotne: poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3; a także zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.

W projekcie w sposób krótki i zwięzły przedstawiono problem zdrowotny oraz wskazano ogólne dane epidemiologiczne.

Zgodnie z danymi Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła na koniec marca 2011 r. około 4,7 mln (dokładnie 4 697,0 tys.), w tym 169 121 tysięcy dzieci w wieku od 0-14 lat. Tym samym liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju wobec 14,3% w 2002 r. (blisko 5,5 mln osób niepełnosprawnych w 2002 roku). Według Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia pod koniec 2009 r. prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało ok. 4,2 mln Polaków, w tym blisko 184 tys. dzieci do lat 16 z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności.

#### Cele i efekty programu

Głównymi celami programu są: zwiększenie dostępności (w jednym miejscu) wczesnej diagnostyki i kompleksowej terapii dla dzieci z niepełnosprawnością od 0 do 4 roku życia i ich rodzin, zamieszkałych na terenie miasta Krakowa, a także zapobieganie odległym powikłaniom niepełnosprawności i zmniejszenie kosztów zarówno dla pacjenta jak i systemu opieki zdrowotnej z tego tytułu. Dodatkowo wskazano 10 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celów głównych.

W projekcie opisano w sposób ogólny oczekiwane efekty. Nie zostały one określone ze wskazaniem konkretnych rezultatów, które mogą pojawić się po przeprowadzeniu programu. Proszę mieć na względzie, że efekty te powinny pozostawać w spójności z postawionymi celami.

Mierniki efektywności stanowią skalę wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia dziecka z wrodzonymi wadami rozwoju. Proszę mieć jednak na uwadze, że samo zastosowanie skal nie udzieli informacji na temat efektywności prowadzonych działań. W tym celu należy sprawdzić stan zdrowia dzieci przed podjęciem działań i porównać go ze stanem po programie. Należy również określić odsetki dzieci,

u których zaobserwowano poprawę zdrowia i jakości życia w mierzonych kategoriach. W odniesieniu do edukacji warto zastosować test wiedzy dla rodziców/ opiekunów prawnych. Natomiast w odniesieniu do celu głównego warto również określić zmianę kosztów ponoszonych na leczenie pacjentów

#### Populacja docelowa

Populację docelową w programie stanowią dzieci w wieku od 0-4 r.ż. zamieszkałe na terenie miasta Krakowa, u których rozpoznano wadę wrodzoną (ICD-10: Q00-Q99), wcześniactwo (ICD-10: P07.1-P07.3), zamartwicę urodzeniową (ICD-10: P21) i/lub mózgowie porażenie dziecięce (ICD-10:G80.0-G80.4, G80.8 i G80.9). Dzieci ze zdiagnozowanymi ww. jednostkami chorobowymi muszą być wydolne krążeniowo i oddechowo, aby mogły wziąć udział w planowanym programie. Dodatkowo do uczestnictwa w programie zaproszeni zostaną rodzic/opiekunowie dzieci.

Na podstawie danych GUS, określono populację mieszkańców Krakowa w wieku od 0-4 lat, która wynosi 140 000 osób. Założono także, iż 4% dzieci w tym wieku (tj. 5 600 osób) to potencjalni adresaci programu. W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej liczby potencjalnych uczestników. Nie wskazano także, jaka dokładnie liczba dzieci zostanie zaproszona do uczestnictwa w programie, chociażby w kontekście możliwości finansowych miasta Krakowa. Proszę mieć na względzie różnice pomiędzy oszacowaniem populacji docelowej, kwalifikującej się do programu a populacji, którą planuje się włączyć do programu.

Brak jest argumentacji dla tak wybranej grupy wiekowej. Należy podkreślić, że zarówno priorytety zdrowotne Ministra Zdrowia, jak również zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego z zakresu standardów opieki nad noworodkiem i dzieckiem dotyczą dzieci do 3 r.ż. włącznie.

W projekcie nie oszacowano również liczebności populacji rodziców/ opiekunów prawnych dzieci.

#### Interwencja

Planowanymi do podjęcia działaniami będą w ramach programu: usługi medyczne, tj. bilans zdrowotny dziecka, badanie stawów biodrowych, badanie słuchu oraz badanie wzroku, usługi rehabilitacyjne metodami NDT Bobath, PNF, kinezytaping, terapia integracji sensorycznej, terapia manualna, osteopatia, usługi neurologopedyczne metodami Padovan, MORALES, MNRI oraz OPT, usługa logopedyczna Metodą Krakowską, usługi surdologopedyczne metodami AAC i AT, ocena audio psycho lingwistyczna metodą Tomatisa, terapia zajęciowa, warsztaty terapeutyczne/rozmowy dla rodziców/opiekunów.

Zaplanowane działania będą prowadzone w ramach turnusów 6 lub 12 miesięcznych, w zależności od potrzeb dziecka. Będą one realizowane przez wyspecjalizowane placówki rehabilitacyjne, dysponujące odpowiednim zapleczem kadrowym oraz sprzętowym. W ramach określonych interwencji nie wskazano również czy każdemu dziecku udzielane będą wszystkie zaplanowane świadczenia, czy jedynie wybrane i na jakich zasadach będą one realizowane.

W odniesieniu do bilansu zdrowotnego dziecka, badań stawów biodrowych, słuchu i wzroku w projekcie programu nie wskazano jak często planuje się wykonywać ww. badania, przez kogo zostaną one przeprowadzone, a także w jakich warunkach i w jakim celu. Nie wskazano także jakie konsultacje specjalistyczne oraz pomoc doraźną zaplanowano w ramach programu. Uzupełnienie tych informacji jest istotne dla przedstawienia całościowego i dokładnego opisu zaplanowanych interwencji.

Spośród ww. interwencji do działań o udowodnionej skuteczności, można zaliczyć: usługi rehabilitacyjne metodami NDT Bobath, terapię integracji sensorycznej, usługi surdologopedyczne metodami AAC i AT, a także terapię zajęciową. Ponadto, interwencje mające na celu wsparcie rodziców (m. in. indywidualne programy opieki, psychoterapia, edukacja dotycząca emocjonalnego radzenia sobie, aktywne rozwiązywanie problemów) mogą wpływać na redukcję stresu rodzicielskiego.

Pozostałe terapie, choć obecnie funkcjonujące w dziedzinie szeroko pojętej rehabilitacji psychofizycznej, nie odnajdują swojego odzwierciedlenia odnalezionych dowodach naukowych i rekomendacjach.

Proszę mieć także na uwadze, że obecnie finansowana ze środków publicznych rehabilitacja lecznicza, obejmuje rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym. Również badania zaproponowane w projekcie, takie jak badanie stawów biodrowych, czy badanie słuchu i wzroku, są obecnie finansowane w ramach NFZ.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie odniesiono się do monitorowania programu.

Kompleksową ocenę zgłaszalności można oprzeć o listy uczestnictwa z uwzględnieniem osób, u których nie wykonano części interwencji z powodu przeciwwskazań lekarskich lub braku zgody rodziców/opiekunów oraz osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania.

Ocena jakości udzielanych świadczeń może zostać przeprowadzona w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji uczestników lub pisemne uwagi zgłaszane do realizatora programu.

Ocena efektywności powinna skupiać się na liczbie dzieci, u których zaobserwowano poprawę stanu zdrowia oraz jakości życia z wykorzystaniem odpowiednich skal oceny stanu funkcjonalnego. Proszę mieć na uwadze, że ocena efektywności powinna w sposób wiarygodny i obiektywny oceniać wpływ podjętych działań na zdrowie populacji. Dodatkowo warto określić zmianę kosztów ponoszonych na leczenie dzieci z wadami wrodzonymi oraz określić wpływ działań edukacyjnych poprzez sprawdzenie wiedzy uczestników.

#### Warunki realizacji

W projekcie nie przewidywano sposobu wyboru realizatora. Realizator programu zgodnie z zapisami ustawowymi powinien zostać wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert. Wskazano warunki i kompetencje personelu niezbędne do przeprowadzenia zaplanowanych interwencji.

W projekcie wskazano sposób kwalifikacji uczestników oraz sposób zakończenia ich udziału w programie. Nie wskazano jednak sposobu kontynuacji zaplanowanych działań poza programem, co z punktu widzenia prowadzenia terapii zajęciowej może mieć istotne znaczenie.

W projekcie określono średni koszt pojedynczej terapii na kwotę 104 zł. Z kolei średni miesięczny koszt terapii jednego dziecka określono na kwotę 1530 zł. Odpowiednio, w przypadku terapii 6-miesięcznej koszt ten będzie wynosił 9180 zł (6 x 1530 zł), a w przypadku terapii 12-miesięcznej wyniesie on 18 360 zł (12 x 1530 zł).

W projekcie nie oszacowano kosztów jednostkowych ani kosztów akcji informacyjnej oraz warsztatów edukacyjnych przeznaczonych dla rodziców/opiekunów dzieci.

W projekcie nie określono źródeł finansowania zaplanowanych działań oraz przewidzianych kosztów całkowitych. Ponieważ nieznana jest liczba dzieci planowanych do włączenia do programu, niemożliwym jest także oszacowanie kosztów całkowitych programu. Jednocześnie nieznany jest okres realizacji programu, który również stanowi kryterium decyzyjne w planowaniu budżetu.

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

#### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Za osoby niepełnosprawne wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Wcześnieactwem określa się urodzenie dziecka pomiędzy 22 a 37 tygodniem ciąży. Przedwczesny poród może być spowodowany różnymi przyczynami. Większość porodów przedwczesnych występuje spontanicznie, jednak niektóre są spowodowane wczesną indukcją porodu lub cięciem cesarskim wykonywanym z medycznych lub pozamedycznych przyczyn. Noworodki urodzone przedwcześnie wykazują większą zachorowalność i większe prawdopodobieństwo długotrwałych następstw i utrzymujących się problemów medycznych niż noworodki donoszone. Zamartwica urodzeniowa jest to ciężka niewydolność krążenia i oddychania u płodu bądź u noworodka. Najczęściej związana jest z porodem oraz końcowym okresem życia wewnątrzłonowego płodu. Zamartwica urodzeniowa, czyli niedotlenienie płodu występuje zwykle w drugiej fazie porodu. Wystąpienie głębokiego i długotrwałego niedotlenienia może prowadzić do wielu zaburzeń w organizmie dziecka.

Mózgowe porażenie dziecięce jest to zespół objawów określający różnorodne zaburzenia ruchu i postawy, wynikające z trwałego, niepostępującego uszkodzenia mózgu we wczesnym stadium rozwoju. Wyróżnia się 4 postacie choroby: piramidowe, pozapiramidowe, mózdkowe i mieszane. Objawami są najczęściej specyficzne zaburzenia ruchowe (niedowłady, porażenia, ruchy mimowolne). Mogą również występować zaburzenia w rozwoju umysłowym.

#### Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe/bilanse zdrowotne dzieci do 4 r.ż. wykonywane są w ramach tzw. wizyt patronażowych (regulowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U z 2013 r. poz. 1248)). Do porad patronażowych należy także przeprowadzenie ogólnego badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego dziecka.

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków publicznych regulowana jest Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522). Ww. rozporządzenie mówi, iż rehabilitacyjna porada lekarska dla noworodków i niemowląt obejmuje: ocenę rozwoju psychoruchowego, ocenę rozwoju neurofizjologicznego oraz pomiary antropometryczne.

Zgodnie z informacjami Narodowego Funduszu Zdrowia rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci: z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego; z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie); z chorobami metabolicznymi układu nerwowego; z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego; z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej); z zespołami aberracji chromosomów (w tym z zespołem Downa); z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (w tym dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo - mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN); z zaburzeniami integracji sensorycznej; z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii; z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów.

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego obejmuje w szczególności: poradę lekarską; wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną (konsylium); świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii psychologicznej (w tym świadczenia z zakresu psychoterapii i neuropsychologii); świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii logopedycznej (w tym świadczenia z zakresu neurologopedii i surdologopedii); świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii pedagogicznej (w tym świadczenia z zakresu oligofrenopedagogiki, surdopedagogiki, tyflopodagogiki, pedagogiki terapeutycznej); świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii widzenia; świadczenia z zakresu diagnostyki i terapii zaburzeń integracji sensorycznej; świadczenia z zakresu terapii zajęciowej; świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne z zakresu kinezyterapii; zabiegi z zakresu fizykoterapii.

Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego wynosi dla jednego pacjenta do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Skierowanie na rehabilitację jest wystawiane przez lekarza następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych: neonatologicznej, rehabilitacyjnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologicznej, reumatologicznej, chirurgii

dziecięcej, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

#### Ocena technologii medycznej

Odnalezione rekomendacje (m.in. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa-Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SIMFER-SINPIA)) dotyczące terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym wskazują na konieczność kompleksowej terapii i rehabilitacji obejmującej realizację programu ćwiczeń fizycznych wzmacniających mięśnie (ogólnorozwojowy trening siłowy, ukierunkowany trening siłowy) uwzględniający wiek i stan pacjenta, czas i częstotliwość terapii – indywidualizacja terapii. Stosowanie interwencji hydroterapeutycznych może być zalecane w przypadku dzieci z porażeniem mózgowym, które wykazują deficyt wytrzymałości czy deficyt energetyczny, u których za cel terapeutyczny wyznaczono poprawę tych parametrów. Z powodu niewystarczających dowodów naukowych oraz braku konsensusu, brak jest rekomendacji dotyczących czasu trwania, częstotliwości, intensywności i strategii (model teoretyczny) stosowanych przy interwencji hydroterapeutycznej.

W odniesieniu do zaleceń dotyczących wczesnego wykrywania i wczesnej interwencji u dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych, zalecenia praktyki klinicznej podkreślają, że obserwacja rozwoju dziecka powinna być elementem każdej wizyty w ramach opieki profilaktycznej. W przypadku stwierdzenia podczas wizyty obaw dotyczących rozwoju dziecka oraz w przypadku dzieci z grupy niskiego ryzyka zaburzeń rozwojowych przy wizycie w 9 -, 18 - i 30-miesiącu życia, zalecane jest stosowanie wystandaryzowanych narzędzi służących do badań przesiewowych.

W przypadku pozytywnego wyniku badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju, konieczna jest ocena medyczna oraz ocena rozwoju w celu zidentyfikowania określonych zaburzeń rozwojowych i związanych z nimi problemów zdrowotnych.

Dzieci ze stwierdzonymi w badaniu przesiewowym zaburzeniami rozwojowymi powinny zostać skierowane na wczesne interwencje rozwojowe.

W przeglądzie Cochrane Collaboration wskazano, że programy wczesnej interwencji dla wcześniaków wykazują pozytywny wpływ na funkcje poznawcze w krótkim i średnim okresie obserwacji. Jakkolwiek stwierdzono znaczne zróżnicowanie między interwencjami włączonymi do przeglądu. Konieczne są dalsze badania, aby określić, które ze wczesnych interwencji są najbardziej skuteczne w poprawie wyników poznawczych i motorycznych oraz, które są skuteczniejsze w odniesieniu do długoterminowych efektów programów. Dodatkowo zwrócono uwagę na konieczność oceny kosztów-efektywności, jak również dostępności usług, które stanowią istotne czynniki przy rozważaniu wprowadzenia programu wczesnej interwencji rozwojowej u przedwcześnie urodzonych noworodków.

Na podstawie odnalezionych dowodów naukowych można stwierdzić, że zadania realizowane w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka obejmują:

- ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy: lekarskiej, psychologicznej, logopedycznej oraz ocena sfery ruchowej dziecka (ocena stanu narządu ruchu i rozwoju ruchowego),
- opracowanie i wdrażanie szczegółowego, wielospecjalistycznego i kompleksowego programu postępowania w sferze psychicznej, ruchowej, społecznej i emocjonalnej rozwoju dziecka,
- śledzenie rozwoju dziecka poprzez ponawianie diagnozy oraz dostosowywanie programów rehabilitacyjnych i terapeutycznych do zmieniających się potrzeb rozwojowych i zdrowotnych dziecka,
- prowadzenie indywidualnych form terapii oraz edukacji dziecka,
- opracowanie i realizowanie psychologicznych programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego,

- opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla rodzin, m.in. udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek oraz szkolenie w zakresie metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka w warunkach domowych, a także informacji o systemie usług i zasobach społecznych, które są dostępne i mogą być im przydatne,
- dostarczanie rodzicom informacji o uprawnieniach i możliwych formach pomocy, niezbędnych adresach itp., pomoc w skontaktowaniu się rodziców z innymi rodzicami będącymi w podobnej sytuacji i z ich organizacjami.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: nr AOTMiT-OT-441-214/2015 „Program Dobry Start – wczesne rozpoznanie i terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi do lat 4” realizowany przez: Miasto Kraków, Warszawa, listopad 2015 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne z zakresu opieki nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki zakażeń RSV – wspólne podstawy oceny”, marzec 2013 r.; „Programy z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, grudzień 2013 r.