



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 9/2016 z 12 stycznia 2016 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program**  
**kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży**  
**niepełnosprawnej z terenu miasta Zabrze”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu miasta Zabrze”.

**Uzasadnienie**

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej skupia się na zapewnieniu do świadczeń z zakresu rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu miasta Zabrze.

Braki podstawowych elementów projektu oraz duża liczba nieścisłości uniemożliwiają wydanie pozytywnej Opinii Prezesa Agencji.

Przedstawione cele warto przeformułować, tak, aby przedstawiały rezultaty zaplanowanych działań, nie zaś same interwencje. Mierniki efektywności natomiast nie zostały uwzględnione w projekcie i należy je zaplanować w taki sposób, aby pozostawały w spójności z postawionymi celami i mierzyły stopień ich realizacji. Należy pamiętać, żeby cele, oczekiwane efekty i mierniki efektywności tworzyły spójną całość.

Określona w projekcie populacja docelowa obejmuje osoby w wieku 0-25 lat z różnymi rodzajami zaburzeń. Nieuzasadniony jest zastosowany w projekcie podział uczestników na 3 grupy względem wieku i odpowiadających im chorób. Warto rozważyć ustalenie kryterium kwalifikacji w postaci ogólnego wieku uczestników i konkretnych schorzeń, które zdecydują o uczestnictwie w programie.

Warto także uwzględnić kryteria wykluczenia z programu, dla osób, które pozostają pod opieką terapeuty zajęciowego lub poradni rehabilitacyjnej, co pozwoli na uniknięcie podwójnego finansowania świadczeń.

Zaplanowane interwencje nie zostały opisane w sposób wyczerpujący. Warto określić jakie zabiegi będą prowadzone w danych schorzeniach oraz jaką liczbę zabiegów przewiduje się w ramach programu. Proszę także rozważyć udział rodziców/ opiekunów dzieci w zajęciach rehabilitacyjnych, gdyż może to przyczynić się do uzyskania lepszych efektów terapeutycznych.

W projekcie uwzględniono monitorowanie i ewaluację, jednak nie przedstawiono wskaźników, które planuje się w tym celu wykorzystać. Proszę mieć na uwadze, aby wskaźniki te w sposób obiektywny i wiarygodny określały przebieg i realizację programu, jak również jego wpływ na zdrowie populacji docelowej.

Projekt nie zawiera powiązania świadczeń z obecnie finansowanymi, jak również brak jest wskazania sposobu kontynuacji świadczeń po zakończeniu programu. Warto także określić sposób zakończenia



udziału w programie (np. poprzez przekazanie zaleceń, zestawów ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu).

Budżet przedstawiony w projekcie nie zawiera kosztów poszczególnych interwencji, przez co niemożliwa jest jego całościowa weryfikacja.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zapewnienia terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Budżet zaplanowany na przeprowadzenie programu wynosi 390 000 zł rocznie, zaś okres realizacji to lata 2016-2018.

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

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy rozległego problemu niepełnosprawności oraz skupia się na prowadzeniu kompleksowej terapii u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością.

W projekcie problem zdrowotny został opisany w sposób ogólny, uwzględniający jedynie definicje niepełnosprawności. Warto rozszerzyć ten opis o przedstawienie najważniejszych schorzeń, które uwzględnione będą w ramach programu.

W projekcie przedstawiono regionalne dane epidemiologiczne, które umożliwiają ogólną ocenę skali rozprzestrzenienia problemu w regionie.

W województwie śląskim, wg Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 odnotowano 552 138 osób niepełnosprawnych (11,9 % ludności województwa śląskiego), a w mieście Zabrze 22 132 (12,2 % ludności miasta Zabrze). Dane statystyczne dotyczące niepełnosprawnych dzieci i młodzieży przedstawiają się następująco: ogółem w Polsce liczebność tej grupy w 2011 roku wynosiła 215 849, w województwie śląskim 23 606, a w mieście Zabrzu 1 003 osób.

Warto dodatkowo zaznaczyć, że w województwie śląskim wartość rozliczonych przez NFZ świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w roku 2013 wynosiła ponad 220 mln zł i był to jeden z wyższych wyników w skali całego kraju.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest wczesna diagnostyka i terapia zaburzeń rozwojowych u dzieci z grupy ryzyka okołoporodowego, diagnoza psychologiczna i logopedyczna oraz rehabilitacja dzieci z problemami rozwojowymi, a także zapewnienie ciągłości procesu kompleksowej terapii dzieciom zamieszkałym na terenie miasta Zabrze, w przedziale wiekowym od 0-25 lat. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych. Proszę zwrócić uwagę, że zarówno cel główny, jak i cele szczegółowe, przedstawiają interwencje możliwe do podjęcia. Cele powinny być skonstruowane w taki sposób, aby przedstawiały rezultaty danych działań, do których uzyskania dąży program. Mogą to być np. poprawa ruchomości, sprawności, jakości życia uczestników, zwiększenie świadomości uczestników na temat zachowań prozdrowotnych w danym schorzeniu, polepszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji. Warto aby cele konstruowane były z zachowaniem zasady SMART, wg której cel powinien być konkretny, mierzalny, osiągalny, realny i określony w czasie.

Oczekiwane efekty zostały określone w sposób prawidłowy.

W projekcie nie zdefiniowano mierników efektywności. Proszę mieć na uwadze, że jest to niezbędny element programu polityki zdrowotnej, który umożliwia ocenę stopnia realizacji celów. Należy pamiętać, aby określone mierniki były spójne z postawionymi celami. W ramach opiniowanego programu miernikami efektywności mogą być: odsetek osób, które deklarują poprawę sprawności,

ruchomości oraz jakości życia po przeprowadzeniu rehabilitacji w odniesieniu do sytuacji sprzed programu, liczba osób, które po zakończeniu programu stosują się do zaleceń lekarskich, odsetek osób, które wymagały dalszej rehabilitacji po zakończeniu programu. W odniesieniu do ewentualnych działań edukacyjnych warto ocenić stan wiedzy uczestników w danym zakresie.

#### Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią osoby w wieku 0-25 lat z różnego stopnia zaburzeniami bądź uszkodzeniami układu nerwowego z lub bez niepełnosprawności intelektualnej (w tym dzieci z autyzmem), osoby z niepełnosprawnością sprzężoną spowodowaną schorzeniami wielonarządowymi oraz dzieci ze zdiagnozowanym Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS). Uczestników programu podzielono na 3 grupy. Pierwszą z nich stanowią dzieci w wieku 0-7 lat z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz zaburzeniami spowodowanymi ciężką wysokim ryzyka. Kolejną grupę będą stanowić osoby w wieku 3-18 lat z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i sprzężoną niepełnosprawnością, a ostatnią – osoby w wieku 7-25 lat z dysfunkcją narządu ruchu np.: wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami. W projekcie nie wskazano uzasadnienia dla takiego podziału uczestników programu. Zasadne wydaje się ogólne określenie jakie schorzenia i jaki wiek kwalifikuje uczestników do programu.

W ramach programu planuje się uczestnictwo 300 osób rocznie.

Kryterium kwalifikacji do programu będzie posiadanie skierowania na rehabilitację. W projekcie nie określono szczegółów dotyczących wymaganych dokumentów. Nie określono także dodatkowych kryteriów kwalifikacji, jak również kryteriów wykluczenia z programu. Proszę mieć na uwadze, że świadczenia rehabilitacji są obecnie finansowane w ramach NFZ zatem zasadne jest zaplanowanie postępowania, które pozwoli na uniknięcie podwójnego finansowania danych świadczeń. Takie działanie można zrealizować poprzez wprowadzenie kryterium wykluczenia z programu uczestników, którzy w ostatnim czasie uczestniczyli w rehabilitacji, lub pozostają pod stałą opieką terapeuty zajęciowego.

#### Interwencja

W projekcie programu przedstawiono jedynie grupy interwencji stosowanych w trakcie programu. Będą to m.in.: specjalistyczne badanie lekarskie, terapia logopedyczna, rehabilitacja lecznicza, fizykoterapia, rehabilitacja metodą FITS, diagnostyka i terapia dzieci z FAS czy też muzykoterapia.

Dokładna liczba, oraz rodzaj poszczególnych zabiegów u poszczególnych uczestników nie zostały wskazane. W projekcie zaznaczono, że rodzaj zabiegów oraz częstotliwość i intensywność działań będzie ustalana indywidualnie przez fizjoterapeutę/logopedę/lekarza specjalistę, biorąc pod uwagę potrzeby i możliwości pacjentów.

W projekcie brak jest szczegółowego opisu planowanych interwencji, co warto uzupełnić. Proszę w opisie uwzględnić jakie rodzaje zajęć/terapii planowane są dla danych schorzeń.

Przedmiotowy program rozpocznie się od dostarczenia przez uczestnika lub rodzica dziecka skierowania od lekarza. Następnie lekarz specjalista po przeprowadzeniu wstępnego badania będzie kierować pacjenta na odpowiednią terapię. Każdy zakwalifikowany pacjent będzie miał możliwość skorzystania z wizyt zaleconych przez lekarza specjalistę (liczba zaleconych wizyt jest uzależniona od oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarza). Zajęcia rehabilitacyjne i terapeutyczne będą odbywać się w cyklach. Długość cyklu będzie dostosowana indywidualnie do potrzeb każdego z pacjentów (w zależności od rodzaju schorzenia, od efektów i tempa uzyskiwanych postępów).

W projekcie programu brakuje opisu ewentualnej roli rodzica/opiekuna prawnego w przebiegu rehabilitacji dziecka. Istotnym jest, żeby rodzice/opiekunowie prawni dzieci wymagających świadczeń rehabilitacyjnych mogli obserwować sposób wykonywania danych ćwiczeń fizycznych, a tym samym pomagać i kontrolować (de facto wspierać) proces rehabilitacji dziecka.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu, nie przedstawiono natomiast wskaźników, które mają zostać w tym celu wykorzystane. Proszę mieć na uwadze, że jest

to niezbędny element programu, którego zadaniem jest określenie stopnia realizacji i przebiegu programu, a także jego wpływu na stan zdrowia populacji. Monitorowanie i ewaluacja pozwalają także stwierdzić czy zaistniały w trakcie programu trudności, bądź niedociągnięcia, które można wyeliminować w kolejnych edycjach.

W ramach oceny zgłaszalności warto określić liczbę osób, która zgłosiła się do programu, liczbę wykonanych poszczególnych świadczeń oraz liczbę osób wykluczonych z udziału. Dodatkowo warto określić liczbę osób, u których nie zakwalifikowano do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich.

Ocena jakości udzielanych świadczeń może zostać oparta o wyniki ankiety satysfakcji uczestnika i/lub pisemne uwagi składane do realizatora programu. Można także wyznaczyć osobę odpowiedzialną za nadzór nad jakością wykonywanych procedur medycznych.

Ocena efektywności programu powinna opierać się na wskaźnikach, które umożliwią określenie wpływu przeprowadzonych interwencji na zdrowie populacji. W tym celu można wykorzystać wskaźniki zaproponowane w ramach mierników efektywności. Dodatkowo warto ocenić wpływ działań podjętych w programie w perspektywie wieloletniej, np. rok po zakończeniu działań programowych.

#### Warunki realizacji

Kwestia wyboru realizatora programu nie została jasno określona w programie. Realizator programu powinien zostać wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W projekcie określono ogólne warunki niezbędne do realizacji programu. Warto dookreślić warunki, które są niezbędne do realizacji świadczeń (m.in. warunki sprzętowe, lokalowe, względem osób realizujących świadczenia)

Projekt nie zawiera opisu sposobu zapraszania uczestników do programu, ani sposobu zakończenia udziału w programie. Warto określić także sposób kontynuacji świadczeń poza programem.

Świadczenia udzielane w programie mają mieć charakter stacjonarny. Warto byłoby rozważyć możliwość transportu dla osób, które nie będą w stanie samodzielnie dotrzeć do placówki, tak aby zapewnić równy dostęp wszystkim osobom potrzebującym.

Całkowity roczny budżet oszacowany został na kwotę 390 000 zł. Kosztorys zawiera koszty jednostkowe. W projekcie nie przedstawiono kosztów poszczególnych interwencji, co uniemożliwia dokładną weryfikację 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.

#### Alternatywne świadczenia

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 ciążywo-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 mózgowie, 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

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Światowy Raport podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (Community - based rehabilitation - CBR), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania ze społecznego wsparcia.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze

względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

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.

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: AOTMiT-OT-441-240/2015 „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z terenu miasta Zabrze” realizowany przez: Miasto Zabrze, Warszawa, grudzień 2015 oraz aneksów do raportów szczegółowych „Programy z zakresu kompleksowej terapii i rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, grudzień 2013 r. i „Diagnostyka i terapia chorób ze spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) - wspólne podstawy oceny”, lipiec 2015 r.