

UCHWAŁA Nr
RADY MIASTA ŻYRARDOWA

z dnia grudnia 2022r..

**w sprawie w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci
i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2022 r., poz. 559, 583, 1005, 1079, 1561) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021, poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834, 2120, 2232, 1292, 1981, 2105, 2270, z 2022 r. poz. 64, 91, 583, 526, 807, 655, 974, 1002, 1079, 1265, 1352, 1700, 2180) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Żyrardowa.

§ 3.

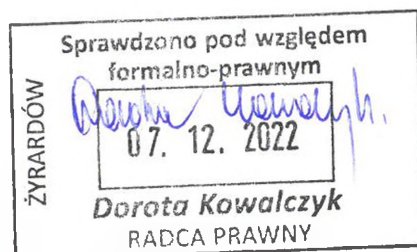
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezydent Miasta Żyrardowa

Lucjan Krzysztof Chrzanowski

Pierwszy Zastępca Prezydenta
Miasta Żyrardowa

Adam Ławiesz



UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2022 r., poz. 559 z późn. zm.) zadaniem własnym gminy jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym w zakresie ochrony zdrowia.

W świetle art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021, poz. 1285 z późn. zm.), zadanie własne gminy to również zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez m.in. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy

Opracowanie programu zostało poprzedzone rozpoznaniem potrzeb mieszkańców oraz możliwości jego realizacji przez dostępne podmioty lecznicze. Program jest spójny z założeniami Strategii Polityki Zdrowotnej dla Miasta Żyrardowa na lata 2022-2027 oraz założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025; został pozytywnie zaopiniowany przez Wojewodę Mazowieckiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Na realizację programu w 2023 roku Miasto otrzymało dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 40% kosztów programu, które zostały oszacowane na 52 000,00 zł rocznie.

W związku z powyższym należy przyjąć uchwałę jak w sentencji.


Prezydent Miasta Żyrardowa
Lucjan Krzysztof Chrzanowski


Pierwszy Zastępca Prezydenta
Miasta Żyrardowa
Adam Lemiesz



**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji
lecniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów
na lata 2023-2025**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn zm.]

Żyrardów, 2022

1. **Nazwa programu:**

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025

2. **Okres realizacji programu:** 2023-2025

3. **Autorzy programu:** dr n. o zdr. Karolina Sobczyk, dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednich latach.

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miasta Żyrardowa

Plac Jana Pawła II nr 1

96-300 Żyrardów

Tel. 46 858 15 71

mail: bsmolarek@zyrardow.pl

6. **Data opracowania programu:** czerwiec 2022

7. **Opinia AOTMiT:** Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 45/2022 z dnia 12 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” (woj. mazowieckie)

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	10
3. Opis obecnego postępowania	13
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	15
1. Cel główny	15
2. Cele szczegółowe	15
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	16
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	16
3. Planowane interwencje	17
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	20
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	23
1. Monitorowanie	23
2. Ewaluacja	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszty jednostkowe	24
2. Koszty całkowite:	25
3. Źródło finansowania	25
Bibliografia	26
Załączniki	28

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Rehabilitacja lecznicza stanowi niezbędny element efektywnego procesu terapeutycznego w przypadku wszystkich problemów zdrowotnych prowadzących do ograniczenia sprawności organizmu, utrudniających lub uniemożliwiających normalne funkcjonowanie jednostek. W populacji dzieci i młodzieży wśród problemów takich najpowszechniejsze są wady postawy oraz niepełnosprawności narządu ruchu, takie jak uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze narządu ruchu, zaburzenia czynności motorycznych, czy deformacja narządów ruchu.

Do uszkodzeń anatomicznej budowy narządu ruchu zaliczamy uszkodzenia kości i mięśni kończyn, spowodowane urazami lub amputacjami. W zależności od liczby i zakresu uszkodzenia kończyn czynności manipulacyjne i lokomocyjne ulegają większemu lub mniejszemu ograniczeniu lub całkowitemu zniesieniu. Uszkodzenia te mogą mieć różny zakres i dotyczyć jednej lub więcej niż jednej kończyny. Z kolei do zaburzeń czynności motorycznych zaliczymy porażenia (całkowite zniesienie czynności ruchowych), niedowłady (częściowe zniesienie czynności ruchowych - obniżenie sprawności i poprawności wykonywania ruchów, osłabienie ich siły, spowolnienie ruchów itp.). Deformacje narządu ruchu objawiają się nieprawidłowościami lub uszkodzeniami anatomicznej budowy narządu ruchu lub poszczególnych jego elementów. Mogą być spowodowane wadami wrodzonymi lub schorzeniami kości i mięśni narządu ruchu, zwłaszcza chorobami reumatycznymi. Problemy związane z niepełnosprawnością ruchową, obejmują niemal wszystkie aspekty życia ludzkiego, poczynając od niedostosowania środowiska zewnętrznego, a kończąc na problemach jednostki. Zablockowanie wielu potrzeb, a zwłaszcza potrzeby bezpieczeństwa i niezależności, wyzwalać może stany stresowe i frustracyjne, dlatego tak istotne jest zwiększanie sprawności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami ruchowymi¹.

Właściwy rozwój układu kostnego ma wpływ na kształtowanie się prawidłowej postawy ciała. Jest on modyfikowany przez czynniki genetyczne, odżywianie, stan zdrowia, stężenie hormonów, siły mechaniczne oraz wiek fizjologiczny². Prawidłowy wzrost oraz

¹ Gorajewska D., Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole, Warszawa 2008.

² Frick L.S.: Pojęcie prawidłowego wzrostu i rozwoju w ortopedii dziecięcej. W: Dormans P.J. (red): Ortopedia pediatria: Core Knowledge in Orthopaedis. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2009, 1 – 16.

mineralizacja układu kostnego następuje przy zbilansowanej diecie, która bogata jest w białko, składniki mineralne (jony wapnia i fosforu, potas, magnez) oraz w witaminę D.

Postawę ciała definiuje się jako układ poszczególnych odcinków ciała, nieobjętych zmianami patologicznymi, zapewniający optymalną stabilność ciała wymagającą minimalnego wysiłku mięśniowego oraz stwarzający warunki do optymalnego ułożenia narządów wewnętrznych³. Najwięcej wad postawy powstaje w okresie szkolnym, przy czym wyróżniamy tu dwa okresy krytyczne. Pierwszy z nich występuje gdy dziecko ma 6 - 7 lat i musi dostosować się do przebywania w pozycji siedzącej, która często przyjmowana jest w niewygodnych warunkach. W okresie tym należy zapewnić dziecku prawidłowe warunki nauki oraz odpoczynku. Drugi okres krytyczny następuje w okresie skoku pokwitaniowego, który u dziewcząt przypada na 11 - 13 rok życia, a u chłopców na 13 - 14 rok życia. W tym wieku następuje szybki wzrost długości kończyn dolnych oraz tułowia a wzrost siły mięśni nie nadąża za zmianą proporcji ciała oraz przesunięciem się środka ciężkości w górę. Długotrwała pozycja siedząca sprzyja pogłębianiu się wad postawy⁴.

Wyróżnia się cztery wzorce postawy ciała. Pierwszą z nich jest postawa doskonała (A). Cechuje się głową ułożoną nad klatką piersiową, biodrami i stopami, klatką piersiową wysuniętą ku przodowi, płaskim brzuchem i lekko wygiętymi plecami. Jako drugą wyróżnia się dobrą postawę ciała (B). Charakteryzuje się ona głową wysuniętą lekko ku przodowi, nieznacznie uniesioną klatką piersiową, lekko wypukłym brzuchem i bardziej wygiętymi plecami. Kolejną jest postawa ciała wadliwa (C), która oznacza postawę z głową wysuniętą przed klatkę piersiową, klatką piersiową płaską, wypukłym brzuchem i zgarbionymi plecami. Ostatnią jest postawa bardzo zła (D). Człowiek przyjmujący taką postawę odznacza się głową mocno wysuniętą ku przodowi, bardzo płaską klatką piersiową, wiotkim brzuchem i plecami przygarbionymi w znacznym stopniu⁵.

Obraz nieprawidłowej postawy ciała dają zarówno wady postawy, jak i błędy postawy. Rozróżnienie ich jest bardzo ważne, ponieważ ułatwia dobór właściwych metod terapeutycznych. Błędy postawy to nieprawidłowe położenie bądź kształt poszczególnych części ciała, które polegają na zmianie ich fizjologicznych wygięć, uwydatnieniu bądź oddaleniu w stosunku do pionu lub poziomu. Nieprawidłowości te jednak dają się zminimalizować napięciem mięśni. Do błędów postawy zalicza się: nieprawidłowe ustawienie

³ Kasperczyk T. Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie. Kasper, Kraków 2001.

⁴ Wilczyński J.: Korekcja wad postawy człowieka. Anthropos, Starachowice, 2001.

⁵ Kołodziej J., Kołodziej K., Momola I.: Postawa ciała, jej wady i korekcja. FOSZE, Rzeszów, 2004.

głowy, asymetrię barków, wadliwe ułożenie i odstawanie łopatek⁶. Do najczęstszych wad postawy ciała należą: boczne skrzywienia kręgosłupa (skolioza), plecy okrągłe (kifoza), plecy wklęsłe (lordoza), plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie oraz wady statyczne kończyn dolnych⁷.

Wady postawy w płaszczyźnie strzałkowej charakteryzują się pogłębieniem bądź zmniejszeniem fizjologicznych krzywizn kręgosłupa⁸. Najczęściej występujące wady w tej płaszczyźnie to:

- plecy okrągłe, czyli pogłębienie kifozy piersiowej,
- plecy wklęsłe, czyli pogłębienie lordozy lędźwiowej,
- plecy okrągło-wklęsłe, czyli pogłębienie kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej,
- plecy płaskie, czyli brak fizjologicznych wygięć kręgosłupa.

Wielkość oraz kształt krzywizn kręgosłupa zależy od jego ruchomości i przodopochylenia miednicy. Prawidłowa ruchomość kręgosłupa występuje w plecach okrągło-wklęsłych oraz w plecach płaskich, natomiast w plecach okrągłych i wklęsłych jest ona ograniczona. Przodopochylenie miednicy jest zbyt duże w plecach okrągło-wklęsłych i plecach wklęsłych, natomiast za małe wstępuje w plecach płaskich i okrągłych.

Naturalne wygięcie ku tyłowi kręgosłupa w odcinku piersiowym zwie się kifozą piersiową, natomiast przy znacznym wygięciu jest to już wada tzw. plecy okrągłe. Sylwetka osoby z taką wadą cechuje się wysunięciem głowy oraz barków do przodu, spłaszczeniem oraz zapadnięciem klatki piersiowej, a także rozsunięciem oraz odstawaniem łopatek od klatki piersiowej. Plecy okrągłe mogą powstawać w następstwie wad wrodzonych układu mięśniowo-szkieletowego. Często przyczynami powstawania tego typu deformacji są: dystonia mięśniowa, czynniki psychiczne, wady wzroku, choroba Scheuermanna, gruźlica kręgosłupa, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa lub krzywica. Zniekształcenie to ogranicza ruchomość stawu ramiennego oraz żeber, przez co zmniejsza objętość klatki piersiowej, a w konsekwencji dochodzi do obniżenia pojemności życiowej płuc. Skutkuje także niewłaściwym ułożeniem narządów wewnętrznych oraz uciskiem serca, dlatego osoby dotknięte schorzeniem częściej narażone są na choroby dróg oddechowych, zaburzenia trawienia, zaburzenia funkcji gruczołów dokrewnych i bóle głowy.

Korekcja pleców okrągłych ma umożliwić zdobycie umiejętności przyjmowania i utrzymania prawidłowej postawy ciała. Powinna ona uwzględniać sferę emocjonalno-

⁶ Zeyland-Malawka E.: Ćwiczenia korekcyjne. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego. Gdańsk, 2003.

⁷ Pismo Ministra Zdrowia nr MZ-ZP-D-073-8795-3/JC/07 z dnia 23.10.2007 r.

⁸ Kasperczyk T.: Wady postawy ciała... op. cit.

wolicjonalną (związek napięcia mięśni z emocjami), kostno-stawową (prawidłowa ruchomość stawów), neurofizjologiczną (kształtowanie nawyku prawidłowej postawy), mięśniowo-więzadłową (rozciąganie i wzmacnianie mięśni) oraz środowiskową (warunki życia). Zaleca się, by korekcja zawierała ćwiczenia umożliwiające rozciągnięcie mięśni klatki piersiowej, wzrost ruchomości obręczy barkowej, wzmocnienie mięśni powierzchownych i głębokich grzbietu, odcinka piersiowego i karku. Poza wymienionymi elementami ważne znaczenie w postępowaniu korekcyjnym mają ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia korekcyjne w wodzie, masaż, ortopedyczna terapia manualna oraz kształtowanie nawyku prawidłowej postawy⁹. W przypadku pleców okrągłych stosuje się ćwiczenia podobne, jak w przypadku pleców wypukłych oraz okrągło-wklęsłych. Aby skorygować cechy pleców płaskich w odcinku lędźwiowym, miednicy i brzucha należy stosować ćwiczenia odpowiednie dla tej wady.

Plecy wklęsłe charakteryzują się pogłębieniem wygięcia w odcinku lędźwiowym kręgosłupa ku przodowi. Postawa ciała, w tym przypadku cechuje się zwiększonym przodopochyleniem miednicy, wypiętym brzuchem (przodujący brzuch) i uwypukleniem pośladków. Zniekształcenie może mieć charakter wrodzony bądź nabyty, jednak najczęściej powstaje na tle dystonii mięśniowej. W korekcji tej wady wykorzystuje się ćwiczenia, które zwiększają ruchomość kręgosłupa. Gimnastyka obejmuje także ćwiczenia, które prowadzą do skracania, wydłużania rozciągania mięśni, tak jak w przypadku pleców okrągło-wklęsłych¹⁰.

Wada, przy której równocześnie występują cechy pleców okrągłych (kifoza piersiowa) i wklęsłych (lordoza lędźwiowa) zwie się plecami okrągło-wklęsłymi. Sylwetka cechuje się pogłębieniem kifozy piersiowej, wysunięciem głowy i barków do przodu, rozsunieniem i odstawaniem łopatek od klatki piersiowej, pogłębieniem lordozy lędźwiowej, zwiększonym przodopochyleniem miednicy, odstającym brzuchem oraz uwypukleniem pośladków. Dystonia mięśniowa w tym schorzeniu jest połączeniem tej, która występuje w plecach okrągłych oraz wklęsłych. Zniekształcenie wpływa na sprawność statyczno-dynamiczną ciała oraz na funkcjonowanie narządów wewnętrznych. Przemieszczenie trzewi jamy brzusznej ogranicza ruchy oddechowe przepony oraz jej krążenie żyłne. Korekcja pleców okrągło-wklęsłych powinna zawierać ćwiczenia, które umożliwiają skracanie mięśni brzucha, pośladków, grzbietu w odcinku piersiowym, wydłużenie mięśni grzbietu w odcinku lędźwiowym, karku i szyi, rozciąganie mięśni zginaczy uda, przywodzących ramię oraz zwierających barki (szczególnie piersiowe większe).

⁹ Wilczyński J.: Boczne skrzywienia kręgosłupa: rozpoznanie i korekcja - cz. II. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, 2001.

¹⁰ Ibidem.

Wada, przy której występuje przesadne spłaszczenie fizjologicznych wygięć kręgosłupa zwie się plecami płaskimi. Charakterystyczne cechy tego zaburzenia to płaska klatka piersiowa oraz opuszczenie i wysunięcie barków do przodu. O ile występowanie tej wady u dzieci w wieku przedszkolnym jest normą, o tyle w starszym wieku wymaga korekcji. Liczba osób z tym zniekształceniem w ostatnich latach wzrasta. Główną przyczyną jest siedzący tryb życia, co wpływa na zmniejszenie ruchliwości (hipokinezę), zubożenie form ruchu (akinezę), powstanie hipotonii i dystonii mięśniowej. Spłaszczenie krzywizn kręgosłupa przyczynia się do ograniczenia funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa oraz jego przeciążenia, a także do spadku pojemności i ruchomości klatki piersiowej. Korekcja wady ma na celu skrócenie mięśni grzbietu odcinka lędźwiowego, mięśni zginaczy uda i unoszących barki, wydłużenie mięśni brzucha i pośladków. Ćwiczenia wzmacniające i skracające mięśnie grzbietu w odcinku lędźwiowym powinny przyczynić się do zwiększenia lordozy lędźwiowej¹¹.

Skolioza, czyli boczne skrzywienie kręgosłupa polega na wielopłaszczyznowym odchyleniu linii kręgosłupa od stanu prawidłowego. Schorzenie występuje w płaszczyźnie czołowej, strzałkowej i poprzecznej. W płaszczyźnie czołowej kręgosłup ulega skrzywieniu w prawo bądź w lewo. Obserwując skrzywienie w płaszczyźnie strzałkowej można zauważyć powstanie lordozy lędźwiowej na szczycie skrzywienia. Deformacja w płaszczyźnie poprzecznej obejmuje rotację, czyli obrót kręgów, co prowadzi do powstania garbu. Początkowe zmiany w skoliozach dotyczą mięśni, następnie dochodzi do zmian strukturalnych w trzonach kręgów i krążkach międzykręgowych, następnie w żebrach, co wywołuje zniekształcenie klatki piersiowej, nieprawidłowe ustawienie barków, łopatek oraz miednicy¹².

Boczne skrzywienie kręgosłupa traktuje się jako schorzenie ogólnoustrojowe, ponieważ może spowodować negatywne zmiany w układzie ruchu, układzie krążeniowo - oddechowym, w wydolności i sprawności fizycznej oraz w narządach wewnętrznych. Najczęściej wada ma charakter prawostronny oraz towarzyszy jej zmniejszenie objętości oddechowej i spadek wentylacji płuca prawego w stosunku do lewego. Skoliozy można podzielić w zależności od przyczyn na¹³:

- czynnościowe, w których możliwa jest korekcja wady i nie dochodzi do wtórnego zniekształcenia kości - najczęstszą przyczyną skolioz funkcjonalnych jest różna długość kończyn dolnych, która powoduje pochylenie tułowia w kierunku krótszej kończyny,

¹¹ Wilczyński J.: Boczne skrzywienia kręgosłupa... op. cit.

¹² Borkowska M., Gellea - Mac I.: Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL, Warszawa, 2004.

¹³ Sarwark F.J.: Skoliozy idiopatyczne. W: Pizzutillo P.D. (red), Gregosiewicz A.(red. wyd. pol.): Ortopedia dziecięca. Czelej, Lublin, 1999, 323 – 325.

jednak przy eliminacji tej różnicy można zmniejszyć zaawansowanie skrzywienia, rzadkimi przyczynami są m.in. przepuklina krążka międzykręgowego, ból w okolicy lędźwiowej, bądź guzy kości (nielezione skoliozy mogą doprowadzić do utrwalonych skrzywień strukturalnych);

- strukturalne czyli takie, których wygięcie jest utrwalone, a zmiany występują w budowie kręgosłupa lub kostnych częściach klatki piersiowej;
- idiopatyczne, których przyczyna nie jest znana - prowadzą do zmian strukturalnych w kręgosłupie; przypuszcza się, że powodem tych skolioz jest zaburzenie metabolizmu w chrząstkach wzrostowych kręgosłupa oraz więzadłach kręgosłupa, a także brak równowagi napięcia mięśni grzbietu; ten rodzaj deformacji występuje najczęściej i obejmuje bardzo liczną populację.

Ze względu na wartości kątowe skrzywienia można wyróżnić 3 typy skolioz. Skoliozy I stopnia, w których wartość kątowa wygięcia nie przekracza 30 stopni. Dochodzi do zmian w układzie mięśniowo - więzadłowym, jednak brak zmian kostnych umożliwia korekcję wady. Skoliozy II stopnia, w których wartość kątowa mieści się w przedziale 30 - 60 stopni. Powstają zmiany w kręgosłupie oraz krążkach międzykręgowych, co skutkuje powstaniem garbu żebrowego. Skoliozy III stopnia, w których kąt przekracza 60 stopni, a zmiany strukturalne są zaawansowane¹⁴.

W korekcji skolioz ważne jest zapewnienie właściwych warunków środowiskowych, naukę przyjmowania prawidłowej postawy oraz likwidację przykurczy mięśni. W postępowaniu korekcyjnym można stosować ćwiczenia symetryczne i asymetryczne, które prowadzą do wygięcia kręgosłupa w stronę przeciwną od istniejącego skrzywienia. Leczenie operacyjne jest rzadko stosowane. W przypadku skolioz leczenie operacyjne stosuje się jeśli kąt skrzywienia jest większy niż 40 stopni. W przypadku pleców okrągłych, gdy nie ma efektów leczenia za pomocą gorsetów ortopedycznych i przy bardzo dużych deformacjach także można zastosować leczenie operacyjne, jednak tego typu interwencji wymaga tylko 5% osób posiadających tę wadę¹⁵.

Wśród działań skupiających się na wczesnym wykryciu wad postawy, ich przyczynach i diagnozowaniu wyróżnia się badania bilansowe dzieci i młodzieży. Powszechne badania profilaktyczne przeprowadza się w celu wczesnego wykrycia zaburzeń rozwoju oraz określenia potrzeb zdrowotnych dziecka. Kolejnym z elementów zapobiegających występowaniu wad postawy jest aktywność fizyczna. Dzieci powinny wykonywać ćwiczenia fizyczne 5 razy

¹⁴ Borkowska M., Gellea - Mac I.: Wady postawy i stóp... op. cit.

¹⁵ Sarwark F.J.: Skoliozy idiopatyczne... op. cit.

w tygodniu przez 20 minut, a ich intensywność powinna odpowiadać częstotliwości skurczów serca, minimum 140 uderzeń na minutę. Optymalny poziom aktywności fizycznej dzieci to taki, który zabezpiecza ich potrzeby ruchowe, które do 10 roku życia wynoszą ok. 6 godzin, a u młodzieży ok. 4 godziny dziennie. Wraz z wiekiem potrzeby te maleją. Aktywność fizyczna kształtuje układ ruchowy, wzmacnia mięśnie i kości, kształtuje stawy, wpływa na utrzymanie zakresu ruchomości stawów i na układ krążenia przez powiększenie mięśnia sercowego, poprawia czynność oddechową mięśni klatki piersiowej, pomaga w redukcji tkanki tłuszczowej oraz jest niezbędna dla właściwego funkcjonowania układu nerwowego¹⁶.

W zapobieganiu wadom postawy istotną rolę pełni środowisko życia dziecka definiowane jako obiekty i siły zewnętrzne, które wpływają na organizm, zachowanie, funkcjonowanie oraz stany emocjonalne człowieka¹⁷. Oprócz zajęć fizycznych ważną rolę odgrywa stosowanie zasad ergonomii, czyli optymalnego dostosowania środowiska materialnego pracy do potrzeb fizjologicznych, psychicznych i społecznych dziecka w domu i szkole. W zapobieganiu dalszemu rozwojowi zniekształceń kręgosłupa duże znaczenie ma gimnastyka korekcyjna, która może być prowadzona zarówno na sali gimnastycznej, jak i na basenie.

2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z danymi Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), realizowanego w ramach działalności Głównego Urzędu Statystycznego populacja osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej w Polsce w 2018 r. liczyła 3 040 tys., co stanowiło 10,0% ogółu populacji osób w tym wieku objętej zakresem BAEL¹⁸. Danych dotyczących liczby orzeczeń o niepełnosprawności oraz stopniu niepełnosprawności, dotyczących osób poniżej 16. r.ż., wydanych przez powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności dostarcza nam EKSMOoN – Elektroniczny Krajowy System Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności. Zgodnie z tymi danymi na koniec I kw. 2022 r. orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. r.ż.) posiadało 288 513 osób (ok. 4,5% dzieci w Polsce), w tym upośledzenia narządu ruchu dotyczyły 26 076 dzieci (0,5%)¹⁹.

¹⁶ Nowotny J. (red): Kształcenie umiejętności ruchowych. Podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. ŚAM, Katowice, 2002.

¹⁷ Doleżych B., Łaszczycza P.: Biomedyczne postawy rozwoju z elementami higieny szkolnej. Adam Marszałek, Toruń, 2004.

¹⁸ Strategia na Rzecz osób z niepełnosprawnościami, Załącznik do uchwały nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. (poz. 218).

¹⁹ Dane SI EKSMOoN [niepełnosprawni.gov.pl; dostęp: 06.06.2022r.].

Dane w zakresie częstości występowania wad postawy są bardzo zróżnicowane, co wynika z różnego wieku badanych, różnorodnych kryteriów diagnostycznych, a także doświadczenia prowadzących badania. Nieprawidłowości w zakresie postawy ciała mogą stanowić problem już wśród noworodków i niemowląt. Badania Zespołu Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (ZPRWWR) wskazują, że występowanie wrodzonych wad rozwojowych (WWR) w zakresie układu kostno-szkieletowego zwiększyło się w okresie ostatnich dziesięciu lat i obecnie stanowią one jedną z najliczniejszych grup wśród wszystkich, stwierdzonych wrodzonych wad rozwojowych²⁰.

Zniekształcenia kręgosłupa są jednym z najczęstszych schorzeń dzieci w wieku szkolnym, szacuje się, że odsetek dzieci dotkniętych tymi nieprawidłowościami wynosi około 50% do 60% i ma tendencję narastającą^{21,22,23}. Z danych Centrum Systemów Informacji Ochrony Zdrowia (CSIOZ) sporządzonych w oparciu o sprawozdanie o działalności w POZ wynika, że zniekształcenia te wśród dzieci i młodzieży do 18 r.ż. stanowią ok. 24% schorzeń przewlekłych w tej grupie²⁴. Zmiany w elementach szkieletowych, bezpośrednio związanych z kręgosłupem (klatka piersiowa, miednica) oraz zaburzenia pozostałych odcinków narządu ruchu (kończyn dolnych i górnych) stanowią 45–55% ogółu wad postawy²⁵. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć od 10% do 15% dzieci, przy czym wyróżnia się: skoliozę (u 2–4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńczą kifozę piersiową (u 3–5% nastolatków), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (u 10–15% dzieci) oraz wady postawy. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci w Polsce ma wady postawy (szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan). Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50–60% dzieci w wieku rozwojowym i do najczęstszych przyczyn ich powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, które mogą skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu²⁶.

²⁰ Dane rejestru wad [<http://www.rejestrwad.pl/index.php>; dostęp: 01.06.2022r.].

²¹ Permoda A., Permoda A., Chudak B.: Problem występowania nieprawidłowości postawy u dzieci i młodzieży w rejonie Zielonej Góry. *Zdrowie Publiczne*, 2010, 4, 361 - 364.

²² Janiszewska R., Tuzinek S., Nowak S., Ratyńska A., Biniaszewski T.: Nieprawidłowości postawy ciała u dzieci 6-12 letnich – uczniów szkół podstawowych z Radomia – badania pilotaowe. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(3): 342-346.

²³ Kania - Gudzio T., Wiernicka M. : Ocena postawy ciała dzieci w wieku 7-15 lat na podstawie wybranej losowo szkoły podstawowej miasta Poznania. *Nowiny Lekarskie* 2002, 71, 151-159.

²⁴ Maciałczyk-Paprocka K., *Epidemiologia Wad Postawy u Dzieci i Młodzieży*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Lekarski I, praca doktorska [www.wbc.poznan.pl; dostęp: 02.06.2022].

²⁵ Kowalski I.M.: *Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa*. W: *Medycyna rodzinna*. (red.) Latkowski J. B., Lukas W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.

²⁶ Ostręga W. *Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie omawianych problemów obrazują także dane zawarte w Mapie Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), z których wynika, że w 2019 r. w ramach NFZ było rehabilitowanych 3,34 miliona pacjentów (10% pacjentów stanowiły osoby w wieku 0-17 lat, 51,9% w wieku 18-64 lata i 38,1% w wieku ≥ 65 lat). W MPZ zwrócono także uwagę, że 76,6% wszystkich rehabilitowanych pacjentów nie miało wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, 5% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 11,2% w stopniu umiarkowanym, 5,5% w stopniu znacznym oraz 1,7% stanowiły osoby z niepełnosprawnościami do 16. roku życia. Ponadto zgodnie z informacjami zawartymi w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), w 2020 r. liczba pacjentów w wieku 0-17 lat, korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w woj. mazowieckim wynosiła 893/100 tys., natomiast w powiecie żyrardowskim – 778/100 tys.²⁷

Ponadto należy podkreślić, że nieprawidłowości w postawie ciała wywołane są przede wszystkim wadliwym stylem życia, w tym głównie błędnymi nawykami ruchowymi i żywieniowymi. Na narastające wskaźniki rozpowszechnienia wad postawy niewątpliwie wpływ mają niepokojące wskaźniki w zakresie nadwagi i otyłości w populacji dzieci. Jak wykazały badania Instytutu Żywności i Żywienia problem nadwagi i otyłości dotyczy ogółem ponad 22% uczniów szkół podstawowych i gimnazjów. Województwo mazowieckie jest obszarem, gdzie otyłość wśród dzieci w wieku szkolnym osiąga najwyższe w skali kraju wskaźnik tj. ok. 32% tej populacji²⁸. Narastająca liczba dzieci z nadwagą i otyłością może w konsekwencji prowadzić do wzrostu odsetka dzieci z wadami postawy.

²⁷ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 45/2022 z dnia 12 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” (woj. mazowieckie)

²⁸ Dane Instytutu Żywności i Żywienia [www.izz.waw.pl; dostęp: 03.06.2022].

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem wad postawy lub niepełnosprawności narządu ruchu korzystają ze świadczeń gwarantowanych finansowanych przez publicznego płatnika na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych (lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka/oddziału dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa) lub stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa). Skierowanie na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych wystawia każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz POZ lub specjalista), a w ramach świadczeń gwarantowanych jednemu pacjentowi przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym, obejmującym zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu²⁹. Wśród świadczeń gwarantowanych przysługujących pacjentom z chorobami układu ruchu znajdują się także te z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element prewencji wtórnej, obejmujące uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat oraz uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat³⁰.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania pogłębianiu się problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów, dotkniętych problemem wad postawy lub niepełnosprawnością narządu ruchu, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie miasta dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych – zgodnie z danymi NFZ na rok 2022³¹ podpisano jedynie 3 umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju z podmiotami świadczącymi usługi na terenie miasta. Zgodnie z Informatorem o Terminach Leczenia czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej w Żyrardowie wynosi ok. 5 miesięcy (stan na 01.06.2022r.)³².

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych³³ – *priorytet 2: rehabilitacja*;
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025³⁴;
- Wojewódzkim Planem Transformacji dla województwa mazowieckiego³⁵: *Obszar działania 3.6. Rehabilitacja medyczna*;
- Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁶ – rekomendowane kierunki działań dla województwa mazowieckiego: „*Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie poprzez zawieranie dodatkowych umów*” w odniesieniu do fizjoterapii ambulatoryjnej.

³¹ Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl].

³² Informator o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]

³⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁵ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego

³⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zmniejszenie dolegliwości bólowych u co najmniej 40%* uczestników programu - dzieci i nastolatków z miasta Żyrardów, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2023-2025.

2. Cele szczegółowe:

1. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 60%* uczestników programu.
2. Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 60%* rodziców dzieci uczestniczących w programie.

* wartości docelowe szacowane na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze rehabilitacji leczniczej

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Odsetek pacjentów, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych w związku z otrzymanymi w programie świadczeniami (wyniki skali VAS - różnica pomiędzy wartością uzyskaną w pierwszym oraz ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie).
2. Odsetek pacjentów, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami).
3. Odsetek rodziców pacjentów, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi dla post-testów przeprowadzanych po zajęciach edukacji zdrowotnej w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed zajęciami).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców miasta Żyrardów w wieku 7-17 lat, których liczba wynosi ok. 4,57 tys. osób³⁷. Na potrzeby oszacowania populacji docelowej, bazując na danych przedstawionych w części dotyczącej epidemiologii, przyjęto, iż problem wad postawy i/lub niepełnosprawności wynikającej z dysfunkcji narządu ruchu dotyczy ok. 50% dzieci we wskazanej grupie wiekowej. Biorąc pod uwagę powyższe dane, populację docelową w mieście Żyrardów oszacowano na poziomie ok. 2,2tys. pacjentów. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy obejmie corocznie ok. 90 osób, w całym okresie realizacji – ok. 270 osób (ok. 12% populacji docelowej). Działaniami edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie dzieci zakwalifikowane do programu oraz jeden rodzic/opiekun prawny tych dzieci.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Za kwalifikację do programu odpowiedzialny będzie Realizator.

A. Dzieci

2.1. Kryteria włączenia

- zamieszkiwanie na terenie miasta Żyrardów (oświadczenie rodzica uczestnika),
- wiek 7-17 lat,
- rozpoznanie wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu (zaświadczenie od lekarza POZ/specjalisty),
- skierowanie na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty,
- pisemna zgoda rodzica na uczestnictwo dziecka w programie;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub Urząd Miasta Żyrardowa z powodu ww. problemów zdrowotnych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie rodzica uczestnika).

³⁷ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 04.06.2022r.].

B. Rodzice

2.1. Kryteria włączenia

- zamieszkiwanie na terenie miasta Żyrardów (oświadczenie rodzica),
- pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka zakwalifikowanego do programu,
- pisemna zgoda na uczestnictwo w programie;

2.2. Kryteria wyłączenia:

- brak

3. Planowane interwencje

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w Programie:

1) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ, lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty, lub określony przez fizjoterapeutę po zgłoszeniu się pacjenta do Realizatora,
- obejmujący zabiegi wskazane w tabeli I,
- zgodny z aktualnymi zaleceniami rekomendowanymi przez towarzystwa naukowe;

2) Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży biorących udział w programie, dostosowane do wieku uczestników, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,
- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, rola stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej.

3) Działania edukacyjne dla rodziców dzieci i młodzieży biorących udział w programie, obejmujące 1 spotkanie 45-minutowe w grupach max. 20-osobowych w zakresie edukacji zdrowotnej:

- prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę,

- obejmujące badanie poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych,
- o proponowanej tematyce: rola diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotność prowadzenia zdrowego trybu życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, rola stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej, korzystanie z publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów
na lata 2023-2025

Tab. I. Zabiegi mogące wchodzić w skład indywidualnego planu rehabilitacji uczestnika Programu.

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
A. Kinezyterapia	
indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	34
ćwiczenia wspomagane - minimum 15 minut	10
pionizacja	10
ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem - minimum 15 minut	8
ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem (w tym m.in. izometryczne, izotoniczne i izokinetyczne) - minimum 15 minut	8
ćwiczenia izometryczne – minimum 15 minut	8
nauka czynności lokomocji - minimum 15 minut	10
wyciągi	9
inne formy usprawniania (kinezyterapia) - minimum 15 minut	7
ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (nie więcej niż 10 pacjentów na 1 terapeutę)	1
B. Masaże	
masaż klasyczny - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	13
masaż limfatyczny ręczny - leczniczy	16
masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy	6
masaż mechaniczny (nie obejmuje urządzeń typu fotele masujące, maty masujące, itp.)	2
C. Elektrolecznictwo	
galwanizacja	2
jonoforeza	3
elektrostymulacja	4
tonoliza	3
prądy diadynamiczne	2
prądy interferencyjne	2
prądy TENS	2
prądy TRAEBERTA	2
prądy KOTZA	3
ultradźwięki miejscowe	4
ultrafonoforeza	4
D. Leczenie polem elektromagnetycznym	
impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	3
diatermia krótkofalowa, mikrofalowa	3
impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	2
E. Światłolecznictwo i termoterapia	
naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	2
laseroterapia - skaner	2
laseroterapia punktowa	3

* taryfikacja na podstawie załącznika 1m do Zarządzenia 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w programie będą realizowane w warunkach ambulatoryjnych w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym. Otrzymanie świadczeń zdrowotnych będzie możliwe po uzyskaniu zgody rodzica pacjenta na udział w programie. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy świadczenia usług w ramach programu. Kwalifikacje zawodowe osób realizujących program opisano w punkcie IV.2. Warunki organizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Dokumentacja medyczna w programie prowadzona będzie w zgodzie z przepisami o ochronie danych osobowych. Wzór karty oceny skuteczności programu określono w załączniku 1.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu rodzic pacjenta:

- otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym,
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 3), której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu,
- kończy udział dziecka w programie.

W przypadku nieukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu rodzic pacjenta:

- zostaje poinformowany o negatywnych skutkach zdrowotnych związanych z przerwaniem uczestnictwa w programie,
- zostaje poinformowany o możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Należy podkreślić, iż dopuszcza się zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie na życzenie rodzica pacjenta.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2022r.);
 - 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Zachodniopomorskiego (II-III kwartał 2022);
 - 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I-II kwartał 2023/2024/2025);
 - 4) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2023/2024/2025);
 - 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (I-II kwartał 2023/2024/2025);
- akcja informacyjna (plakaty, ulotki),
 - informacja w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (informowanie rodziców pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej),
 - informacja w podmiocie realizującym program (informowanie rodziców pacjentów przez personel medyczny; informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń oraz w formie komunikatów na stronie internetowej);
 - informacja w Urzędzie Miasta Żyrardowa (informacje opublikowane w formie plakatów na tablicy ogłoszeń, komunikatów na stronie internetowej oraz za pośrednictwem portali społecznościowych);
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne, kierowane do dzieci i nastolatków, a także ich rodziców;
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2026):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
 - 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2026).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordinatorem programu będzie Urząd Miasta Żyrardowa. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 711 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, pielęgniarki,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Realizator, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, będzie zobowiązany w trakcie postępowania konkursowego do złożenia oświadczenia, że nie będzie wykazywał w sprawozdaniach finansowych świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 702], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w kwartalnych i rocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji,
- analiza liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej (w podziale na dzieci/nastolatki i rodziców),
- odsetka osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w postaci zmniejszenia natężenia dolegliwości bólowych w związku z udziałem w programie,

Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu będzie opierała się na porównaniu wartości wskazanych wyżej mierników efektywności przed i po realizacji programu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na realizację Programu przeznaczono alokację w wysokości 52 000 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty ilościowo-cenowej, z uwzględnieniem punktów jako jednostek rozliczeniowych oraz oferowanej ceny jednostki. Oszacowania wartości maksymalnej punktu dokonano z wykorzystaniem taryfikacji fizjoterapii ambulatoryjnej oraz zabiegów fizjoterapeutycznych, określonej w załącznikach 1m Zarządzenia nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (tabela I, s. 14-15). Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono po zaokrągleniu na 2,17 zł na podstawie wartości najwyższej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna w mieście Żyrardowie tj. 1,13zł³⁸, z uwzględnieniem wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę w latach 2014-2022 tj. 78%³⁹ oraz inflacji na poziomie 13,9% (maj 2022)⁴⁰. Wzrost wynagrodzenia minimalnego obliczono w odniesieniu do roku 2014, ponieważ oczekiwana przez NFZ cena punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza jest niezmienna od czasu kontraktowania świadczeń w roku 2014.

Średnia liczba punktu za jeden zabieg spośród wykazanych w tabeli I to 6,06, w związku z czym średnia cena za zabieg oszacowana została na poziomie 13,15 zł (2,17 zł x 6,06). Po zaokrągleniu przyjęto, iż będzie to 13 zł. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano na 520 zł (10-dniowy cykl, średnio po 4 zabiegi dziennie; 40 x 13 zł).

1. Koszty jednostkowe

- 550 zł - koszt uczestnictwa w programie, w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego (520 zł) oraz działań edukacyjnych (30 zł)
- 2 000 zł - koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych)
- 500 zł - koszt monitoringu i ewaluacji

³⁸ Informator o umowach NFZ... op. cit.

³⁹ Dane GUS [stat.gov.pl] oraz informacje Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii (rok 2014: 1680zł brutto; rok 2022 – 3010zł brutto).

⁴⁰ Dane GUS [stat.gov.pl]

2. Koszty całkowite:

Tab. II. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w każdym roku realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Wartość (zł)
Akcja informacyjna	--	2000	2 000,00
Indywidualny plan rehabilitacyjny (1)	90	550	49 500,00
Monitoring i ewaluacja	--	500	500,00
Koszty programu (coroczne)			52 000,00

Tab. III. Koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Wartość (zł)
Rok 2023	52 000,00
Akcja informacyjna	2 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	49 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2024	52 000,00
Akcja informacyjna	2 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	49 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00
Rok 2025	52 000,00
Akcja informacyjna	2 000,00
Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu	49 500,00
Monitoring i ewaluacja	500,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych miasta Żyrardów. Miasto w latach 2023-2025 będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Mazowiecki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9].

Bibliografia

1. Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; dostęp: 04.06.2022r.].
2. Borkowska M., Gelleta - Mac I.: Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL, Warszawa, 2004.
3. Dane GUS [stat.gov.pl] Dane Instytutu Żywności i Żywienia [www.izz.waw.pl; dostęp: 03.06.2022].
4. Dane rejestru wad [http://www.rejestrwad.pl/index.php; dostęp: 01.06.2022r.].
5. Dane SI EKSMOoN [niepełnosprawni.gov.pl; dostęp: 06.06.2022r.].
6. Doleżych B., Łaszczyca P.: Biomedyczne postawy rozwoju z elementami higieny szkolnej. Adam Marszałek, Toruń, 2004.
7. Frick L.S.: Pojęcie prawidłowego wzrostu i rozwoju w ortopedii dziecięcej. W: Dormans P.J. (red): Ortopedia pediatria: Core Knowledge in Orthopaedis. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2009, 1 – 16.
8. Gorajewska D., Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole, Warszawa 2008.
9. i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
10. Informator o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
11. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl].
12. Janiszewska R., Tuzinek S., Nowak S., Ratyńska A., Biniaszewski T.: Nieprawidłowości postawy ciała u dzieci 6-12 letnich – uczniów szkół podstawowych z Radomia – badania pilotaowe. Probl Hig Epidemiol 2009, 90(3): 342-346.
13. Kania - Gudzio T., Wiernicka M. : Ocena postawy ciała dzieci w wieku 7-15 lat na podstawie wybranej losowo szkoły podstawowej miasta Poznania. Nowiny Lekarskie 2002, 71, 151-159.
14. Kasperczyk T. Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie. Kasper, Kraków 2001.
15. Kołodziej J., Kołodziej K., Momola I.: Postawa ciała, jej wady i korekcja. FOSZE, Rzeszów, 2004.
16. Kowalski I.M.: Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa. W: Medycyna rodzinna. (red.) Latkowski J. B.,
17. Lukas W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
18. Maciałyzyk-Paprocka K., Epidemiologia Wad Postawy u Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Lekarski I, praca doktorska [www.wbc.poznan.pl; dostęp: 02.06.2022].
19. Nowotny J. (red): Kształcenie umiejętności ruchowych. Podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. ŚAM, Katowice, 2002.
20. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

21. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego
22. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 45/2022 z dnia 12 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” (woj. mazowieckie)
23. Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu
24. Permoda A., Permoda A., Chudak B.: Problem występowania nieprawidłowości postawy u dzieci i młodzieży w rejonie Zielonej Góry. *Zdrowie Publiczne*, 2010, 4, 361 - 364.
25. Pismo Ministra Zdrowia nr MZ-ZP-D-073-8795-3/JC/07 z dnia 23.10.2007 r.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2013 poz. 931].
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2021 poz. 2144]
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. 2013 poz. 1522].
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
30. Sarwark F.J.: Skoliozy idiopatyczne. W: Pizzutillo P.D. (red), Gregosiewicz A.(red. wyd. pol.): *Ortopedia dziecięca*. Czelej, Lublin, 1999, 323 – 325.
31. Strategia na Rzecz osób z niepełnosprawnościami, Załącznik do uchwały nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. (poz. 218).
32. Wilczyński J.: *Boczne skrzywienia kręgosłupa: rozpoznanie i korekcja - cz. II. Wszechnica Świętokrzyska*, Kielce, 2001.
33. Wilczyński J.: *Korekcja wad postawy człowieka*. Anthropos, Starachowice, 2001.
34. Zeyland-Malawka E.: *Ćwiczenia korekcyjne*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego. Gdańsk, 2003.

Pierwszy Zastępca Prezydenta
Miasta Żyrardowa

Adam Lentusz

Prezydent Miasta Żyrardowa

Lucjan Krzysztof Chrzanowski

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię	 / /	
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)	
Data rozpoczęcia udziału w programie		Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data zakończenia udziału w programie		Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

B. Ocena skuteczności programu

B.1.

Miernik efektywności	Pierwszy dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Ostatni dzień udziału w programie / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Ocena nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS			

.....
(pieczęć i podpis lekarza rehabilitacji medycznej)

B.2.

Miernik efektywności	pre-test / / (dzień/miesiąc/rok)	post-test / / (dzień/miesiąc/rok)	Zmiana pozytywna w zakresie miernika (tak/nie)
Liczba wyników co najmniej dobrych tj. min. 75% poprawnych odpowiedzi			

.....
Prezydent Miasta Żyrardowa

(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Lucjan Krzysztof Chrzanowski

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miasta Żyrardowa
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu	Liczba rodziców pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie wartości wyników uzyskanych w post-teście w porównaniu do pre-testu

....., dnia

(miejsowość)

(data)

Prezydent Miasta Żyrardowa

..... ~~Luejan Krzysztof Chrzanowski~~

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Pierwszy Zastępca Prezydenta
Miasta Żyrardowa

Adam Jamiesz

29/30

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – rodzica uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena świadczeń fizjoterapeutycznych

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i zyczliwość fizjoterapeutów?					
poszanowanie prywatności podczas wykonywania zabiegów?					
staranność wykonywania zabiegów?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie: