

UCHWAŁA Nr
RADY MIASTA ŻYRARDOWA
z dnia grudnia 2025 r.
w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej
dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”

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 2025 r., poz. 1153 i 1436) 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 2025, poz. 1461) uchwala się, co następuje:

§ 1.

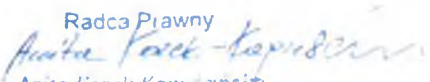
Przyjmuje się „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Żyrardowa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Radca Prawny

Anita Kozek-Kapusińska

Z up. Prezydenta Miasta Żyrardowa


Adam Lemieś
Pierwszy Zastępca Prezydenta Miasta Żyrardowa

DYREKTOR WYDZIAŁU
Zdrowia i Spraw Społecznych

Barbara Smolarek

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2025 r., poz. 1153) 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 2025, poz. 1461), 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 Strategią Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r., założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, Mapami Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026, Wojewódzkim planem transformacji dla województwa mazowieckiego na lata 2022-2026. Program został pozytywnie zaopiniowany przez Wojewodę Mazowieckiego oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Na realizację programu w 2026 roku Miasto otrzymało dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 37% kosztów programu, które zostały oszacowane na 54 620,00 zł rocznie.

W związku z powyższym należy przyjąć uchwałę jak w sentencji.

Z up. Prezydenta Miasta Żyrardowa

Adam Lemieś
Pierwszy Zastępca Prezydenta Miasta Żyrardowa

DYREKTOR WYDZIAŁU
Zdrowia i Spraw Społecznych

Barbara Smolarek



Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.]

Żyrardów, 2025

Z up. Prezydenta Miasta Żyrardowa

Adam Lemiech

Pierwszy Zastępca Prezydenta Miasta Żyrardowa

**DYREKTOR WYDZIAŁU
Zdrowia i Spraw Społecznych**

Barbara Smolarek

**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów
na lata 2026-2028**

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście
Żyrardów na lata 2026-2028

Okres realizacji programu: 2026-2028

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

Kontynuacja/trwałość programu:

Program polityki zdrowotnej w zmodyfikowanej formie stanowi kontynuację programu
realizowanego w latach 2023-2025.

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Żyrardowa

ul. Limanowskiego 44

96-300 Żyrardów

Tel. 46 88 00 800

e-mail: wydzial.zps@zyrardow.pl

Data opracowania programu: czerwiec 2025

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:	13
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	16
1. Cel główny	16
2. Cele szczegółowe	16
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	17
1. Populacja docelowa	17
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	17
3. Planowane interwencje	18
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	24
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszty jednostkowe	25
2. Koszty całkowite:	25
3. Źródło finansowania	26
Bibliografia	27
Załączniki	27

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, wyzwać 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 Orthopaedics. 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. Anthropolos, Starachowice, 2001.

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

głowy, asymetrię barków, wadliwe ułożenie i odstawianie 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 odstawianiem 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, zesztywniające 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-wolicjonalną (związek napięcia mięśni z emocjami), kostno-stawową (prawidłowa ruchomość

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.

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 odstawianiem 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).

Wada, przy której występuje przesadne spłaszczenie fizjologicznych wygięć kręgosłupa zwie się plecami płaskimi. Charakterystyczne cechy tego zaburzenia to płaska

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

¹⁰ Ibidem.

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 korekcy. 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, jednak przy eliminacji tej różnicy można zmniejszyć zaawansowanie skrzywienia, rzadkimi przyczynami są m.in. przepuklina krążka międzykręgowego, ból w okolicy

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

¹² Borkowska M., Gellera - 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.

lędźwiowej, bądź guzy kości (nielezione skoliozy mogą doprowadzić do utrwalonych skrzywień strukturalnych);

- strukturalne czyli takie, których wygięcie jest utrwalone, a zmiany występują w budowie kręgow 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 kręgow oraz więzadłach kręgosłupa, a także brak równowagi napięcia mięśni grzbietu; ten rodzaj deformacji występuje najczęściej i obejmuje bardzo liczną populację.

Ze względu na wartości katowe skrzywienia można wyróżnić 3 typy skolioz. Skoliozy I stopnia, w których wartość katowa wygięć nie przekracza 30 stopni. Dochodzi do zmian w układzie mięśniowo - więzadłowym, jednak brak zmian kostnych umożliwia korekcję wady. Skoliozy II stopnia, w których wartość katowa mieści się w przedziale 30 - 60 stopni. Powstają zmiany w kręgach 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 w tygodniu przez 20 minut, a ich intensywność powinna odpowiadać częstości skurczów serca, minimum 140 uderzeń na minutę. Optymalny poziom aktywności fizycznej dzieci to taki, który

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

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

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

W 2023 r. 27% ludności Unii Europejskiej w wieku powyżej 16 lat miało jakąś formę niepełnosprawności. Zgodnie z szacunkami Eurostatu oznacza to 101 mln osób lub 1 osobę dorosłą na 4 w UE. Najwyższy odsetek osób z niepełnosprawnościami odnotowano na Łotwie (40,7%) oraz w Danii (36,7%). W Polsce było to 24,4%¹⁸. Zgodnie z najnowszymi publikowanymi danymi GUS w grudniu 2023 r. w Polsce było 4 006,4 tys. osób, które posiadały ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niezdolności do pracy wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Populacja w wieku 19 lat i mniej stanowiła 7,9% tej grupy (294,4 tys. osób). Przyczyną niepełnosprawności w zdecydowanej większości było upośledzenie narządu ruchu (43,4% ogółu). W przeliczeniu na 1 tys. ludności najwięcej osób z niepełnosprawnościami mieszkało w województwie lubuskim (165), a najmniej w województwie mazowieckim (75). Wskaźnik ten w Żyrardowie wyniósł 128/1 tys. ludności, był zatem wyższy od średniej dla kraju (112,2/1 tys. ludności)¹⁹.

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

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

¹⁸ Niepełnosprawność w UE: fakty i liczby, Rada Europejska, www.consilium.europa.eu [dostęp: 02.06.2025 r.].

¹⁹ Osoby niepełnosprawne w 2023 r., GUS, stat.gov.pl [dostęp: 02.06.2025 r.].

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 piętnastu 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 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.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie omawianych problemów obrazują także dane zawarte w Mapie Potrzeb Zdrowotnych²⁷, z których wynika, że w 2023 r. w ramach NFZ było

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

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., Biniarszewski T.: Nieprawidłowości postawy ciała u dzieci 6-12 letnich – uczniów szkół podstawowych z Radomia – badania pilotażowe. *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., Łukas 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.

²⁷ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

rehabilitowanych prawie 3,5 miliona pacjentów. Pacjenci w wieku 0-17 lat stanowili 10,6% tej grupy (371,7 tys. osób). Wskaźnik chorobowości osób <18 r. ż. w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2023 w Polsce 690/100 tys. mieszkańców. W województwie mazowieckim wskaźnik ten był o 1,2% wyższy (798/100 tys.), natomiast na terenie powiatu żyrardowskiego osiągnął wartość niższą od wojewódzkiej (719/100 tys.). W analizowanym okresie osobom <18 r. ż. udzielono w Polsce ponad 203,4 tys. rehabilitacyjnych porad lekarskich (541/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim było to ponad 35,2 tys. porad (639/100 tys.; 14 miejsce w kraju), a w powiecie żyrardowskim – 436 (580/100 tys.). Ponadto w populacji z analizowanej grupy wiekowej zrealizowano w Polsce ponad 295,1 tys. wizyt fizjoterapeutycznych (784/100 tys. mieszkańców). W województwie mazowieckim było to ponad 40,4 tys. wizyt (734/100 tys.; 10 miejsce w kraju), a w powiecie żyrardowskim – 932 wizyty (1 240/100 tys.). W 2023 roku w populacji <18 r. ż. wykonano w Polsce ponad 9,9 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (26 547/100 tys. mieszkańców), w województwie mazowieckim ponad 1,2 mln (22 710/100 tys.; 10 miejsce w kraju), w powiecie żyrardowskim – ponad 15,8 tys. (21/100 tys. – jest to wynik znacznie niższy niż ten dla kraju i województwa mazowieckiego). Przedstawione powyżej dane wyraźnie mogą wskazywać na wysokie zapotrzebowanie na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży na terenie powiatu żyrardowskiego, w tym także miasta Żyrardowa.

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. Według danych publikowanych przez Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej w Polsce problem nadwagi i otyłości dotyczy około 10% małych dzieci (1-3 lata), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i niemal 22% młodzieży do 15 roku życia²⁸. Według danych publikowanych przez samorząd województwa mazowieckiego w szkołach na terenie Mazowsza z nadwagą i otyłością boryka się łącznie 19,8% uczniów. W szkołach podstawowych nadwaga dotyczy 10,4% uczniów, otyłość – 9,4%. Dla szkół ponadpodstawowych są to odpowiednio następujące

²⁸ Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży [<https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/nadwaga-i-otylosc-wsrod-dzieci-i-mlodziezy/>].

wartości – 12,5% oraz 7,3%²⁹. Narastająca liczba dzieci z nadwagą i otyłością może w konsekwencji prowadzić do wzrostu odsetka dzieci z wadami postawy.

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 masażu³⁰. 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 lat³¹.

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 2026-2028 zaplanowano w odpowiedzi na niewystarczającą na terenie miasta dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych dla osób przed 16 r. ż. – zgodnie z danymi NFZ na rok

²⁹ Otyłość i nadwaga – problem co piątego dziecka na Mazowszu! Informacje prasowe samorządu województwa mazowieckiego [https://mazovia.pl/pl/dla_mediow/informacje_prasowe/otylosc-i-nadwaga--problem-co-piatego-dziecka-na-mazowszu.html].

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.].

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 529].

2025³² podpisano jedynie 2 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 dla pacjentów poniżej 16 r.ż. w Żyrardowie wynosi ponad 14 miesięcy (430 dni wg stanu na 06.06.2025 r.)³³. Sytuacja w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej nie uległa poprawie w stosunku do roku 2022, kiedy opracowano Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025. Umowy na realizację świadczeń w omawianym rodzaju mają nadal te same podmioty na terenie miasta, przy czym o 61% zmniejszyła się kwota kontraktów na te świadczenia (z 6,7 mln zł do 2,6 mln zł)³⁴. Dodatkowo świadczenia rehabilitacyjne są realizowane przez podmiot posiadający 2 lokalizacje, w tym jedną poza Żyrardowem, jednak nie jest znany podział kontraktu między te lokalizacje. Należy w tym miejscu także podkreślić, że realizacja PPZ w obszarze poprawy dostępności do rehabilitacji leczniczej w populacji dzieci i młodzieży cieszy się bardzo dużą popularnością. Coroczna pula miejsc w programie wyczerpuje się już z początkiem każdego kolejnego roku.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁵: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁶: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁷: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego: „Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie

³² Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl], dostęp 13.05.2025 r.

³³ Informator o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].

³⁴ Informator o umowach NFZ... op. cit.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

poprzez zawieranie dodatkowych umów ze szczególnym uwzględnieniem powiatów, w których takie świadczenie nie jest dostępne”.

4. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa mazowieckiego³⁸: Obszar działania
3.6. Rehabilitacja medyczna;

³⁸ Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Uzyskanie poprawy stanu funkcjonalnego w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne układu ruchu, u co najmniej 20%* 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 miasta w latach 2026-2028.

2. Cele szczegółowe

- 1) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 60%* dzieci uczestniczących w programie.
- 2) Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu 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 przyjęto na podstawie doświadczeń w realizacji poprzedniej edycji programu polityki zdrowotnej, a także rekomendacją eksperta

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu (Wyniki testów funkcjonalnych - różnica pomiędzy wynikiem uzyskanym na pierwszej wizycie oraz ostatniej wizycie)
Szczegółowy 1	Odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
Szczegółowy 2	Odsetek rodziców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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. 6,78 tys. osób³⁹. 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. 3,4 tys. pacjentów. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi miasta obejmie corocznie ok. 60 osób, w całym okresie realizacji – ok. 180 osób (ok. 5,3% 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 od ukończonych 7 lat do ukończenia 18 lat
- rozpoznanie wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu (zaświadczenie od lekarza POZ/specjalisty lub skierowanie na rehabilitację w związku z wadą postawy/niepełnosprawnością narządu ruchu),
- 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).

³⁹ Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl; stan na 2024 r., dostęp: 06.06.2025r.].

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

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miasta Żyrardowa (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Kompleksowa rehabilitacja uczestników programu

Dla każdego uczestnika zaplanowano następującą ścieżkę udziału w programie:

1) Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa:

- mająca na celu zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego na podstawie lekarskiego rozpoznania wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub dokumentacji medycznej dostarczonej przez pacjenta lub skierowania od lekarza POZ/specjalisty oraz badania fizjoterapeutycznego,
- uwzględniająca fizjoterapeutę testów funkcjonalnych spośród rekomendowanych do stosowania w praktyce fizjoterapeutycznej przez Krajową Radę Fizjoterapeutów;

2) Indywidualny plan rehabilitacyjny:

- określony z uwzględnieniem rodzajów i liczby oraz częstotliwości zabiegów wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu,

- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie punktów 365⁴⁰ (+/- 5pkt.) na cały cykl rehabilitacyjny, w przypadkach szczególnych nie więcej niż 418 punktów⁴¹,
 - zgodny z aktualnymi zaleceniami rekomendowanymi przez towarzystwa naukowe;
- 3) 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 (wzór – załącznik 4),
 - 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;
- 4) 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.
- 4) Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa:
- realizowana w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie,
 - uwzględniająca ponowną ocenę funkcji układu ruchu poprzez zastosowanie wybranych przez realizatora testów funkcjonalnych.

⁴⁰ Na podstawie danych z realizacji programu w latach 2023-2025.

⁴¹ Z uwzględnieniem przypadków dodatkowego zabiegu fizykoterapii na każdy dzień rehabilitacji.

Realizator jest zobowiązany do przekazania pacjentowi w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń ankietę satysfakcji pacjenta – uczestnika (załącznik 3).

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

Fizjoterapia ambulatoryjna (zabiegi fizjoterapeutyczne)	Liczba punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty 1:1	36,49
Zabiegi kinezyterapii	8,55
Ćwiczenia grupowe ogólnoustrojowe	3,21
Zabiegi fizykalne	5,27
Zabieg masażu	18,25
Zabiegi realizowane z wykorzystaniem wody	10,24

* taryfikacja na podstawie Załącznika nr 1 do zarządzenia nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2020 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 (z późn. zm.).

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy PPZ wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Mazowieckiego (III kwartał 2025 r.);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej (III-IV kwartał 2025 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (III-IV kwartał 2025);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2025);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2028);
 - 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);
 - wizyty fizjoterapeutyczne początkowe,
 - indywidualne plany rehabilitacji,
 - działania edukacyjne, kierowane do dzieci i nastolatków, a także ich rodziców;
 - wizyty fizjoterapeutyczne końcowe,
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2029):
 - 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 2029).

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

Koordynatorem 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. 2025 poz. 450],
- 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 [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 ze zm.],
- 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. 2024 poz. 581], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 305 ze zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

Podmiot udzielający świadczeń w programie zobowiązany jest do stosowania przepisów ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością nagle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U z 2024 r. poz. 1802 ze zm.).

Podmiot udzielający świadczeń w programie zobowiązany jest do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Dostępność musi być zapewniona co najmniej w minimalnym wymiarze, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024, poz. 1411 ze zm.). Dotyczy to także stron internetowych i aplikacji jakie będą wykorzystane do realizacji zadania, które spełniają wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023, poz. 1440). W indywidualnym przypadku, jeżeli organizacja lub podmiot zrównany nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w art. 6 ustawy o dostępności, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny. Rekomenduje się opisanie w składanej ofercie realizacji zadania publicznego w jaki sposób zostanie zapewniona dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami w wymiarze architektonicznym, cyfrowym i informacyjno-komunikacyjnym, a także ewentualnie dostęp alternatywny.

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 zakwalifikowanych do programu,
- analiza liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- analiza liczby dzieci uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej,
- analiza liczby rodziców 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 stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu,
- odsetka dzieci, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.
- odsetka rodziców, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

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 54 620 zł rocznie. Potencjalni Realizatorzy biorący udział w konkursie będą zobowiązani do złożenia oferty cenowej w odniesieniu do 1 punktu rozliczeniowego za świadczenia. Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 825 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz danych z realizacji programu w latach 2023-2025. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,03 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w Żyrardowie (3 podmioty), tj. 1,62 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 25%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano po zaokrągleniu na 740 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego ok. 365 punktów ($365 \text{ pkt.} \times 2,03 \text{ zł} = 740,95 \text{ zł}$), stanowiących sumę punktów poszczególnych zabiegów z tabeli II. Z danych z realizacji programu w latach 2023-2025 wynika, że 100% pacjentów miało udzielone świadczenie scharakteryzowane procedurą: indywidualna praca z pacjentem, w przeciętnej liczbie 10. W pojedynczych przypadkach stosowane były dodatkowo zabiegi fizykoterapeutyczne. W związku z powyższym przykładowy plan rehabilitacyjny może obejmować 10 zabiegów realizowanych z bezpośrednim

zaangażowaniem fizjoterapeuty (10 x 36,49 pkt. = 364,9 pkt.). Biorąc pod uwagę ceny rynkowe oraz doświadczenia z realizacji poprzedniej edycji programu koszt wizyt fizjoterapeutycznych oszacowano na 53,5 zł, natomiast działań edukacyjnych – na 30 zł.

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	53,50
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	740,00
3. Działania edukacyjne (dziecko + rodzic/opiekun prawny)	30,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	53,50

2. Koszty całkowite:

Tab. IV. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	180	53,50	9 630,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	180	740,00	133 200,00
3. Działania edukacyjne (dziecko + rodzic/opiekun prawny)	180	30,00	5 400,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	180	53,50	9 630,00
5. Akcja informacyjna	--	3 000,00	3 000,00
6. Monitoring i ewaluacja	--	3 000,00	3 000,00
Razem			163 860,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji.

Rodzaj kosztu	Liczba osób	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	60	53,50	3 210,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	60	740,00	44 400,00
3. Działania edukacyjne	60	30,00	1 800,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	60	53,50	3 210,00
5. Akcja informacyjna	--	1 000,00	1 000,00
6. Monitoring i ewaluacja	--	1 000,00	1 000,00
Razem w roku 2026			54 620,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	60	53,50	3 210,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	60	740,00	44 400,00

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów
na lata 2026-2028

3. Działania edukacyjne	60	30,00	1 800,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	60	53,50	3 210,00
5. Akcja informacyjna	--	1 000,00	1 000,00
6. Monitoring i ewaluacja	--	1 000,00	1 000,00
Razem w roku 2027			54 620,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	60	53,50	3 210,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	60	740,00	44 400,00
3. Działania edukacyjne	60	30,00	1 800,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	60	53,50	3 210,00
5. Akcja informacyjna	--	1 000,00	1 000,00
6. Monitoring i ewaluacja	--	1 000,00	1 000,00
Razem w roku 2028			54 620,00
Razem w latach 2026-2028			163 860,00

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych miasta Żyrardów. Miasto w latach 2026-2028 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. 2024 poz. 146 ze 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; stan na 2024 r., dostęp: 06.06.2025r.].
2. Borkowska M., Gellea - Mac I.: Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL, Warszawa, 2004.
3. Dane rejestru wad [http://www.rejestrwad.pl/index.php; dostęp: 01.06.2022 r.].
4. Doleżych B., Łaszczyca P.: Biomedyczne postawy rozwoju z elementami higieny szkolnej. Adam Marszałek, Toruń, 2004.
5. Frick L.S.: Pojęcie prawidłowego wzrostu i rozwoju w ortopedii dziecięcej. W: Dormans P.J. (red): Ortopedia pediatria: Core Knowledge in Orthopaedics. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2009, 1 – 16.
6. Gorajewska D., Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole, Warszawa 2008.
7. Informator o terminach leczenia [terminyleczenia.nfz.gov.pl].
8. Informator o umowach NFZ [aplikacje.nfz.gov.pl], dostęp 13.05.2025 r.
9. Janiszewska R., Tuzinek S., Nowak S., Ratynska 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.
10. 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.
11. Kasperczyk T. Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie. Kasper, Kraków 2001.
12. Kołodziej J., Kołodziej K., Momola I.: Postawa ciała, jej wady i korekcja. FOSZE, Rzeszów, 2004.
13. Kowalski I.M.: Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa. W: Medycyna rodzinna. (red.) Latkowski J. B.,
14. Lukas W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
15. 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].
16. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026).
17. Niepełnosprawność w UE: fakty i liczby, Rada Europejska, www.consilium.europa.eu [dostęp: 02.06.2025 r.].
18. Nowotny J. (red): Kształcenie umiejętności ruchowych. Podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. SAM, Katowice, 2002.
19. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
20. Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego.
21. Osoby niepełnosprawne w 2023 r., GUS, stat.gov.pl [dostęp: 02.06.2025 r.].
22. Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
23. Otyłość i nadwaga – problem co piątego dziecka na Mazowszu! Informacje prasowe samorządu województwa mazowieckiego [https://mazovia.pl/pl/dla_mediow/informacje_prasowe/otylosc-i-nadwaga--problem-co-piatego-dziecka-na-mazowszu.html].
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 [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 529].
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.].
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

29. Sarwark F.J.: Skoliozy idiopatyczne. W: Pizzutillo P.D. (red), Gregosiewicz A.(red. wyd. pol.): Ortopedia dziecięca. Czelej, Lublin, 1999, 323 – 325.
30. Taraszewska A., Nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży [<https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/nadwaga-i-otylosc-wsrod-dzieci-i-mlodziezy/>].
31. Wilczyński J.: Boczne skrzywienia kręgosłupa: rozpoznanie i korekcja - cz. II. Wszechnica Świętokrzyska, Kielce, 2001.
32. Wilczyński J.: Korekcja wad postawy człowieka. Anthropos, Starachowice, 2001.
33. Zeyland-Malawka E.: Ćwiczenia korekcyjne. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego. Gdańsk, 2003.

Załączniki

Załącznik I

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”

A. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia	
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)	
Nr PESEL*			
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)
Wynik testu funkcjonalnego w zakresie oceny funkcjonowania układu ruchu			

.....

(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)
ocena wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu - uczestnik			
ocena wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu – rodzic/opiekun			

.....

(pieczęć i podpis osoby realizującej działania edukacyjne)

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie	
liczba dzieci uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej	
liczba rodziców uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji	
liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów, np.: wyczerpanie puli miejsc w programie, niespełnienie kryteriów kwalifikacji)	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja*	
odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu	
odsetek dzieci, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.	
odsetek rodziców, u których w teście funkcjonalnym wykonanym na ostatniej wizycie w ramach terapii neurologopedycznej odnotowano poprawę w zakresie sprawności aparatu artykulacyjnego, oddechowego i fonacyjnego, w porównaniu do wyników testu na pierwszej wizycie.	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – rodzica uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028”

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 życzliwość 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:

Załącznik 4

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2026-2028” (wzór)

1. Który składnik diety ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?
A) Witamina C
B) Błonnik
C) Wapń
D) Magnez
2. Jak często należy robić przerwy od siedzenia podczas spędzania czasu przy komputerze?
A) Co 2 godziny
B) Tylko po zakończeniu pracy
C) Co 30–60 minut
D) Raz dziennie
3. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu?
A) Nie ma związku między stresem a układem ruchu
B) Stres działa korzystnie – motywuje do ćwiczeń
C) Może nasilać napięcia mięśniowe i dolegliwości bólowe
D) Obniża poziom kortyzolu, co łagodzi objawy
4. Co oznacza zasada „neutralnej pozycji kręgosłupa” w kontekście utrzymywania prawidłowej postawy ciała w trakcie całego dnia?
A) Utrzymanie lekkiego garbu w odcinku piersiowym
B) Zachowanie naturalnych krzywizn kręgosłupa bez ich pogłębiania ani prostowania
C) Trzymanie kręgosłupa sztywno i prosto przez cały dzień
D) Utrzymywanie lekkiego skrzywienia tułowia podczas siedzenia
5. Dlaczego aktywność fizyczna jest ważna w profilaktyce urazów?
A) Zmniejsza masę ciała, co chroni przed złamaniami
B) Poprawia siłę mięśni, równowagę i koordynację
C) Poprawia samopoczucie, co wpływa na uważność
D) Zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi
6. Co warto zrobić przed lekcją WF-u lub treningiem, aby uniknąć kontuzji?
A) Od razu zacząć biegać najszybciej jak się da
B) Położyć się i odpocząć
C) Wykonać rozgrzewkę całego ciała
D) Wypić dużo wody

7. Co może pomóc w utrzymaniu zdrowego kręgosłupa?

- A) Noszenie bardzo ciężkiego plecaka na jednym ramieniu
- B) Spanie na bardzo miękkim łóżku
- C) Ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha i pleców
- D) Długie siedzenie przed ekranem

8. Co to jest „wada postawy”?

- A) Chwilowe skrzywienie łopatek
- B) Uraz głowy
- C) Trwałe niewłaściwe ustawienie kręgosłupa i sylwetki
- D) Choroba wirusowa

9. Dlaczego warto nosić ochraniacze na rolkach lub deskorolce?

- A) Żeby wyglądać modnie
- B) Żeby się mniej spocić
- C) Żeby chronić stawy i kości przed urazami
- D) Bo są wymagane przez nauczyciela

10. Jaka pozycja siedzenia przy biurku jest prawidłowa?

- A) Zgarbione plecy i głowa blisko monitora
- B) Siedzenie bokiem do biurka
- C) Plecy wyprostowane, stopy oparte o podłogę
- D) Siedzenie na jednym pośladku

Z up. Prezydenta Miasta Żyrardowa

Adam Lencies
Pierwszy Zastępca Prezydenta Miasta Żyrardowa