

Projekt

z dnia 13 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ WODZISŁAWIA ŚLĄSKIEGO**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 08 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 6, art. 7 ust. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

**Rada Miejska Wodzisławia Śląskiego
uchwała, co następuje:**

§ 1.

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Wodzisławia Śląskiego.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



Miasto Wodzisław Śląski

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji lecniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Wodzisław Śląski, 2025

Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032

Okres realizacji programu: 2026-2032

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Program polityki zdrowotnej w zmodyfikowanej formie stanowi częściową kontynuację działań realizowanych w latach 2012-2025.

Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Wodzisławia Śląskiego
ul. Bogumińska 4B
44-300 Wodzisław Śląski
Tel. 32 459 04 60
e-mail: kancelaria@wodzislaw-slaski.pl

Data opracowania programu: grudzień 2025

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	13
3. Opis obecnego postępowania	15
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	16
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	19
1. Cel główny	19
2. Cele szczegółowe	19
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	19
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	20
1. Populacja docelowa	20
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	20
3. Planowane interwencje	22
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	24
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania..	25
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	25
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	28
1. Monitorowanie.....	28
2. Ewaluacja.....	28
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	29
1. Koszty jednostkowe	29
2. Koszty całkowite:.....	30
3. Źródło finansowania	31
Bibliografia.....	33
Załączniki.....	33

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. Istotnym problemem u małych dzieci pozostaje także obniżone napięcie mięśniowe, będące często przyczyną występowania wad postawy.

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.

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

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 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 wewnętrznych. 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 postawy³.

Prawidłowa postawa ciała to zabezpieczenie organizmu człowieka przed niekorzystnym wpływem środowiska zewnętrznego, co znacząco wpływa na utrzymanie zdrowia. Zależy ona od właściwie rozwiniętego układu kostno-więzadłowego, a także od wydolnego i prawidłowo zbudowanego układu mięśniowego oraz od sprawnie reagującego układu nerwowego. W płaszczyźnie czołowej prawidłowej postawy podczas oglądania z przodu, pion przebiegać powinien przez następujące punkty: środek brody, wcięcie jarzmowe i wyrostek mieczykowaty mostka, kresę białą oraz spojenie łonowe, a także przez środek odległości między kłykciami przyśrodkowymi kości udowych i środek odległości pomiędzy kostkami przyśrodkowymi. W płaszczyźnie czołowej w postawie prawidłowej podczas oglądania z tyłu pion przebiegać powinien przez następujące punkty: zewnętrzną guzowatość potyliczną, wyrostki kolczyste wszystkich kręków, a także przez środek odległości

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.

³ Kasperczyk T. Wady postawy ciała - diagnostyka i leczenie. Kraków: Kasper; 2004.

między kłykcami przyśrodkowymi kości udowych i środek odległości między kostkami przyśrodkowymi⁴.

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 głowy, asymetrię barków, wadliwe ułożenie i odstawianie łopatek. 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 dolnych⁵.

Wady postawy w płaszczyźnie strzałkowej charakteryzują się pogłębieniem bądź zmniejszeniem fizjologicznych krzywizn kręgosłupa⁶. 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 okrągłych⁷.

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

⁴ Szczepanik M, Walak J, Stępień E, Woszczak M, Woszczak M. Ocena wad postawy jako test przesiewowy dla dzieci zagrożonych skoliozą. Stud Med. 2012;26:31-7.

⁵ Zalewska A., Średzińska K., Kułak W., Postawa ciała a siła mięśniowa u dzieci w wieku szkolnym, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021.

⁶ Kasperczyk T.: Wady postawy ciała... op. cit.

⁷ Ibidem.

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, 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 głowy⁸.

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 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 postawy. 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 wady⁹.

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

⁸ Zalewska A., Średzińska K., Kułak W., Postawa ciała... op. cit.

⁹ Owczarek S. Atlas ćwiczeń korekcyjnych. Warszawa: WSiP; 2005.

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)¹¹.

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 lędźwiowej¹².

¹⁰ Kasperczyk T.: Wady postawy ciała... op. cit.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

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 miednicy¹³.

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 na¹⁴:

- 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 lędźwiowej, bądź guzy kości (nielezione skoliozy mogą doprowadzić do utrwalonych skrzywień strukturalnych);
- strukturalne czyli takie, których wygięcie jest utrwalone, a zmiany występują w budowie kręgów 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 kręgów oraz więzadłach kręgosłupa, a także brak równowagi napięcia mięśni grzbietu; ten rodzaj deformacji występuje najczęściej i obejmuje bardzo liczną populację.

Ze względu na wartości kątowne skrzywienia można wyróżnić 3 typy skolioz. Skoliozy I stopnia, w których wartość kątowa wygięć nie przekracza 30 stopni.

¹³ Borkowska M., Gelleta - Mac I.: Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL, Warszawa, 2004.

¹⁴ Kasperczyk T.: Wady postawy ciała... op. cit.

Dochodzi do zmian w układzie mięśniowo - więzadłowym, jednak brak zmian kostnych umożliwia korekcję wady. Skoliozy II stopnia, w których wartość kąta 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 zaawansowane¹⁵.

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 wadę¹⁶.

Poważnym problemem w populacji dzieci i młodzieży są także wady kończyn dolnych, takie jak np. płaskostopie, kolana koślawe i kolana szpotawe. Kształtowanie się kończyn dolnych, tak jak i całej sylwetki dziecka, przebiega etapowo, a poszczególne okresy życia charakteryzują się zmiennym ustawieniem osi kończyn. Ukształtowanie stopy (postawa stopy) ma istotny wpływ na sylwetkę człowieka, ponieważ stopa jako narząd podporowy decyduje o postawie ciała w pozycji stojącej. Płaskostopie fizjologiczne występuje u dzieci do 6 r.ż. jako efekt obniżenia łuków podłużnego i poprzecznego stopy na skutek niewydolności mięśni wysklepiających stopę. Płaskostopie może być elastyczne lub utrwalone. Częstość występowania płaskostopia koreluje dodatnio z otyłością, płcią męską i odwrotnie z wiekiem dziecka. Nieprawidłowe ukształtowanie stopy wpływa na ustawienie stawów kolanowych, biodrowych i kręgosłupa¹⁷.

Kolana koślawe, zgodnie z ortopedyczną definicją tej wady postawy, występują, gdy przy złączonych i wyprostowanych kończynach dolnych, między kostkami przyśrodkowymi podudzi, odstęp wynosi minimum 8-10 cm. W gimnastyce

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Zalewska A., Średzińska K., Kułak W., Postawa ciała... op. cit.

¹⁷ Gołębiowska-Sosnowska J. i wsp., Częstość występowania wad rozwojowych kończyn dolnych u dzieci w wybranych przedszkolach aglomeracji łódzkiej, *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2019; 6(6); Vol. 21, 443-450.

korekcyjnej, o kolanach koślawych mówi się, gdy przy złączonych i wyprostowanych kończynach dolnych, między kostkami przyśrodkowymi podudzi, odstęp wynosi minimum 4-5 cm. W wadzie charakterystyczne jest to, że oś uda i podudzia tworzą kąt otwarty. Podczas całego procesu rozwoju dziecka, po pionizacji i pierwszych samodzielnych krokach, znacznym przeciążeniom poddawane są kończyny dolne. Obserwowana w tym czasie koślawość kolan jest zjawiskiem fizjologicznym. Ulega ona stopniowemu zmniejszaniu aż do ok. 7 roku życia, kiedy osiąga poziom podobny do osób dorosłych (kobiety – ok. 8°, mężczyźni – ok. 7°). Koślawość kolan może mieć wiele przyczyn. Wyróżnia się koślawość: wrodzoną, idiopatyczną, porażenną, pozapalną, pokrzywiczą, pourazową, samoistną, statyczną¹⁸.

Z kolei kolana szpotawe są wadą postawy, w której obserwuje się kąt otwarty do wewnątrz tworzony przez oś podudzia i oś uda oraz charakterystyczną odległość pomiędzy kolanami przy wyprostowanych i złączonych kończynach dolnych, która wynosi ok. 4-5 cm. Kolana szpotawe jako odchylenie fizjologiczne obserwuje się między 1 a 3 rokiem życia. Natomiast, gdy ujawnią się u dziecka w wieku szkolnym – zawsze wymagają korekcji. Pojawienie się kolan szpotawych może mieć wiele przyczyn, najczęściej wymienia się: za wczesną pionizację i rozpoczęcie chodzenia przez dziecko, nadwagę, krzywicę, częste ustawienie kończyn dolnych w siadzie skrzyżnym¹⁹.

Kolejnym istotnym problemem zdrowotnym, szczególnie w populacji noworodków, niemowląt i małych dzieci, pozostaje obniżone napięcie mięśniowe. Problem ten spotykany jest m. in. we wczesnych okresach rozwojowych, tj. w pierwszych tygodniach i miesiącach życia. Wynika to z faktu, że może ono być postacią przejściową w przypadku uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (postać pozapiramidowa, mózdkowa, spastyczna). W przypadku hipotonii, wynikającej z uszkodzenia łuku odruchowego, mamy do czynienia z obniżonym napięciem mięśniowym na jednostajnym poziomie. Obniżone napięcie mięśniowe możemy obserwować w przebiegu niektórych zespołów genetycznych oraz w przebiegu neurologicznych jednostek chorobowych. Wśród cech charakterystycznych dla motoryki ciała dziecka z obniżonym napięciem mięśniowym zwraca się uwagę na trudności w utrzymaniu prawidłowej pozycji ciała i skłonność do przyjmowania pozycji nieprawidłowych. Kolejnymi cechami są: zmniejszony opór

¹⁸ Wilczyński J. Korekcja wad postawy człowieka. Starachowice: Anthropos; 2005.

¹⁹ Ibidem.

w stawach podczas wykonywania ruchów biernych oraz zwiększony zakres ruchów w stawach²⁰. Prawidłowe parametry napięcia posturalnego warunkują rozwój postawy prawidłowej, natomiast wszelkie stany obniżonego napięcia posturalnego aktywizują mechanizmy kompensacyjne (wzmoczone napięcie w częściach dystalnych, poszerzona płaszczyzna podparcia), co prowadzi do powstania różnego rodzaju wad postawy ciała. Niemowlęta z obniżonym napięciem mięśniowym powinny być objęte terapią neurorozwojową, gdyż nie ma pewności, iż samodzielnie wyrównają deficyty w zakresie napięcia posturalnego. Wczesne skorygowanie jakości wzorców pozwoli uniknąć (lub zmniejszyć skutki) utrwalenia nieprawidłowego systemu kontroli postawy ciała w ośrodkowym układzie nerwowym. Podejście neurorozwojowe daje tutaj możliwość wczesnego diagnozowania i prognozowania rozwoju postawy ciała²¹.

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. U dzieci i młodzieży, aktywność fizyczna przynosi liczne korzyści w postaci następujących efektów dla zdrowia: poprawa sprawności fizycznej (wydolność krążeniowo-oddechowa i kondycja mięśni), zdrowia kardiometabolicznego (ciśnienie krwi, dyslipidemia i insulinooporność), zdrowia kości, funkcji poznawczych (wyniki w nauce, funkcje wykonawcze), zdrowia psychicznego (zmniejsza objawy depresji); i mniejsza otyłość. Dzieci i młodzież powinny w ciągu tygodnia średnio przez co najmniej 60 minut dziennie wykonywać ćwiczenia o umiarkowanej lub dużej intensywności, głównie aerobowy wysiłek fizyczny. Ćwiczenia aerobowe o dużej intensywności, a także te, które wzmacniają mięśnie i kości, należy wykonywać przez co najmniej 3 dni w tygodniu. Dzieci i młodzież powinny ograniczać czas spędzany w pozycji siedzącej, szczególnie czas spędzany przed ekranem w celach rekreacyjnych²². 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

²⁰ Winnicka-Makulec E., Obniżone napięcie mięśniowe u noworodków i niemowląt w aspekcie logopedycznym, *Standardy Medyczne, Pediatria*, 2011, T. 8, s. 823–828.

²¹ Matyja M., Gogola A., Prognozowanie rozwoju postawy dzieci na podstawie analizy jakości napięcia posturalnego w okresie niemowlęcym, *Neurologia Dziecięca*, Vol. 16/2007, nr 32, s. 49-56.

²² Wytyczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia: omówienie, www.who.int.

mięśni klatki piersiowej, pomaga w redukcji tkanki tłuszczowej oraz jest niezbędna dla właściwego funkcjonowania układu nerwowego²³.

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 człowieka. 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 basenie²⁴.

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%²⁵. Zgodnie z najnowszymi publikowanymi danymi GUS w grudniu 2024 r. w Polsce było 3,9 mln osób, które posiadały ważne orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne. Osoby te stanowiły 10,5% ogólnej liczby ludności. Populacja w wieku 19 lat i mniej stanowiła 7,2% tej grupy (285,7 tys. osób). Przyczyną niepełnosprawności w zdecydowanej większości było upośledzenie narządu ruchu (35% ogółu). W przeliczeniu na 1 tys. ludności najwięcej osób z niepełnosprawnościami mieszkało w województwie lubuskim (160,7), a najmniej w województwie mazowieckim (74). Wskaźnik ten w województwie śląskim wyniósł 104,5/1 tys. ludności, a w Wodzisławiu Śląskim - 95,4/1 tys. ludności²⁶.

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.

²³ Nowotny J. (red): Kształcenie umiejętności ruchowych. Podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. ŚAM, Katowice, 2002.

²⁴ Doleżych B., Łaszczyca P.: Biomedyczne postawy rozwoju z elementami higieny szkolnej. Adam Marszałek, Toruń, 2004.

²⁵ Niepełnosprawność w UE: fakty i liczby, Rada Europejska, www.consilium.europa.eu.

²⁶ Osoby niepełnosprawne w 2024 r., GUS, stat.gov.pl.

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 rozwojowych²⁷.

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. Instytut Matki i Dziecka podaje, że nawet 90% dzieci w Polsce ma wady postawy kręgosłupa, stóp i kolan. Najczęściej występujące wady postawy u dzieci to wady kręgosłupa (plecy okrągłe, plecy okrągło-wklęsłe, plecy wklęsłe, plecy płaskie, skolioza - skrzywienie boczne kręgosłupa), wady klatki piersiowej (kurza klatka piersiowa, klatka piersiowa lejkowata) oraz wady kończyn dolnych i stóp (koślawe kolana, kolana szpotawe, stopa końsko-szpotawa, stopa szpotawa, stopa koślawą, płaskostopie)²⁸. 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 grupie²⁹. 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 postawy³⁰.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie omawianych problemów obrazują także dane zawarte w Mapie Potrzeb Zdrowotnych³¹, z których wynika, że w 2024 r. w ramach NFZ było rehabilitowanych ponad 3,6 miliona pacjentów. Pacjenci w wieku 0-17 lat stanowili 10,9% tej grupy (400,1 tys. osób). Wskaźnik chorobowości osób <18 r. ż. w rehabilitacji ogólnej, gdzie z powodu ww. problemów zdrowotnych pojawia się większość pacjentów, wyniósł w roku 2024 w Polsce 744/100 tys. mieszkańców. W województwie śląskim wskaźnik ten był na zbliżonym poziomie (754/100 tys.), natomiast na terenie powiatu wodzisławskiego osiągnął wartość znacznie wyższą od wojewódzkiej i krajowej (967/100 tys.). W analizowanym okresie osobom <18 r. ż.

²⁷ Polski rejestr wrodzonych wad rozwojowych, www.rejestrwad.pl.

²⁸ Aktualności Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl.

²⁹ 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.

³⁰ Kowalski I.M.: Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa. W: Medycyna rodzinna. (red.) Latkowski J. B., Łukas W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.

³¹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl.

udzielono w Polsce ponad 204,4 tys. rehabilitacyjnych porad lekarskich (545/100 tys. mieszkańców), w województwie śląskim było to ponad 27,6 tys. porad (644/100 tys.; 7 miejsce w kraju), a w powiecie wodzisławskim – 1 219 (816/100 tys.). Ponadto w populacji z analizowanej grupy wiekowej zrealizowano w Polsce ponad 335,5 tys. wizyt fizjoterapeutycznych (895/100 tys. mieszkańców). W województwie śląskim było to ponad 28,6 tys. wizyt (668/100 tys.; 14 miejsce w kraju), a w powiecie wodzisławskim – 2 804 wizyty (1 876/100 tys.; 2 miejsce wśród powiatów województwa śląskiego). W 2024 roku w populacji <18 r. ż. wykonano w Polsce ponad 11,3 mln zabiegów fizjoterapeutycznych (30 237/100 tys. mieszkańców), w województwie śląskim ponad 1 mln (23 618/100 tys.; 13 miejsce w kraju), w powiecie wodzisławskim – ponad 54,5 tys. (36 471/100 tys. – jest to wynik znacznie wyższy niż ten dla kraju i województwa śląskiego). Przedstawione powyżej dane wyraźnie mogą wskazywać na wysokie zapotrzebowanie na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży na terenie powiatu wodzisławskiego, w tym także miasta Wodzisław Śląski.

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 programu COSI, nadwaga i otyłość w Polsce dotyczą już około 33% dzieci w wieku wczesnoszkolnym, a odsetek dzieci z otyłością w latach 2022-2024 osiągnął 16%. Wyniki te potwierdzają trend wzrostowy w porównaniu z wcześniejszymi latami³². 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

³² World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Fact sheet highlights, round 6 (2022–2024). Copenhagen: WHO.

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 masażu³³. 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, uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat oraz uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych³⁴.

Planowany do realizacji program polityki zdrowotnej w zmodyfikowanej formie stanowi częściową kontynuację działań realizowanych w latach 2012-2025. W okresie tym realizowano program zdrowotny pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego”, którego głównym celem była rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego. W ramach ww. programu realizowano przede wszystkim działania z zakresu wczesnej interwencji, obejmujące corocznie średnio ponad 60 dzieci z niepełnosprawnościami (40-80 w zależności od roku realizacji), a także grupowe zajęcia korekcyjne, obejmujące corocznie średnio prawie 140 dzieci z niepełnosprawnościami (100-200 w zależności od roku realizacji). Miasto Wodzisław Śląski w latach 2012-2025 przeznaczyło na działania realizowane w ramach opisywanego programu ponad 4,7 mln zł³⁵.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Działania zaproponowane w programie stanowią istotny element zapobiegania pogłębianiu się problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski, dotkniętych lub zagrożonych problemem wad postawy lub niepełnosprawnością narządu ruchu, a ich podejmowanie uzasadnione jest danymi

³³ 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.].

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 529].

³⁵ Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego”

epidemiologicznymi opisanymi w poprzednich punktach projektu. Realizację programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032 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 2025³⁶ w mieście podpisano tylko jedną umowę na realizację świadczeń w omawianym rodzaju. Zgodnie z Informatorem o Terminach Leczenia czas oczekiwania na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów poniżej 16 r.ż. w Wodzisławiu Śląskim wynosi ponad 2,5 miesiąca (75 dni wg stanu na 03.12.2025 r.)³⁷. Tymczasem eksperci wskazują, że kompleksowa rehabilitacja powinna być wdrażana niezwłocznie po ustąpieniu bezwzględnych przeciwwskazań do realizacji jej poszczególnych elementów³⁸.

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.³⁹: 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 2021-2025⁴⁰: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026⁴¹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego, Obszar rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 8.1 - Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych,

³⁶ Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl.

³⁷ Informator o terminach leczenia, terminyleczenia.nfz.gov.pl.

³⁸ PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

⁴¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia’

4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031⁴²: rekomendacje dla województwa śląskiego: Obszar rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 8.1 - Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, Rekomendacja 8.2 - Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.
5. Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa śląskiego⁴³: Obszar działania 2.6. Rehabilitacja medyczna, Rekomendacja 8.1 - Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia.

⁴² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

⁴³ Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026

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 Wodzisław Śląski, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie miasta w latach 2026-2032.

2. Cele szczegółowe

1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70%* dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie.

2) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu u co najmniej 70%* rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w programie.

* Wartości docelowe przyjęto na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, a także wniosków z dialogu podjętego z przedstawicielami potencjalnych realizatorów

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 utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
Szczegółowy 2	Odsetek rodziców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich rodziców

	uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników)
--	---

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców miasta Wodzisław Śląski w wieku do 18 r.ż., których liczba wynosi ok. 7,4 tys. osób⁴⁴. 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 Wodzisław Śląski oszacowano na poziomie ok. 3,7 tys. pacjentów. Program w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi miasta obejmie corocznie ok. 130 osób, w całym okresie realizacji – ok. 910 osób. Działaniami edukacyjnymi zostaną objęte wszystkie zakwalifikowane do programu dzieci w wieku powyżej 10 r. ż., mogące uczestniczyć w tego rodzaju działaniach biorąc pod uwagę rodzaj ich niepełnosprawności, oraz jeden rodzic/opiekun prawny tych dzieci.

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

1) Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa i indywidualny plan rehabilitacyjny

a) Kryteria włączenia:

- wiek <18 r. ż.
- rozpoznanie wady postawy i/lub niepełnosprawności narządu ruchu i/lub obniżonego napięcia mięśniowego
- zamieszkiwanie na terenie miasta Wodzisław Śląski
- pisemna zgoda rodzica na uczestnictwo dziecka w programie

⁴⁴ Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.

b) Kryteria wyłączenia:

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

2) Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży:

a) Kryteria włączenia:

- wiek 10-18 r. ż.
- realizacja indywidualnego planu rehabilitacyjnego w ramach programu
- zamieszkiwanie na terenie miasta Wodzisław Śląski
- pisemna zgoda rodzica na uczestnictwo dziecka w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- przeciwwskazania zdrowotne do udziału w działaniach edukacyjnych (np. stopień niepełnosprawności uniemożliwiający udział w zajęciach)

3) Działania edukacyjne dla rodziców:

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun prawny dziecka realizującego indywidualny plan rehabilitacyjny w ramach programu

b) Kryteria wyłączenia: brak

4) Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa:

a) Kryteria włączenia:

- realizacja indywidualnego planu rehabilitacyjnego w ramach programu

b) 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 Wodzisławia Śląskiego (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

1) Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa:

- mająca na celu kwalifikację uczestnika do programu,
- obejmująca badanie fizjoterapeutyczne,
- mająca na celu zaplanowanie indywidualnego planu rehabilitacyjnego,
- uwzględniająca ocenę funkcji układu ruchu poprzez zastosowanie wybranych przez 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 świadczeń wskazanych przez fizjoterapeutę przy kwalifikacji uczestnika do programu,
- obejmujący dobrane wg indywidualnych wskazań pacjenta procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie 800 punktów na cały cykl rehabilitacyjny (przykład w tabeli III),
- trwający maksymalnie 8 tygodni, zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika,
- zgodny z aktualnymi zaleceniami rekomendowanymi przez towarzystwa naukowe;

3) Działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży biorących udział w programie, dostosowane do wieku uczestników, realizowane wyłącznie wśród dzieci w wieku co najmniej 10 lat, 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. 5 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 5),
- 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. 5 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, korzystanie z publicznego systemu opieki zdrowotnej;

5) Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa:

- realizowana w ostatnim dniu otrzymywania świadczeń w programie,
- uwzględniająca ponowną ocenę funkcji układu ruchu poprzez zastosowanie wybranych przez realizatora testów funkcjonalnych,
- obejmująca przekazanie zaleceń dot. dalszego postępowania.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1), a także przekazywać uczestnikom ankiety satysfakcji (załącznik 3).

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

Świadczenie	Liczba punktów
1. Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty, w tym:	
- indywidualna praca z pacjentem	80
- ćwiczenia bierne	80
- ćwiczenia czynno-bierne	80
- ćwiczenia według metod neurofizjologicznych	80
- metody reedukacji nerwowo-mięśniowej	80
- ćwiczenia specjalne	80
2. Zabiegi kinezyterapii, w tym:	
- ćwiczenia wspomagane	35
- ćwiczenia czynne wolne	35
- ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne	35
- ćwiczenia izometryczne	35
- nauka czynności lokomocji	35
- ćwiczenia izotoniczne z oporem	35
- ćwiczenia czynne oddechowe	35
3. Zabiegi masażu	30
4. Terapia zajęciowa	70
5. Konsultacja ze specjalistą, w tym:	
- konsultacja psychologiczna	70
- konsultacja pedagogiczna	70
- konsultacja logopedyczna/neurologopedyczna	70

* taryfikacja na podstawie rozeznania cen wśród potencjalnych realizatorów

Tab. III. Przykładowy indywidualny plan rehabilitacyjny

Świadczenie	Liczba świadczeń	Liczba punktów	Suma punktów
Zabiegi realizowane z bezpośrednim zaangażowaniem fizjoterapeuty	6	80	480
Zabiegi masażu	6	30	180
Konsultacja ze specjalistą	2	70	140
Razem	14	--	800

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. Wówczas rodzic przedkłada pisemną informację o rezygnacji z udziału dziecka w PPZ. Ponadto, udział dziecka w PPZ może zostać zakończony w przypadku jego nieobecności na co najmniej dwóch zajęciach realizowanych w ramach programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2025);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Śląskiego (I kwartał 2026);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej (I-II kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (II-III kwartał 2026);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (II-III kwartał 2026);

5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2032);

- akcja informacyjna:
 - 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 Wodzisławia Śląskiego (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) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2033).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Wodzisławia Śląskiego. 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 z późn. zm.],
- prowadzenie działalności leczniczej na terenie powiatu wodzisławskiego,

- 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 z późn. zm.],
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarki.

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 (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, ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych. Podmiot udzielający świadczeń w programie zobowiązany jest do stosowania przepisów ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich. 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. 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. 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 następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie,
- liczba osób zakwalifikowanych do programu,
- liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie,
- liczba dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- 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).

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie:

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

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu na podstawie następujących mierników:

- odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego w obrębie układu ruchu,
- odsetek dzieci, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test,

- odsetek rodziców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.

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

Koszt uczestnictwa pacjenta w programie oszacowano na 2 480 zł na podstawie analizy cen NFZ oraz cen rynkowych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia każdemu pacjentowi indywidualnego planu rehabilitacyjnego, obejmującego procedury spośród zawartych w tabeli II o łącznej sumie 800 punktów na cały cykl rehabilitacyjny trwający maksymalnie 8 tygodni. Punkt na potrzeby taryfikacji świadczeń wyceniono na 2,8 zł na podstawie wartości średniej ceny punktu w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakres fizjoterapia ambulatoryjna dla wszystkich świadczeniodawców w Wodzisławiu Śląskim (3 podmioty) tj. 1,74 zł oraz z uwzględnieniem korekty ceny o 60%, pozwalającej na zminimalizowanie ryzyka trudności z wyłonieniem realizatorów programu. Koszt rehabilitacji dla jednej osoby oszacowano po zaokrągleniu na 2 250 zł przy założeniu planu rehabilitacyjnego obejmującego 800 punktów ($800 \text{ pkt.} \times 2,8 \text{ zł} = 2 240 \text{ zł}$), stanowiących sumę punktów poszczególnych świadczeń z tabeli II.

1. Koszty jednostkowe

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

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

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	100,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	2 250,00
3. Działania edukacyjne (dziecko + rodzic/opiekun prawny)	30,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	100,00
5. Koszt uczestnictwa w programie	2 480,00

2. Koszty całkowite**Tab. V. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji**

Rodzaj kosztu	Liczba osób /działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	910	100,00	91 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	910	2 250,00	2 047 500,00
3. Działania edukacyjne (dziecko + rodzic/opiekun prawny)	910	30,00	27 300,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	910	100,00	91 000,00
5. Działania informacyjno-edukacyjne	7	7 600,00	53 200,00
Razem			2 310 000,00

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

Rodzaj kosztu	Liczba osób /działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2026			330 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2027			330 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2028			330 000,00

1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2029			330 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2030			330 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2031			330 000,00
1. Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa	130	100,00	13 000,00
2. Indywidualny plan rehabilitacyjny	130	2 250,00	292 500,00
3. Działania edukacyjne	130	30,00	3 900,00
4. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa	130	100,00	13 000,00
5. Akcja informacyjna	1	7 600,00	7 600,00
Razem w roku 2032			330 000,00
Razem w latach 2026-2032			2 310 000,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu oraz ewaluacji w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miasta Wodzisławia Śląskiego. Łączny szacowany koszt realizacji programu planowany jest na poziomie 2 310 000,00 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Miasta Wodzisław Śląski, a także ze względu na zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych miasta Wodzisław Śląski. Miasto w latach 2027-2032 będzie starało się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Śląski 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. 2025 poz.

1461 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. Aktualności Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, www.nfz.gov.pl.
2. Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
3. Borkowska M., Gellea - Mac I.: Wady postawy i stóp u dzieci. PZWL, Warszawa, 2004.
4. Doleżych B., Łaszczycza 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 Orthopaedis. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2009, 1-16.
6. Gołębiowska-Sosnowska J. i wsp., Częstość występowania wad rozwojowych kończyn dolnych u dzieci w wybranych przedszkolach aglomeracji łódzkiej, Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2019; 6(6); Vol. 21, 443-450.
7. Gorajewska D., Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole, Warszawa 2008.
8. Informator o terminach leczenia, terminyleczenia.nfz.gov.pl.
9. Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl.
10. Kasperczyk T. Wady postawy ciała - diagnostyka i leczenie. Kraków: Kasper; 2004.
11. Kowalski I.M.: Wady postawy i skrzywienia kręgosłupa. W: Medycyna rodzinna. (red.) Latkowski J. B.,
12. Lukas W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
13. 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.
14. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, basiw.mz.gov.pl.
15. Matyja M., Gogola A., Prognozowanie rozwoju postawy dzieci na podstawie analizy jakości napięcia posturalnego w okresie niemowlęcym, Neurologia Dziecięca, Vol. 16/2007, nr 32, s. 49-56.
16. Niepełnosprawność w UE: fakty i liczby, Rada Europejska, www.consilium.europa.eu.
17. Nowotny J. (red): Kształcenie umiejętności ruchowych. Podstawy teoretyczne oraz aspekty praktyczne. ŚAM, Katowice, 2002.
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
19. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
20. Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026
21. Osoby niepełnosprawne w 2024 r., GUS, stat.gov.pl.
22. Owczarek S. Atlas ćwiczeń korekcyjnych. Warszawa: WSiP; 2005.
23. PFRON, Model rehabilitacji Kompleksowej, styczeń 2019 [<https://www.pfron.org.pl/>].
24. Polski rejestr wrodzonych wad rozwojowych, www.rejestrwad.pl.
25. Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego”

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. Szczepanik M, Walak J, Stępień E, Woszczak M, Woszczak M. Ocena wad postawy jako test przesiewowy dla dzieci zagrożonych skoliozą. Stud Med. 2012;26:31-7.
30. Wilczyński J. Korekcja wad postawy człowieka. Starachowice: Anthropos; 2005.
31. Winnicka-Makulec E., Obniżone napięcie mięśniowe u noworodków i niemowląt w aspekcie logopedycznym, Standardy Medyczne, Pediaatria, 2011, T. 8, s 823–828.
32. World Health Organization, Regional Office for Europe. (2024). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Fact sheet highlights, round 6 (2022–2024). Copenhagen: WHO.
33. Wytoczne WHO dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia: omówienie, www.who.int.
34. Zalewska A., Średzińska K., Kułak W., Postawa ciała a siła mięśniowa u dzieci w wieku szkolnym, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021.

Załączniki

Załącznik 1

Karta oceny skuteczności „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”

I. Dane uczestnika programu

Imię i nazwisko dziecka	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzina/opiekuna	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

III. Kwalifikacja do programu

Jednostki chorobowe klasyfikujące do udziału w programie (wg ICD-10)	
Data rozpoczęcia udziału w programie	
Data zakończenia udziału w programie	
Przyczyna zakończenia udziału w programie*	

* ukończenie pełnego cyklu rehabilitacji lub przyczyna przerwania cyklu rehabilitacji

IV. Dane niezbędne dla ewaluacji programu

Nazwa świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
Działania edukacyjne – dziecko (jeżeli dotyczy)	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w postępie (min. 80% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Działania edukacyjne - rodzic	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w postępie (min. 80% poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Indywidualny plan rehabilitacji	Ocena funkcji układu ruchu przed rozpoczęciem rehabilitacji według wybranego testu funkcjonalnego Ocena funkcji układu ruchu po zakończeniu rehabilitacji według wybranego testu funkcjonalnego Zmiana pozytywna w zakresie oceny funkcji układu ruchu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....
(data, pieczęć i podpis fizjoterapeuty)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”

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, które zgłosiły się do udziału w programie	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie	
liczba dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
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 utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test,	
odsetek rodziców, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki wtórnej wad postawy oraz zapobiegania pogłębianiu się niepełnosprawności narządu ruchu, względem wszystkich rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta – rodzica uczestnika „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032”

1. Czy udział dziecka w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób układu ruchu?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i jakość usług, które dziecko otrzymało w ramach kompleksowej rehabilitacji leczniczej?

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla rodzica - uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032” (wzór)

1. Jak często dziecko powinno 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

2. Który składnik diety dziecka ma kluczowe znaczenie dla zdrowia kości i stawów?

- A) Witamina C
- B) Błonnik
- C) Wapń
- D) Magnez

3. Jak stres może wpływać na choroby układu ruchu w populacji dzieci i młodzieży?

- 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 skrętu tułowia podczas siedzenia

5. Rekomendacje naukowe wskazują na konieczność zbilansowania związanego z rozwojem technologicznym wydłużającego się czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci i młodzież. W odniesieniu do dzieci w wieku szkolnym czas spędzany przed ekranami nie powinien przekraczać:

- A) 30 minut dziennie
- B) 60 minut dziennie
- C) 90 minut dziennie
- D) 120 minut dziennie

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla dziecka - uczestnika programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032” (wzór)

1. 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

2. Dlaczego aktywność fizyczna jest ważna w profilaktyce chorób układu ruchu?

- 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

3. 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

4. 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

5. Co to jest „wada postawy”?

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

Uzasadnienie

Zgodnie z zapisami art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1991 r. o samorządzie gminnym do zadań własnych gminy należy zaspokojenie zbiorowych potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032 w zmodyfikowanej formie stanowi częściową kontynuację działań realizowanych przez Miasto w latach 2012-2025 programem zdrowotnym pod nazwą "Kompleksowa rehabilitacja i terapia dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Wodzisławia Śląskiego".

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032 otrzymał pozytywną opinię Wojewody Śląskiego, ponieważ wpisuje się on:

1. Rekomendację 3.1.1 wojewódzkiego planu transformacji pn.: "Wzmocnienie roli POZ w profilaktyce chorób i promocji zdrowia".

2. Rekomendację 5.2 wojewódzkiego planu transformacji pn.: "Zmniejszenie nierówności w dostępie do AOS w skali województwa".

3. Rekomendację 8.1.2 wojewódzkiego planu transformacji pn.: "Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i w zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia".

4. Rekomendację 8.2.1 wojewódzkiego planu transformacji pn.: "Ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej, dla mieszkańców poszczególnych powiatów".

Powyższy program nie wpisuje się wprost w cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 jednakże, analizując szczegółowe zadania można powiązać go z działaniem w ramach:

1. Celu operacyjnego 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pn.: "Profilaktyka nadwagi i otyłości".

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Wodzisław Śląski na lata 2026-2032 otrzymał również pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ponieważ odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady postawy, niepełnosprawność w kontekście narządu ruchu lub obniżonego napięcia mięśniowego.

Program zakłada zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży w wieku do 18 roku życia poprzez przeprowadzanie interwencji nakierowanych na rehabilitację tj.: wizyty fizjoterapeutycznej początkowej, indywidualnego planu rehabilitacyjnego, działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, działań edukacyjnych dla rodziców dzieci i młodzieży biorących udział w programie oraz wizyty fizjoterapeutycznej końcowej.

W 2026 roku na realizację programu polityki zdrowotnej planuje się przeznaczyć kwotę w wysokości 240 000,00 zł, środki te są zaplanowane w budżecie na rok bieżący.

W kolejnych latach na realizację w/w programu planuje się przeznaczyć kwotę w wysokości 330 000,00 zł.