

**UCHWAŁA NR
RADY MIASTA ZABRZE**

z dnia r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pt. "Program kompleksowej terapii i rehabilitacji osób w wieku 0-25 lat z terenu Miasta Zabrze" na lata 2025 - 2028

Na podstawie art. 7 ust.1 pkt 5 i art. 18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U.2024.1465 z późn. zm.), art. 7 ust.1 pkt 1, art. 48 oraz art. 48 a, ust. 5 pkt 1 lit. a) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146 z późn. zm.), na wniosek Prezydenta Miasta Zabrze

uchwała się, co następuje:

- § 1. Przyjąć program polityki zdrowotnej pt. "Program kompleksowej terapii i rehabilitacji osób w wieku 0-25 lat z terenu Miasta Zabrze" na lata 2025 - 2028, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Zabrze.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr

Rady Miasta Zabrze

z dnia



Program Polityki Zdrowotnej
Miasta Zabrze
na lata 2025-2028

w zakresie

kompleksowej terapii i rehabilitacji osób w wieku 0-25 lat

*Tytuł: „Program kompleksowej terapii i rehabilitacji osób w wieku
0-25 lat z terenu Miasta Zabrze”*

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024.146 t.j. z późn. zm.)

Słowniczek

Program – program polityki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

Kryteria włączenia – warunki, które koniecznie należy spełnić, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

Kryteria wyłączenia – warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

Spis treści

Słowniczek	1
Spis rycin.....	3
Spis tabel:	3
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
a. Problem zdrowotny	4
Niepełnosprawność	4
Zaburzenia poznawcze ASD.....	5
Wady postawy	6
Rehabilitacja	6
b. Epidemiologia	7
Województwo śląskie	10
Gmina Zabrze.....	12
Obecne postępowanie.....	13
2. Cele programu	14
Cel główny	14
Cele szczegółowe	14
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	15
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji.....	16
a. Populacja docelowa	16
b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej.....	20
Kryteriami włączenia	20
Kryteria wyłączenia	21
c. Planowane interwencje	21
d. Sposób udzielania świadczeń	22
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	24
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	24
a. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	24
Ad. 1. Akcja informacyjna.....	24
Ad. 2. Rekrutacja uczestników	25
Ad. 3. Działania edukacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności.....	26
Ad. 4. Działania terapeutyczne i rehabilitacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności.	27
Ad. 5. Monitoring działań w ramach programu	30

b. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	30
Wymagania kadrowe.....	30
Wymagania sprzętowe i lokalowe.....	31
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	31
Monitorowanie.....	31
Ewaluacja.....	32
6. Koszty.....	34
a. Planowane koszty całkowite.....	34
b. Koszty jednostkowe.....	34
c. Koszty całkowite.....	34
Koszty ogólne programu:.....	34
Koszty organizacyjne programu:.....	34
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:.....	34
d. Źródła finansowania, partnerstwo.....	35
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów.....	36
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu.....	36
b. Ankieta satysfakcji uczestnika spotkania edukacyjnego.....	37
c. Zgoda na udział w programie.....	38
8. Bibliografia:.....	40

Spis rycin

Rycina 1. Osoby niepełnosprawne według płci i kategorii niepełnosprawności.....	8
Rycina 2. Osoby niepełnosprawne według płci i kategorii niepełnosprawności 2021vs 2011...9	9
Rycina 3 Wybrane dane statystyczne dotyczące Zabrze.....	16
Rycina 4. Ludność według płci i wieku w 2023 r w Zabrze.....	17
Rycina 5. Liczba mężczyzn w Zabrze w roku 2023 w wieku od 0 do 25 lat.....	17
Rycina 6. Liczba mężczyzn w Zabrze w roku 2023 w wieku od 0 do 18 lat.....	18
Rycina 7. Liczba mężczyzn w Zabrze w roku 2023 w wieku od 19 do 25 lat.....	18
Rycina 8. Liczba kobiet w Zabrze w roku 2019 w wieku od 0 do 25 lat.....	19
Rycina 9. Liczba kobiet w Zabrze w roku 2019 w wieku od 0 do 18 lat.....	19
Rycina 10. Liczba kobiet w Zabrze w roku 2019 w wieku od 19 do 25 lat.....	20

Spis tabel:

Tabela 1. Koszty jednostkowe programu.....	34
Tabela 2. Planowany roczny budżet całkowity.....	35
Tabela 3. Planowany budżet całkowity programu.....	35

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność jako problem ogólnoświatowy stanowi cel szczególnie promowany działań Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) oraz Komisji Europejskiej. Według ostatnich szacunków WHO ponad miliard ludzi – około 15% światowej populacji ma jakąś formę niepełnosprawności. Tempo niepełnosprawności wzrasta z powodu starzenia się społeczeństwa, lecz problem ten nie dotyczy tylko osób starszych, może wystąpić również wśród osób bardzo młodych a nawet niemowląt.

Przez wzgląd na trudności w dokładnym określeniu granic między sprawnością a niepełnosprawnością, zdefiniowanie pojęcia niepełnosprawność jest trudne. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) definiuje niepełnosprawność jako termin zbiorczy dla upośledzeń, ograniczeń aktywności oraz ograniczeń uczestnictwa. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadza następujące pojęcia niepełnosprawności, uwzględniając stan zdrowia człowieka:

- Niepełnosprawność (impairment) - każda utrata sprawności lub niepełnosprawność w budowie lub funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- Niepełnosprawność (disability) - każde ograniczenie bądź niemożność wynikająca z niepełnosprawności prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka;

Ograniczenia w pełnieniu ról społecznych (handicap) - ułomność określonej osoby wynikająca z niepełnosprawności lub niepełnosprawność, która ogranicza lub uniemożliwia pełną realizację roli społecznej odpowiadającej wiekowi, płci oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, definicja osoby niepełnosprawnej jest następująca: „Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej”. Wspomniany akt prawny wyodrębnia trzy stopnie niepełnosprawności:

- lekki;
- umiarkowany;
- znaczny.

Dzieci i młodzież w naszym społeczeństwie stanowią liczną grupę wśród osób niepełnosprawnych.

Zaburzenia poznawcze ASD

ASD - autism spectrum disorders, zaburzenia ze spektrum autystycznego są szerokim pojęciem, obejmującym różne typy osób o cechach autystycznych, wykazujących odmienne mechanizmy lub przyczyny powodujące trudności rozwojowe i mające często odrębne wymagania wobec środowiska. Wszystkie one charakteryzują się znacznymi zaburzeniami interakcji społecznych i komunikacji, jak również znacznie ograniczonymi zainteresowaniami i bardzo powtarzalnym zachowaniem. Spektrum autyzmu jest podgrupą szerszej jednostki: całościowe zaburzenie rozwoju – (pervasive developmental disorder, PDD). Do grupy tej zalicza się m.in.: autyzm dziecięcy (kod ICD-10: F 84.0), autyzm atypowy (kod ICD-10: F 84.1), zespół Aspergera (Asperger syndrome, AS; kod ICD-10: F 84.5). Całościowe zaburzenia rozwoju to grupa wrodzonych wad rozwojowych dotyczących sfery motoryki, komunikacji i języka oraz percepcji [4].

Przyjmuje się, że u podłoża wszystkich zaburzeń spektrum autyzmu leżą defekty neurologiczne o nieznanej etiologii. Do najczęściej wymienianych należą [4]:

- czynniki genetyczne – uwarunkowane genem EN2 na chromosomie 7., a także innymi genami znajdującymi się na chromosomach 3., 4., 11.;
- wiek ojca od 40 i więcej lat - zwiększa ryzyko zachorowalności na autyzm;
- zaburzenia metaboliczne (nietolerancja glutenu i kazeiny);
- urazy okołoporodowe;
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego;
- toksoplazmoza (wrodzona);
- dziecięce porażenie mózgowe;
- poważne infekcje i intensywne antybiotykoterapie w okresie niemowlęcym;
- alergię i osłabioną sprawność immunologiczną;
- obniżoną zdolność do detoksykacji;
- zatrucie rtęcią i metalami ciężkimi.

Autyzm jest diagnozowany między 4 a 5 rokiem życia dziecka, pierwsze objawy można zaobserwować już w 15-18 miesiącu życia. Do typowych objawów można zaliczyć:

- nieprawidłowości zachowania dotyczące komunikacji,
- nieprawidłowości dotyczące interakcji społecznych oraz zainteresowań,
- powtarzające się i stereotypowe czynności.

Większość dzieci autystycznych nie komunikuje się za pomocą gestów oraz jest niemówiąca. Wykazują problemy ze wskazywaniem, naśladowaniem i spełnianiem poleceń. Nie potrafią tworzyć dłuższych, rozbudowanych wypowiedzi oraz nie rozumieją pojęć abstrakcyjnych. Charakterystyczne są również zaburzenia zachowania:

- liczne stereotypie i rytuały,
- koncentrowanie się na niefunkcjonalnych właściwościach przedmiotów,
- skrajne formy zaburzeń koncentracji [5].

W niektórych przypadkach mogą pojawić się zachowania agresywne i autoagresywne [6, 7].

W badaniach pod kątem autyzmu uwzględnia się informacje uzyskiwane od opiekunów dziecka oraz z obserwacji połączonej z próbami klinicznymi. Wśród wielu narzędzi przesiewowych w odniesieniu do ASD, do najbardziej popularnych zalicza się kwestionariusz CHAT (The Checklist for Autism in Toddlers), mający wiele wersji, które różnią się elementami składowymi [8]. Wśród innych narzędzi można wymienić kwestionariusz ESAT (Early Screening of Autistic Traits Questionnaire – przeznaczony do badania dzieci od 14 miesiąca życia) [9] oraz BISCUIT (przeznaczony jest do badania dzieci w wieku od 18 miesięcy do 3 lat) [10]. Zarówno ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) oraz protokół obserwacji ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) stanowią “złoty standard” w diagnostyce ASD [11].

Wady postawy

Poprawna postawa ciała wspomaga prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka, ułatwia samodzielne poruszanie się oraz naukę, a także ma wpływ na jakość życia. Wady postawy należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny. Ich wczesne wykrycie oraz wdrożenie właściwej terapii i rehabilitacji, pozwala osiągnąć zadowalające skutki.

Do najczęściej występujących wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy oraz wady statyczne kończyn dolnych. Skolioza głównie występuje u dzieci w wieku szkolnym, które niejednokrotnie dźwigają ciężkie torby lub plecaki na jednym ramieniu. Kręgosłup staje się podatniejszy na boczne skrzywienie, jego wygięcie kształtem przypomina literę S, a plecy tracą symetrię. Lordoza stanowi nadmierne wygięcie kręgosłupa do przodu w odcinku lędźwiowym. Kifoza występuje w postaci wygięcia kręgosłupa w odcinku szyjnym do przodu, zwanego inaczej garbem [18]. Zależnie od lokalizacji oraz wielkości skrzywienia kręgosłupa, może ono istotnie wpływać na funkcjonowanie układu oddechowego oraz zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w dorosłym życiu odczuwają dolegliwości bólowe kręgosłupa. Bardzo ważny wpływ na jakość życia chorego mają także odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Rehabilitacja

Z definicji Światowej Organizacji Zdrowia rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Jest to proces medyczno-społeczny, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rehabilitację korelującą z wszystkimi specjalizacjami klinicznymi, można ją podzielić na:

- leczniczą;
- psychologiczną;
- zawodową;

- społeczną.

Rehabilitacja lecznicza i fizjoterapia to zasadniczo pojęcia, które używane są zamiennie. Stosowanie nowoczesnych metod terapeutycznych zapewni profesjonalną i kompleksową rehabilitację pacjentom z różnymi schorzeniami i w różnym stanie.

Brak kompleksowej terapii oraz rehabilitacji może doprowadzić u osób dotkniętych niepełnosprawnością lub zagrożonych niepełnosprawnością określone zmiany psychiczne lub psychopatologiczne. Można zatem stwierdzić, że niepełnosprawność powoduje w pewnym stopniu upośledzenie wszystkich obszarów życia człowieka, wywołując problemy natury fizycznej, psychicznej, zawodowej, społecznej, ekonomicznej i rodzinnej.

Program ukierunkowany jest na zapobieganie problemowi istotnemu z perspektywy jednostki rodziny oraz społeczeństwa. Powstał w celu uzupełnienia świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu NFZ, oraz w celu kontynuowania prowadzonych działań współfinansujących proces rehabilitacji i terapii dzieci oraz edukacji ich rodziców.

b. Epidemiologia

Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem według stanu na dzień 31 marca 2021 r. wynosiła 5,4 mln. Osoby niepełnosprawne (z niepełnosprawnościami) są to takie osoby, które posiadają odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoby, które takiego orzeczenia nie posiadają, lecz ich sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie codziennych czynności, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych.

Statystyczny podział zbiorowości osób niepełnosprawnych wyróżnia dwie podstawowe grupy:

- osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony (niezależnie od tego czy wydane do celów rentowych czy pozarentowych),
- osoby niepełnosprawne wyłącznie biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale odczuwały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla ich wieku.

Kryterium zakwalifikowania danej osoby do zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie było:

- dla osób w wieku 16 lat i więcej – posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez odpowiedni organ orzekający, ustalającego niezdolność do pracy, stopień niepełnosprawności, celowość przekwalifikowania lub inwalidztwo,
- dla osób poniżej 16 roku życia – posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez organ orzekający.

Należy podkreślić, że zbierane w ramach NSP 2021 dane odnoszące się do posiadanych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, były gromadzone na zasadzie dobrowolności (deklaracja i subiektywna ocena respondenta) – zgodnie z przepisami ustawy o NSP 2021.

Wstępnie wyniki spisu ludności w 2021 r. wykazały, że liczba osób niepełnosprawnych wyniosła 5 447,5 tys., którzy stanowili 14,3 % ogólnej populacji. W porównaniu do wyników NSP 2011 liczba osób z niepełnosprawnościami zwiększyła się o 750,5 tys., tj. o 16,0%.

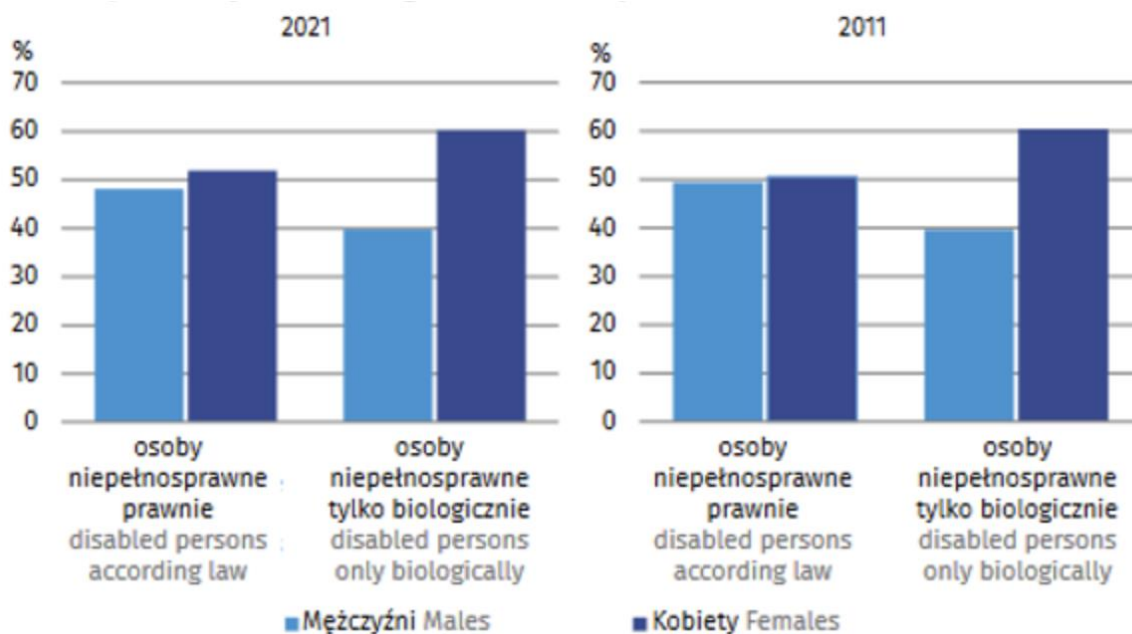
W 2021 r. wśród ogółu osób niepełnosprawnych – podobnie jak w 2011 r. – dominowały osoby posiadające prawne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność (niepełnosprawni prawnie), których liczba wyniosła 3 471,2 tys. (63,7%). W porównaniu do 2011 r. nastąpił wzrost liczebności tej grupy osób niepełnosprawnych o ponad 10%.

W okresie międzyspisowym zwiększyła się również liczba osób niepełnosprawnych tylko biologicznie (tzn. nieposiadających prawnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność, natomiast deklarujących odczuwanie ograniczenia sprawności) z 1 565,6 tys. w 2011 r. do 1 976,3 tys. w 2021 r. tj. o 26,2%.

W 2021 r. wśród zbiorowości osób z niepełnosprawnościami nadal przeważały kobiety (54,9% wobec 45,1% mężczyzn), dekadę wcześniej udział kobiet w strukturze niepełnosprawnych był nieco niższy (53,9%). Należy podkreślić, że w okresie międzyspisowym nie uległy zmianie proporcje według płci biorąc pod uwagę kategorię niepełnosprawności. Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni deklarowały posiadanie ograniczeń sprawności i w grupie osób niepełnosprawnych tylko biologicznie stanowiły ponad 60%.

Wyszczególnienie Specification	2011		2021		2011=100
	w tys. in thousands	w % in %	w tys. in thousands	w % in %	
Osoby niepełnosprawne – ogółem Disabled persons – total	4 697,0	100,0	5 447,5	100,0	116,0
osoby niepełnosprawne – prawnie disabled persons – according to law	3 131,5	66,7	3 471,2	63,7	110,8
osoby niepełnosprawne – tylko biologicznie disabled persons – only biologically	1 565,6	33,3	1 976,3	36,3	126,2
Mężczyźni Males	2 166,9	46,1	2 456,6	45,1	113,4
Kobiety Females	2 530,1	53,9	2 990,9	54,9	118,2

Rycina 1. Osoby niepełnosprawne według płci i kategorii niepełnosprawności



Rycina 2. Osoby niepełnosprawne według płci i kategorii niepełnosprawności 2021vs 2011

Podobnie jak 2011 r. w tej grupie osób dominowały kobiety – 2 040,9 tys. i stanowiły ponad 68% ogółu niepełnosprawnych kobiet (w 2011 r. odpowiednio 1 501,6 tys. i ponad 59%). Osoby niepełnosprawne w omawianej grupie wieku częściej mieszkaly w miastach – 2 194,5 tys. osób – i stanowiły ponad 65% wśród ogółu osób niepełnosprawnych tam zamieszkałych (w 2011 r. takich osób było 1 653,8 tys., a ich udział wynosił blisko 55%). Z kolei na wsi w 2021 r. zbiorowość niepełnosprawnych sześćdziesięciolatków wyniosła 1 250,9 tys. i stanowiła prawie 60% udział wśród ogółu osób niepełnosprawnych zamieszkałych na wsi (w 2011 r. odpowiednio: 859,1 tys. i 51,2%).

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że obecnie na świecie 1 na 160 dzieci (czyli 0,6%) choruje na autyzm [13]. Według analiz Elsabbagh i wsp. (2012) mediana globalnej częstości występowania ASD wynosi 62/10 tys. W USA częstość występowania zaburzeń spektrum autyzmu w populacji ogólnej wynosi 0,1–0,6%, z przewagą wśród mężczyzn (3–4:1); ASD występuje u 1 na 91 dzieci w wieku 3–17 lat oraz 1 na 110 dzieci 8-letnich [14]. Na brak rzetelnych informacji o częstości występowania spektrum autyzmu w Europie wskazuje Europejskie centrum informacji w zakresie autyzmu (European Autism Information System). Według krajowych statystyk Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że w roku szkolnym 2015/2016 w szkołach podstawowych dla dzieci i młodzieży uczyło się 68,7 tys. uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Stanowili oni 2,8% zbiorowości uczniów szkół podstawowych dla dzieci i młodzieży. Dzieci z ASD, w tym z zespołem Aspergera, stanowiły 14% tej grupy. Według Pisuli (2014) zaburzenia należące do spektrum autyzmu mogą występować nawet u 1 na 68 osób. Natomiast szacunkowe dane Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem” wskazują, że w Polsce jest około 30 tys. osób chorych na autyzm (w tym 20 tys. dzieci oraz 10 tys. osób dorosłych). Problem wykluczenia

dotyczy również rodzin osób z autyzmem, co łącznie daje grupę około 100 tys. osób. Liczba zachorowań stale wzrasta, choć przyczyny tego stanu rzeczy nie są w pełni znane. Według raportów Fundacji Synapsis co roku w placówce tej diagnozowanych jest ponad 150 dzieci ze spectrum autyzmu.

Zaburzenia układu ruchu występują u około 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym. Duże różnice częstości podawane przez wielu autorów związane są z brakiem jednolitych kryteriów. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć 10% do 15% dzieci – 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 (IMiDz dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci w Polsce ma wady postawy (szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan). Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50-60% dzieci w wieku rozwojowym i do ich najczęstszych przyczyn powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, co może skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu. Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (druk MZ-11 za rok 2012) u ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% w wieku 2-9 lat zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa.

Szacunki zagraniczne na temat częstości występowania młodzieńczej skoliozy idiopatycznej różnią się w poszczególnych badaniach (zakres 0,9%-12%, najczęstsza wartość 2 do 3%). Dla przykładu w Finlandii młodzieńcza idiopatyczna skolioza występuje u około 12% dziewcząt i 6,8% chłopców, w Wielkiej Brytanii u około 3,2% dziewcząt i 1% chłopców (w innym badaniu w Wielkiej Brytanii podaje się 1,9% u dziewcząt i chłopców), a w Grecji u około 2,6% dziewcząt i 0,9% chłopców.

Już po urodzeniu wady postawy mogą stanowić problem. Według Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady układu mięśniowo-szkieletowego (Q65-79) występowały w Polsce u 39,1 na 10 tys. urodzeń w 2006 r.

Nadwaga, otyłość, ograniczona aktywność ruchowa – mogą sprzyjać powstawaniu wad postawy. Jak wykazało badanie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) w roku szkolnym 2013/2014 w Polsce nadwaga i otyłość dotyczyła co siódmego nastolatka biorącego udział w badaniu. W porównaniu do poprzedniej edycji HBSC z 2010 r., odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością zmniejszył się. Badanie wykazało również, że ponad ¾ młodzieży (11-15 lat) charakteryzowało się zbyt małą aktywnością fizyczną.

Na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzonego w 2014 r. w Polsce oszacowano, że choroby kręgosłupa występują u 1,6% dzieci w wieku 0-14 lat (najczęściej w grupie 10-14 lat – tj. 3,6%).

Województwo śląskie

Na terenie województwa śląskiego, według Narodowego Spisu Powszechnego 2021, zamieszkiwało 4 402 950 osób. Osoby zamieszkujące województwo śląskie stanowiły 11,6%

ludności całego kraju. W województwie śląskim zamieszkuje 612 tys. osób z niepełnosprawnością, co stanowi 13,9% wśród ogółu mieszkańców województwa. Najwyższe wskaźniki udziału osób z niepełnosprawnością występują w północnej i centralnej części województwa śląskiego. W mieście Zabrze liczba osób z niepełnosprawnością wynosiła 22 132 – 12,2% ludności miasta Zabrze.

Większe udziały osób niepełnosprawnych prawnie (z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności) zanotowano wśród mężczyzn, mieszkańców miast oraz osób w wieku przedprodukcyjnym (do 18 roku życia). W województwie śląskim zanotowano wyższy od ogólnopolskiego wskaźnik występowania niepełnosprawności wśród osób w wieku przedprodukcyjnym. W tym województwie zanotowano również wyższy od ogólnopolskiego wskaźnik udziału osób niepełnosprawnych tylko biologicznie (bez orzeczenia).

Dane dotyczące niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży wyglądają następująco:

- w Polsce w roku 2011 liczba niepełnosprawnych dzieci i młodzieży wynosiła 215 849,
- w województwie śląskim 23 606,
- w mieście Zabrze liczba niepełnosprawnych dzieci i młodzieży wynosiła 1 003.

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w 2014 roku w województwie śląskim odnotowano 219 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,54% wszystkich hospitalizacji. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 28,40 i była to 9 największa wartość wśród województw.

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), w 2019 r., wartość wskaźnika YLD dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła blisko 5 mln (wartość bezwzględna). Za 81% przedstawionej wartości odpowiadała grupa chorób niezakaźnych, wśród których 1/5 stanowiły choroby układu mięśniowo-szkieletowego (przede wszystkim ból dolnego odcinka kręgosłupa).

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego cechować się będą znacznymi wzrostami chorobowości zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i UE. Urazy nieumyślne są zaś przykładem problemu, dla którego wzrost chorobowości w UE prognozowany jest jako wyższy niż w Polsce.

Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób układu mięśniowo-szkieletowego będą na trzecim miejscu (1 878,05 na 100 tys. ludności w 2028 r. w porównaniu do 2019 r., wzrost o 8,25%).

Najczęstsze problemy zdrowotne będące przyczyną kontaktu z AOS w latach 2015-2019 to choroby układu mięśniowo-szkieletowego (10,9% wszystkich porad).

Przeanalizowano również przeciętny czas oczekiwania na świadczenia, których zrealizowano co najmniej 20 tys. W tej grupie zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2019 r. były m.in. głównie zabiegi dotyczące chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Zgodnie z aktualnymi MPZ na lata 2022-2026, (Dz.U. 2021 r., poz. 69) w załączniku 12 - *Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2019 r.* wskazano w części opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, punkt 7.2., iż największą grupą osób w wieku 0-18, które zgłaszały się do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci były osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (F84), w tym autyzmem dziecięcym oraz zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98).

Zalecane jest zapewnienie dostępu do jednostek specjalistycznych zajmujących się diagnostyką i terapią całościowych zaburzeń rozwojowych (spektrum autyzmu).

W tym samym załączniku, w części Rehabilitacja medyczna, punkt 8.1., że liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji (razem wszystkie formy udzielania świadczeń) w wynosiła 379 tys. (8 384 na 100 tys. ludności, 11 miejsce w Polsce).

Z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, czyli formy, z której korzysta najwięcej pacjentów, w skali roku liczba pacjentów w wynosiła 325 tys. (7 202 na 100 tys. ludności) i jest to wartość niższa niż średnio w skali Polski o 8%.

Rehabilitacja dzienna – liczba pacjentów na 100 tys. ludności wynosi 642. Wartość tego współczynnika stanowi jedną z niższych wartości w skali kraju (o 25% niższa niż wartość dla Polski).

Liczba miejsc pobytu dziennego w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 63,2 i było to o 42% mniej niż średnio w skali Polski (12. miejsce w rankingu według województw).

Zalecana jest 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.

Gmina Zabrze

Należy zaznaczyć, iż program ten będzie kontynuacją działań podejmowanych przez Gminę Zabrze od roku 2013. Corocznie z kompleksowej rehabilitacji korzysta około 300 dzieci niepełnosprawnych oraz zagrożonych niepełnosprawnością w wieku 0-25 roku życia.

Oznacza to, iż dotychczas około 3 000 dzieci niepełnosprawnych uzyskało kompleksowe wsparcie terapeutyczne.

Zgłaszający się pacjenci zostają poddani specjalistycznemu badaniu wstępnemu oraz kwalifikowani są do poszczególnych form usprawniania – psychologicznego, logopedycznego, a także zabiegów kinezyterapeutycznych i fizykoterapeutycznych.

Pierwszym etapem kompleksowej rehabilitacji pacjenta (dzieci z wadą postawy, zaburzenia ruchowe, zaburzenia z zakresu spektrum autyzmu i FAS) jest specjalistyczne badanie, które polega na wczesnej diagnozie prowadzonej przez specjalistę (w tym porada lekarska z wywiadem, badanie przez psychologa, logopedę, specjalistę w zakresie fizjoterapii, instruktą dla rodziców).

Dobry indywidualnie zestaw ćwiczeń i terapii wpływa na poprawę stanu pacjenta, co można stwierdzić podczas wykonywanych badań kontrolnych. Czas wdrożenia kompleksowego usprawniania okazuje się decydującym elementem dla uzyskania sukcesu terapeutycznego. Wczesna intensywna rehabilitacja i terapia przynoszą wymierne efekty pod postacią poprawy stanu zdrowia poprzez zmniejszenie deficytów, a zaangażowanie wszystkich osób współdziałających w procesie leczenia potwierdza tezę maksymalnego uzyskania postępów przy jednoczesnym współdziałaniu wielu dyscyplin.

Celem głównym poprzednich edycji Programu była poprawa stanu psychofizycznego mierzona odpowiednimi do zaburzeń testami diagnostycznymi, u uczestników programu, poprzez wdrożenie wczesnej diagnostyki i terapii zaburzeń rozwojowych, diagnozy psychologicznej i logopedycznej oraz rehabilitacji, a także zapewnienie ciągłości procesu kompleksowej terapii. Cel ten osiągnięto na poziomie ok. 35%. Daje to w bezpośrednim przełożeniu ponad 1 050 dzieci, u których bez realizacji programu nie uzyskano by poprawy ich stanu funkcjonalnego.

Uzyskano również poprawę w innych obszarach objętych działaniami w ramach programu, m.in. związanych ze sprawnością, funkcjonowaniem społecznym, poziomem wiedzy uczestników działań edukacyjnych, utrwalanie prawidłowych nawyków terapeutycznych.

Cele te osiągnięto dzięki wnikliwym badaniom, usprawnianiu fizjoterapeutycznemu jak i terapiom uzupełniającym pod postacią logopedycznych i psychologicznych wizyt, w ramach indywidualnych cykli terapeutycznych.

Obecne postępowanie

Program ukierunkowany jest na zapobieganie problemowi istotnemu z perspektywy jednostki, rodziny i społeczeństwa. Powstał w głównej mierze w celu uzupełnienia świadczeń gwarantowanych, finansowanych z budżetu NFZ oraz w celu kontynuowania prowadzonych działań współfinansujących proces rehabilitacji i terapii dzieci, a także edukacji ich rodziców. Limitowane świadczenia gwarantowane oferowane przez NFZ nie zaspakajają w pełni potrzeb rehabilitacyjnych i terapeutycznych osób niepełnosprawnych Miasta Zabrze. Innowacyjność polega na tym, że zajęcia prowadzone przez fizjoterapeutów i terapeutów będą zróżnicowane, tak aby zapewnić wszechstronny rozwój dziecka.

Program ten pozwoli na kontynuację procesu terapii i rehabilitacji u dzieci korzystających wcześniej z powyższych świadczeń, poprawi ich dostępność, umożliwi jednocześnie skorzystanie z nich innym potencjalnym świadczeniobiorcom. Powstał z myślą o grupie społecznej z terenu miasta Zabrze, która wymaga ciągłej i kompleksowej rehabilitacji. W rozumieniu Programu rehabilitacja nie będzie ograniczać się tylko do leczenia deficytów, ale pozwoli na skorzystanie z szerszego spektrum oddziaływań w tym z doświadczeń związanych z terapeutycznym oddziaływaniem środowiska. W działania związane z realizacją programu włączeni są także rodzice dzieci niepełnosprawnych, bowiem udział rodziców

w procesie rehabilitacji i terapii jest bardzo istotnym czynnikiem, od którego w dużym stopniu zależy powodzenie prowadzonej terapii.

Opinie ekspertów wskazują, że istnieje zasadność finansowania programów polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Programy polityki zdrowotnej powinny być poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych danej populacji i według tych analiz kierowane do danej populacji ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku produkcyjnym.

Opinie ekspertów wskazują również na dynamiczny wzrost diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu. Wczesna interwencja podjęta u dzieci z ASD wpływa na zmniejszenie liczby symptomów m.in. na poprawę funkcji poznawczych pacjenta, umiejętności językowych, społecznych, zachowań adaptacyjnych. Ponadto w wyniku odpowiednich działań interwencyjnych oczekuje się poprawy jakości życia, zwiększenia szans na samodzielne i niezależne funkcjonowanie (z możliwością podjęcia pracy zarobkowej) i tym samym zmniejszenia kosztów związanych z udzielanymi świadczeniami.

Program został opracowany w odpowiedzi na konieczność poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej dla osób w wieku 0-25 lat z terenu Gminy Zabrze, a tym samym zapewnienia możliwości jak najszybszego rozpoczęcia usprawniania pacjentów. Pozwoli to zapobiegać poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Niniejszy program w połączeniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi korzystnie wpłynie na poprawę sprawności mieszkańców i zapobiegnie ograniczeniom zdrowotnym, społecznym oraz ekonomicznym w przyszłości.

2. Cele programu

Cel główny

Celem głównym Programu jest poprawa stanu psychofizycznego minimum o 15% mierzona odpowiednimi do zaburzeń testami diagnostycznymi, u minimum 25% osób w przedziale wiekowym 0-25 lat, uczestniczących w programie, poprzez wdrożenie wczesnej diagnostyki i terapii zaburzeń rozwojowych, diagnozy psychologicznej i logopedycznej oraz rehabilitacji, a także zapewnienie ciągłości procesu kompleksowej terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028.

Cele szczegółowe

- wzrost liczby osób z grupy wiekowej 0-25 r.ż. o min. 10%, u których zdiagnozowano potrzeby zdrowotne na podstawie zgłoszeń od rodziców, szkół oraz Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, osób z problemami typu autyzm czy FAS wymagającej wsparcia w funkcjonowaniu społecznym, szczególnie w momentach kryzysów rozwojowych na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- wzrost sprawności u min. 20% uczestników programu poprzez zaplanowanie i zrealizowanie postępowania diagnostycznego oraz wdrożenie działań

rehabilitacyjnych u osób z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego i głęboką niepełnosprawnością na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028,

- zmniejszenie o min. 10% liczby osób w stanie niepełnosprawności pozostających bez wsparcia rehabilitacyjnego, a także stworzenie warunków do przywrócenia pełnej sprawności ruchowo - intelektualnej i poprawy stanu zdrowia na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- zwiększenie wiedzy co najmniej 30% rodziców/opiekunów osób korzystających z programu w zakresie opieki, pielęgnacji i stymulacji rozwoju dziecka przez poznanie przyczyn i skutków powstawania schorzeń poprzez utrwalanie prawidłowych nawyków terapeutycznych i zdrowotnych na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028,

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- określenie liczby przebadanych osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie stopnia niepełnosprawności u osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie liczby i odsetka dzieci z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności u osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie czasu oczekiwania pacjentów oczekujących na wielospecjalistyczną diagnozę dokonywaną przez lekarza, psychologa i pedagoga jednocześnie, w tym samym miejscu i czasie, połączoną z fachowymi zaleceniami i planem terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba osób niepełnosprawnych, u których stwierdzono poprawę zdrowia i jakości życia na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej i zagrożonych niepełnosprawnością oraz ich rodzin, u których uzyskano poprawę rozwoju psychomotorycznego na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba osób niepełnosprawnych włączonych w życie rodzinne, kulturalne, społeczne, poprzez lepszą asymilację środowiskową oraz stworzenie podstaw integralnego rozwoju dzieci i młodzieży na miarę ich możliwości na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie liczby rodzin, u których uzyskano poprawę jakości życia z dzieckiem niepełnosprawnym (uzyskanie wsparcia, poczucia sukcesu i umiejętności radzenia sobie z zagrażającymi problemami zdrowotnymi na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028);
- wzrost współpracy rodziców z terapeutami w realizowaniu kompleksowej terapii dzieci niepełnosprawnych, poprzez określenie wskaźnika *compliance* zalecanej terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji, u których nastąpił wzrost wiedzy na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028; wartość docelowa wzrost o min. 30%

mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów

- wzrost o co najmniej 10% liczby dzieci z wcześniej zdiagnozowanymi wadami postawy na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- wdrożenie działań korekcyjnych u min. 80% najmłodszych dzieci, u których rozpoznano wady postawy podczas trwania programu na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Według danych zawartych w Statystycznym Vademecum Samorządowca Ludność miasta Zabrze w 2023 roku wynosiła 153 838 osób. Dane dotyczące liczby ludności ogółem oraz w grupach wiekowych 0-24 lata, na przestrzeni lat 2018-2023 zawarte są w rycinach numer 3 i 4.

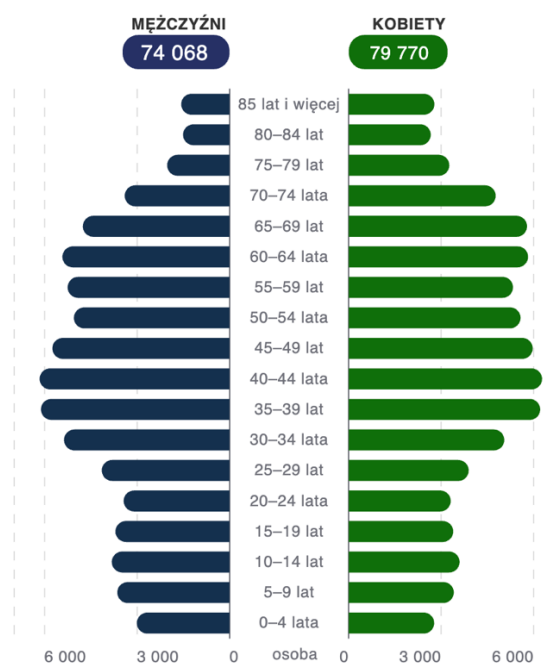
Obszar tematyczny: ⋮

Wybór	Nazwa wskaźnika	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<input checked="" type="checkbox"/>	Ludność ogółem [osoba]	173 374	172 360	158 923	156 935	155 430	153 838
<input type="checkbox"/>	Ludność w wieku 0–4 lata [osoba]	7 608	7 569	7 198	6 794	6 343	5 775
<input type="checkbox"/>	Ludność w wieku 5–9 lat [osoba]	7 865	7 646	7 170	7 148	7 157	7 045
<input type="checkbox"/>	Ludność w wieku 10–14 lat [osoba]	7 630	7 871	7 617	7 593	7 606	7 410
<input type="checkbox"/>	Ludność w wieku 15–19 lat [osoba]	7 214	7 068	6 489	6 521	6 709	7 085
<input type="checkbox"/>	Ludność w wieku 20–24 lata [osoba]	8 724	8 258	7 574	7 293	6 998	6 738

Rycina 3 Wybrane dane statystyczne dotyczące Zabrze

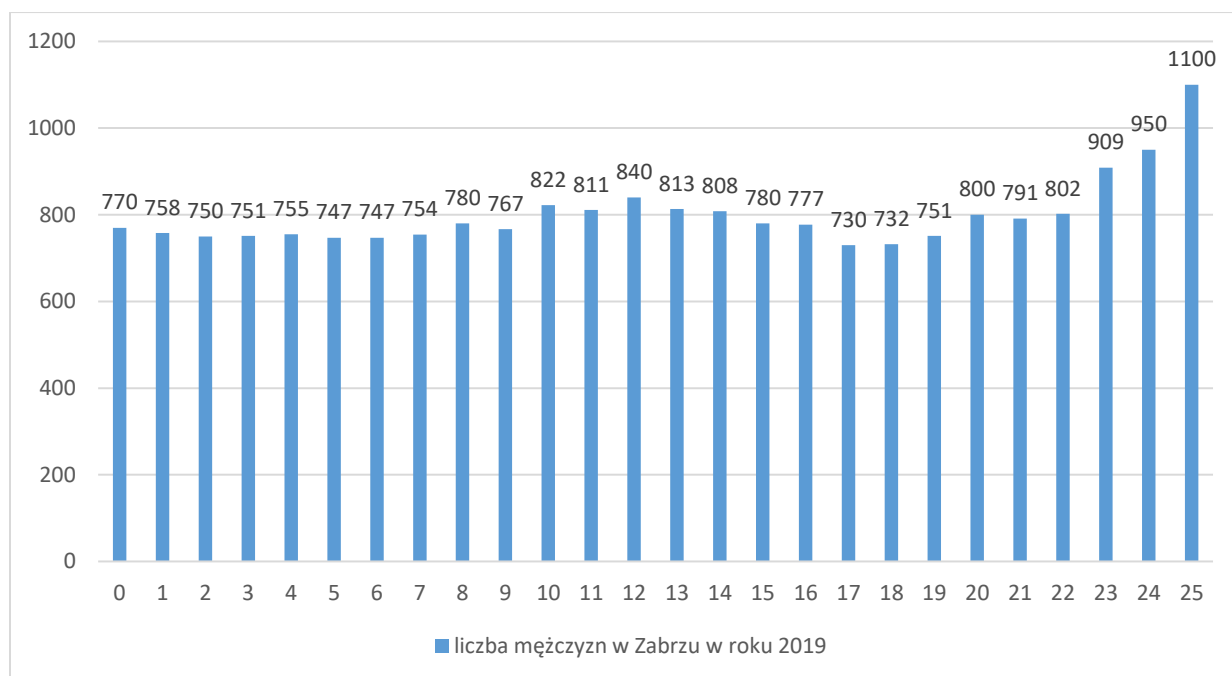
Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca, 2024

Ludność w 2023 roku według płci i wieku

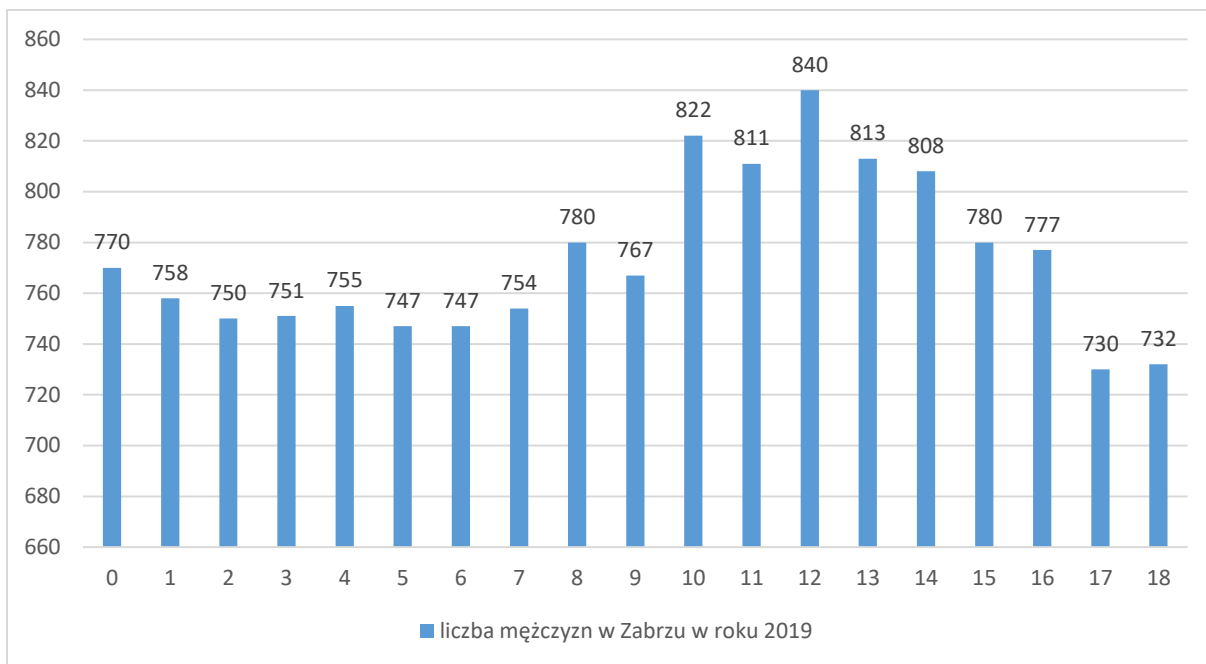


Rycina 4. Ludność według płci i wieku w 2023 r w Zabrzu
 Źródło: Statystyczne Vademecum Samorządowca, 2024

Liczbę mężczyzn, spełniających kryterium wieku określonym do udziału w programie w miejscowości Zabrze prezentuje rycina numer 5. Są to 20 795 osoby, w tym w wieku 0-18 lat 14 692 osób.

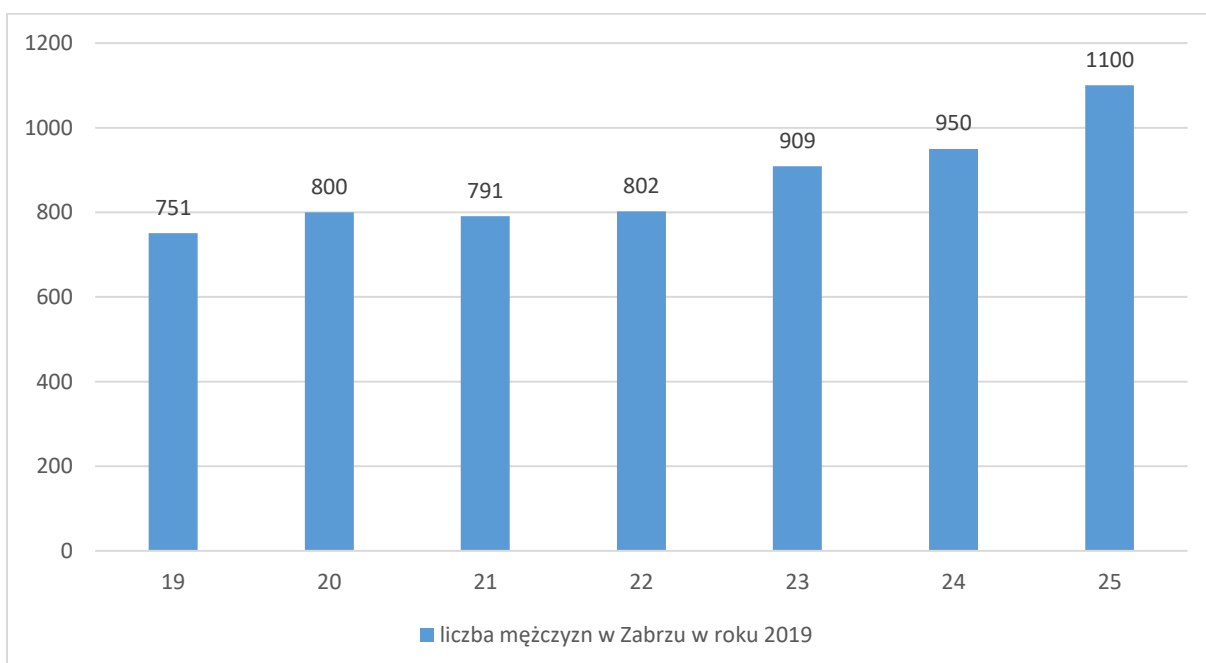


Rycina 5. Liczba mężczyzn w Zabrzu w roku 2023 w wieku od 0 do 25 lat
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych



Rycina 6. Liczba mężczyzn w Zabrze w roku 2023 w wieku od 0 do 18 lat

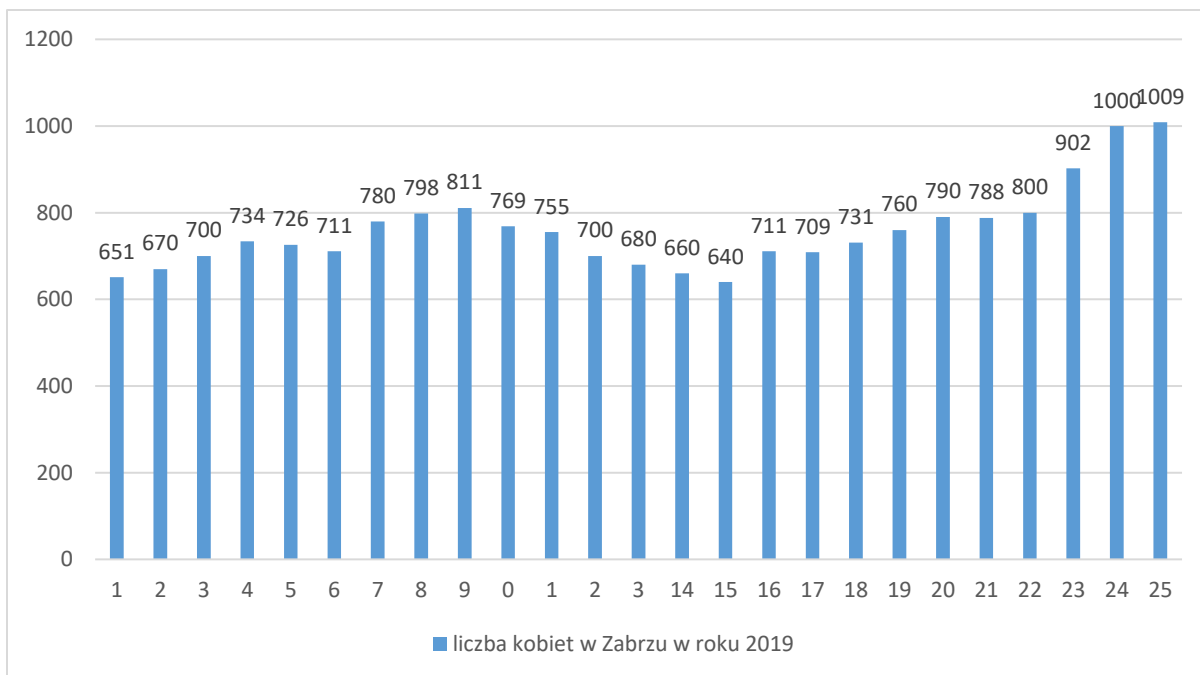
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych



Rycina 7. Liczba mężczyzn w Zabrze w roku 2023 w wieku od 19 do 25 lat

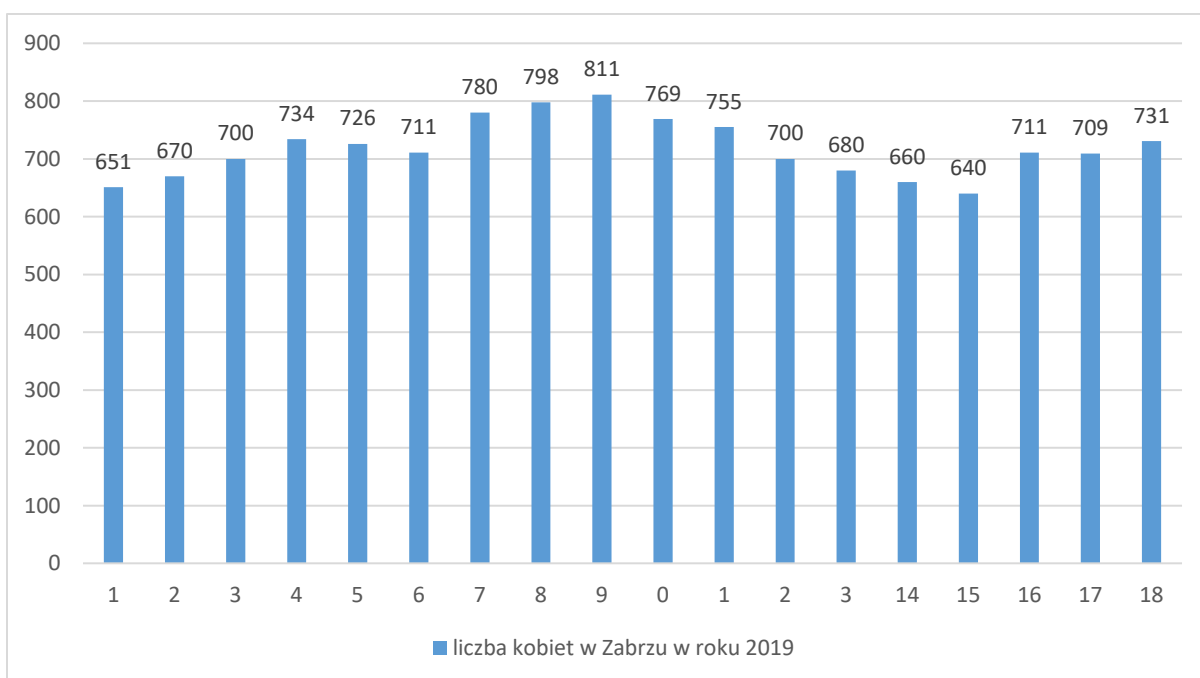
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Liczbę kobiet, spełniających kryterium wieku określonym do udziału w programie w miejscowości Zabrze prezentuje rycina numer 8. Są to 18 985 osoby, w tym w wieku 0-18 lat 12 936 osób.



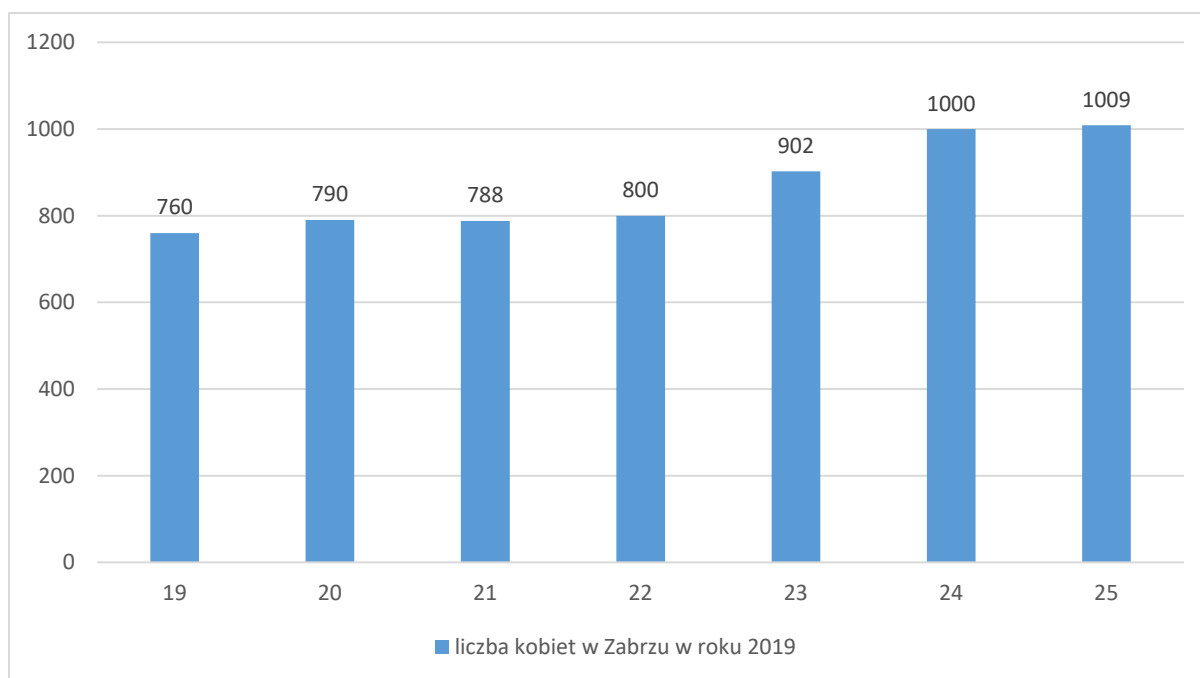
Rycina 8. Liczba kobiet w Zabrze w roku 2019 w wieku od 0 do 25 lat

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych



Rycina 9. Liczba kobiet w Zabrze w roku 2019 w wieku od 0 do 18 lat

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych



Rycina 10. Liczba kobiet w Zabrzu w roku 2019 w wieku od 19 do 25 lat

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych

Program skierowany jest do osób w wieku 0-25 lat z zaburzeniami różnego stopnia, bądź uszkodzeniami układu nerwowego z lub bez niepełnosprawności intelektualnej (w tym dzieci z ASD), osób z niepełnosprawnością sprzężoną spowodowaną schorzeniami wielonarządowymi, ze zdiagnozowanym FAS, z zaburzeniami rozwojowymi i okołoporodowymi oraz spowodowanymi ciężką wysokim ryzyka; z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego i sprzężoną niepełnosprawnością; a także z dysfunkcją narządu ruchu np.: wadami postawy, płaskostopiem, skoliozami itp.

Biorąc pod uwagę dostępne środki finansowe, kwestie organizacyjne oraz planowane interwencje zakłada się, iż rocznie programem w części dotyczącej rehabilitacji będzie można objąć około 300 osób.

Działaniami edukacyjnymi planuje się objąć także rodziców/opiekunów osób niepełnosprawnych. Zakłada się, iż będzie to co najmniej 1 osoba z najbliższego otoczenia uczestnika programu, zatem liczebność tej populacji to około 300 osób rocznie.

[b. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej](#)

O włączeniu osób do programu decyduje kolejność zgłoszeń, uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.

Kryteriami włączenia do programu będzie:

1. przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu wypełnionego druku świadomej zgody na udział w programie;
2. przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu podpisanego oświadczenia, że nie bierze udziału w innym analogicznym programie finansowanym ze środków miasta Zabrze;
3. uczestnik programu w momencie kwalifikacji musi być w przedziale wiekowym do 25 roku życia;
4. uczestnik programu w momencie kwalifikacji zamieszkuje na terenie miasta Zabrze;
5. do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający medyczne kryteria włączenia na podstawie skierowania od lekarza POZ lub specjalistów z różnych oddziałów medycznych i rehabilitacji (ortopeda, neurolog) wskazany, dzięki zakwalifikowaniu przez realizatora programu na wizycie wstępnej.
6. u uczestnika programu w momencie aplikowania nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu.

Ponadto z Programu będą mogły skorzystać dzieci i młodzież uczące się w Szkołach Specjalnych na terenie Zabrze posiadające skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a także dzieci kierowane z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu, również pod warunkiem posiadania skierowania od lekarza.

Kryteria wyłączenia z programu to:

1. przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu,
2. nieusprawiedliwiona absencja na 3 spotkaniach w ramach programu (beneficjent uzna za usprawiedliwioną nieobecność kiedy będzie ona wynikała: ze stanu zdrowia uczestnika tymczasowo uniemożliwiającego uczestniczenie w działaniach w ramach programu popartego dokumentacją medyczną; ze zdarzenia losowego o szczególnym znaczeniu - do oceny przez beneficjenta),
3. z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte innym programem polityki zdrowotnej miasta Zabrze, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie.

Beneficjent wykluczy z udziału w programie uczestnika, u którego podczas wykonywania interwencji wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia.

c. Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu, spełniających wymagania określone dla konkursu i będzie nadzorowany przez koordynatora wyznaczonego przez realizatora programu.

Program będzie się składał z następujących etapów organizacyjnych:

1. akcji informacyjnej,
2. rekrutacji uczestników,

3. działań edukacyjnych odpowiednich do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności,
4. działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych odpowiednich do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności,
5. monitoringu działań w ramach programu.

d. Sposób udzielania świadczeń

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

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

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

Według specjalistów w zakresie badania i leczenia wad postawy w celu wykrycia skoliozy młodzieńczej badania powinny być wykonywane dwukrotnie u dziewczynek zaś jednokrotnie u chłopców. W związku z tym realizator programu wykona badanie dwukrotnie u dziewczynek w wieku 10 lat i 12 lat oraz jednokrotnie u chłopców w wieku 13 - 14 lat.

Aby ujednoczyć schemat stosowany przez wszystkich specjalistów realizujących program dla dzieci z wadą postawy, realizator programu stosuje następujące narzędzia oceny stanu fizycznego: pomiar antropometryczny, skoliometr, pomiary wzrostu, skala BMI, lustro, podoskop komputerowy i diagnostyczny, stół rehabilitacyjny.

W celu ujednoczenia schematu wykorzystywanego do oceny stanu psychicznego dzieci z autyzmem, realizator programu stosuje następujące narzędzia: Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa, Krótka Skala Rozwoju Dziecka, neutralny kulturowo test inteligencji Cattella dla nastolatków, test matryc Ravena do 10 roku życia oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł skorzystać z pełnego cyklu działań terapeutycznych z zakresu stwierdzonej u niego niepełnosprawności. Udział w programie będzie dobrowolny, a o włączeniu do niego będzie decydowała kolejność zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu osób ustalonego przez beneficjentów programu).

Świadczenia w ramach programu będą przerywane w przypadku kiedy zaistnieje choć jedno z kryteriów wyłączenia uczestników z programu.

Akcja ma charakter ciągły i będzie się odbywała w cyklu rocznym. Konkretny termin realizacji danego modułu będzie wynikał z kwestii organizacyjnych i zostanie ustalony przez beneficjentów. Działania takie znacząco wpłyną na frekwencję i umożliwią realizację założonych celów.

W następnych latach trwania programu będą do niego włączane kolejne roczniki kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa w cyklu zajęć.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące kryteria:

- realizator programu, wyłoniony zostanie w drodze procedury konkursowej;
- rodzaj działalności beneficjenta winien odpowiadać rodzajowi działań zaplanowanych w ramach programu – sugeruje się, aby były to poradnie/ośrodki rehabilitacyjne;
- działania w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- działania w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, określone szczegółowo w postępowaniu konkursowym;
- dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora programu, zgodnie

z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych;

- dokumentacja związana z kwalifikacją uczestników do działań edukacyjnych będzie przechowywana w siedzibie realizatora programu z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.

e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia cyklu działań diagnostyczno-edukacyjnych lub zakończenia programu.

Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. Dobrowolne odstąpienie od udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie. Może to nastąpić na życzenie uczestnika, w przypadku niepełnoletnich osób na podstawie deklaracji rodzica/opiekuna dziecka uczestniczącego w programie.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu będzie przeprowadzona przez beneficjenta obligatoryjnie:

1. akcja informacyjna,
2. rekrutacja uczestników,
3. działania edukacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności,
4. działania terapeutyczne i rehabilitacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności,
5. monitoring działań w ramach programu.

W ramach poszczególnych etapów znaleźć się mają następujące działania:

Ad. 1. Akcja informacyjna

Priorytetem niniejszego programu jest dotarcie do wszystkich mieszkańców spełniających kryteria wiekowe i medyczne włączenia do programu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym spełnić to założenie będzie kampania informacyjno-edukacyjna nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej. Ze względów praktycznych ten element programu zostanie skierowany przede wszystkim do rodziców (oraz opiekunów) dzieci z grupy docelowej. Wyżej wymienieni mieszkańcy Zabrze będą informowani o zaplanowanych działaniach za pomocą lokalnych mediów, strony internetowej miasta oraz poszczególnych placówek oświatowych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne zostaną przekazane rodzicom dzieci w trakcie wywiadówek i wszelkich innych spotkań z gronem pedagogicznym. Uzyskają oni kompleksowe informacje organizacyjne dotyczące programu i planowanych działań.

Sugerowanymi sposobami rozpowszechniania informacji o programie są:

- przesłanie informacji drogą mailową (do szkół, placówek oświatowych, placówek zajmujących się autyzmem, kuratorium, itp.);
- wykorzystanie kontaktu rodziców z placówkami oświatowymi, np. podczas wywiadówek, spotkań rodziców z nauczycielami;
- przesłanie materiałów promocyjnych (np. plakaty i ulotki) do następujących organizacji/instytucji: placówek zajmujących się terapią zaburzeń neurologicznych, poradni rehabilitacyjnych, organizacji pozarządowych zajmujących się dziećmi z ASD, szkół, przedszkoli, ośrodków pomocy społecznej (OPS), powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych zajmujących się zaburzeniami rozwoju i schorzeniami układu ruchu, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów leczniczych Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i innych udzielających świadczeń z zakresu leczenia dzieci;
- umieszczenie informacji o programie na stronie internetowej beneficjenta.

W ramach rekrutacji adresatów do programu beneficjent opcjonalnie może nawiązać współpracę m.in. z: poradniami POZ, ambulatoryjnymi ośrodkami specjalistycznymi (AOS) i innymi podmiotami leczniczymi, ośrodkami pomocy społecznej (OPS), miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie (MOPR), powiatowymi centrami pomocy rodzinie (PCPR), organizacjami pozarządowymi i parafiami.

Ad. 2. Rekrutacja uczestników

Mając na uwadze grupę docelową programu opcjonalnym rozwiązaniem, na które powinno zwrócić się szczególną uwagę jest zaangażowanie podmiotów pomocy i integracji społecznej w realizację działań informacyjnych dotyczących realizacji programu (przebieg diagnostyki, miejsca jej wykonywania, itp.). Pracownicy tych jednostek byłiby pierwszym ogniwem łączącym grupy docelowe z beneficjentem/realizatorem programu. Pracownicy ci, posiadający kwalifikację i wiedzę o zasadach realizacji programu, mieli by za zadanie zachęcić i motywować rodziców do wzięcia udziału w programie.

W przypadku działań w ramach programu weryfikowany będzie wiek uczestnika i spełnienie kryteriów włączenia, niezbędne będzie także uzyskanie pisemnej zgody opiekunów dzieci na uczestnictwo w programie.

Do programu zaproszeni zostaną wszyscy mieszkańcy z grupy docelowej spełniający medyczne kryteria włączenia. Rekrutacja będzie przeprowadzana na podstawie weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej bądź rekrutacji realizowanej przez beneficjenta stwierdzającej zaburzenia sprawności. Będzie to wywiad lekarski lub fizjoterapeutyczny (badanie fizykalne, z wykorzystaniem systemu Diers, uzupełnione testami funkcjonalnymi), weryfikacja przedstawionej dokumentacji medycznej, badania stwierdzające występowanie u dziecka autyzmu lub zaburzeń ASD.

W ramach badania lekarskiego początkowego beneficjent musi stwierdzić, czy nie zachodzą medyczne przeciwwskazania do uczestnictwa w dalszych interwencjach udzielanych w ramach programu.

Ad. 3. Działania edukacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności

Jeżeli uczestnikami programu będą dzieci z najmłodszych grup wiekowych (0-3 lata) działania edukacyjne zostaną w całości adresowane do rodziców/opiekunów i będą dotyczyły zagadnień opisanych w dalszej części podpunktu programu.

Wady postawy, zaburzenia ruchowe

W tym etapie, szczególna uwaga zostanie zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z problemem zdrowotnym oraz o ramach organizacyjnych programu.

W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym interwencje skupią się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań wśród rodziców/opiekunów oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Będzie to promowanie aktywności fizycznej, kształtowanie odpowiednich pozycji ciała, np. przy stole/biurku, podczas zabawy itp. Uczestnikom programu powinny zostać w sposób dostosowany do tej grupy wiekowej, przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki wybranych wad postawy. Szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań (np. sprzyjających urazom, ergonomii pracy i życia codziennego oraz prostych ćwiczeń fizycznych, które osoby z grupy docelowej mogłyby wykonywać we własnym zakresie). Interwencja edukacyjna w zakresie najmłodszych i młodszych grup wiekowych (dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym) powinna być skierowana w szczególności do rodziców/opiekunów. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej.

Zaburzenia z zakresu spektrum autyzmu

W ramach edukacji skierowanej do rodziców/opiekunów uczestników akcji zostaną przedstawione uszczegółowione informacje na temat objawów, skutków oraz metod leczenia i rehabilitacji w zakresie spektrum autyzmu.

Edukacja rodziców/opiekunów powinna zawierać dwa elementy:

- omawiające dostępne metody terapii – omówienie ich skuteczności, dostępności oraz założeń teoretycznych – edukacja dla wszystkich opiekunów dzieci uczestniczących w programie;
- omawiające praktyczne wskazówki, jak wspomagać rozwój dziecka podczas codziennych aktywności; edukacja będzie obejmowała elementy warsztatowe.

Działania edukacyjne zasady ogólne:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;

- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o zasadach postępowania w danych rodzajach niepełnosprawności, ryzykach zdrowotnych, zaleceniach dotyczących właściwego terapii i rehabilitacji dzieci;
- informacje o celach i zakresie realizowanego programu .

Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i może być oceniany podczas oceny programu w trakcie konkursu.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku i możliwości uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Za ten element edukacji, w tym przygotowanie i przeprowadzenie testu, będą odpowiedzialne osoby wskazane przez beneficjenta, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej spełniającej kryteria włączenia i nie będą ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych beneficjenta. Działania edukacyjne zaplanowano z częstotliwością 1-2 razy w miesiącu.

Podczas działań edukacyjnych beneficjenci mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważnym jest dobór właściwych technik i narzędzi do pomiaru stanu psychicznego.

Ad. 4. Działania terapeutyczne i rehabilitacyjne odpowiednie do występującego rodzaju zaburzeń i ograniczenia sprawności.

Wady postawy, zaburzenia ruchowe

Interwencja terapeutyczna w ramach tego modułu winna składać się z:

- a) indywidualnych porad lekarskich/rehabilitacyjnych/terapeutycznych;
- b) zajęć ruchowych (min. 1 raz w tygodniu),

Celem podejmowanych działań jest poprawa stanu zdrowia poprzez uzyskanie i utrzymanie prawidłowej postawy ciała, poprawa lub zahamowanie pogłębiania się występowania schorzeń narządu ruchu. Wszystkie osoby uczestniczące w tym module będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych, przy czym wskazana jest aktywność fizyczna każdego uczestnika co najmniej 1 raz w tygodniu lub więcej.

- a) Indywidualne porady lekarskie/rehabilitacyjne/terapeutyczne

Obligatoryjną częścią interwencji terapeutycznej modułu są indywidualne porady lekarskie/rehabilitacyjne/terapeutyczne. W trakcie pierwszej z nich lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad, odpowiednie badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali indywidualny program rehabilitacji. Za edukację zdrowotną pacjenta dotyczącą jego aktywności po zakończeniu cyklu interwencji terapeutycznej może być odpowiedzialny lekarz lub fizjoterapeuta.

b) Zajęcia ruchowe

Obligatoryjną częścią interwencji terapeutycznej modułu są zajęcia ruchowe. Mają na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają na (co najmniej) zahamowanie pogłębiania się występowania schorzeń narządu ruchu oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej. Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej.

Wśród zaplanowanych interwencji w module mogą znaleźć się takie działania jak:

- gimnastyka korekcyjna;
- zabiegi fizykalne;
- masaże;
- kinezyterapia;
- terapie manualne;
- Integracja Sensoryczna;
- inne.

Interwencja winna być realizowana w formie zajęć dostosowanych do możliwości uczestnika. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń w ośrodku, jak również kontynuowane w warunkach domowych. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

Zajęcia ruchowe prowadzone powinny być przez: fizjoterapeutów posiadających prawo do wykonywania zawodu oraz certyfikowanych terapeutów posiadających odpowiednie szkolenie w zakresie metod terapeutycznych.

Badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne końcowe,

Pełen cykl interwencji musi zakończyć się badaniem końcowym uczestników programu. Powinno ono być składać się z takich samych badań jak badanie początkowe kwalifikujące do modułu. Lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad, odpowiednie badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali wynik wdrożonego indywidualnego programu rehabilitacji. Celem wykonywania badań początkowych i końcowych jest porównanie stanu wejściowego z wyjściowym oraz określenie efektywności przeprowadzonych interwencji.

W skład multidyscyplinarnego zespołu zajmującego się schorzeniami kręgosłupa m.in. może wchodzić personel wyspecjalizowany w dziedzinach ukierunkowanych na leczenie, profilaktykę zdrowotną, wsparcia osób z dysfunkcjami narządu ruchu, z doświadczeniem w prowadzeniu długofalowych interwencji u takich osób.

W celu świadczenia kompleksowej usługi zespół ten skupiać może: lekarzy, w tym ortopedę, specjalistę rehabilitacji medycznej, masażystę, specjalistę aktywności fizycznej, fizjoterapeutę. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas wyboru realizatora programu w trakcie konkursu.

Zaburzenia z zakresu spektrum autyzmu

Badania diagnostyczne mające na celu wykrycie ewentualnych objawów wskazujących na zaburzenia z zakresu spektrum autyzmu będą składały się z dokładnego wywiadu lekarskiego z rodzicami/opiekunami dziecka oraz obserwacja dziecka celem opracowania diagnozy funkcjonalnej oraz planu indywidualnej terapii behawioralno-poznawczej.

Wśród zaplanowanych działań w ramach indywidualnej terapii behawioralno-poznawczej mogą się znaleźć :

- terapia TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*);
- analiza behawioralna, czyli metoda „małych kroczków”;
- terapia RDI (*Relationship Development Intervention*) – Metoda Opcji;
- metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne;
- działania stymulacyjno-rozwojowe;
- gimnastyka korekcyjna;
- integracja sensoryczna;
- multisensoryka;
- muzykoterapia;
- Bajkoterapia;
- modyfikowana wersja Metody Dobrego Startu;
- zabiegi fizykalne i rehabilitacyjne.

Celem podejmowanych działań jest uzyskanie wysokiego wskaźnika wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacja dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. Wszystkie osoby w ramach terapii spektrum zaburzeń autystycznych powinny mieć zapewnione systematyczne interwencje behawioralne oraz odpowiednie metody kształcenia chorych dzieci ustalone w ramach terapii indywidualnej, z częstotliwością co najmniej dwa razy tygodniowo na poziomie od 120 do 180 minut lub więcej, przez okres co najmniej od trzech miesięcy.

Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór zajęć umożliwiających poprawę kondycji psychofizycznej. Terapia dziecka z rozpoznaniem ASD powinna być zindywidualizowana i prowadzona na bazie indywidualnego planu interwencji, określającego cele, typ, częstotliwość

i intensywność działań, odpowiednich dla szczególnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Program wczesnej interwencji musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb dziecka i rodziny.

Ad. 5. Monitoring działań w ramach programu

Ostatnim elementem będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości realizowanych działań. W ramach działań będą prowadzone pomiary niezbędne do wyznaczenia stopnia osiągnięcia zakładanych celów.

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

Od realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC na czas i zakres realizacji zadań w ramach niniejszego programu, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń podczas jego realizacji.

Realizator wybrany w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą, sprzętem oraz pomieszczeniami niezbędnym do wykonywania zaplanowanych procedur.

W realizacji interwencji zastosowane będą wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP.

Dokumentacja medyczna powstająca w trakcie realizacji programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie, udzielającego świadczeń w ramach programu. Warunki będą zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Wymagania kadrowe

- lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii, lub
- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji, lub
- lekarz specjalista w dziedzinie neurologii,
- fizjoterapeuci z certyfikatami i uprawnieniami do zawodu,
- psycholog lub psychoterapeuci,
- pedagog/pedagog specjalny,
- logopeda,
- pozostały personel – personel, który stanowią:
 - a) osoby posiadające doświadczenie, wiedzę i umiejętności praktyczne w wykonywaniu działań ukierunkowanych na realizację zadań wynikających z niniejszego programu.

Personel będzie spełniał wymogi gwarantujące fachowość i bezpieczeństwo wszystkich działań.

Beneficjenci są zobowiązani zapewnić bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie

poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności. Na beneficjencie ciąży zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom programu przez cały czas realizacji interwencji, bez względu na ich charakter i miejsce realizacji.

Wymagania sprzętowe i lokalowe

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia tych świadczeń będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Sprzęt:

- a) wyposażenie sal kinezyterapii: stoły rehabilitacyjne, stoły do masażu, rotory do ćwiczeń, UGUL, stół do ćwiczeń manualnych, zestaw do korekcji wad postawy, materace, drabinki gimnastyczne, podoskop diagnostyczny komputerowy podświetlany z kamerą FullHD stóp, sprzęt do terapii metodami integracji sensorycznej (wałki, piłki, kliny i inne);
- b) wyposażenie sal fizykoterapii: zestaw do biostymulacji laserowej, zestaw do magnetostymulacji, ultradźwięki fale dźwiękowe o niskiej częstotliwości, zestaw do elektroterapii z osprzętem, lampy terapeutyczne, termożele, wanna do hydroterapii;
- c) wyposażenie gabinetu psychologicznego i logopedycznego: zestaw multimedialny do ćwiczeń logopedycznych, testy logopedyczne, lustro logopedyczne, gry dydaktyczne, próby grafomotoryczne, radiomagnetofon, wibratory językowe, testy psychologiczne (do badania poziomu umysłowego i sprawności analizatorów), testy do badania osobowości i sfery emocjonalno-motorycznej, sprzęt do muzykoterapii.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Monitorowanie

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w rocznych przedziałach czasowych.

Realizator będzie także zobligowany do złożenia raportu końcowego, po zakończeniu działań w ramach programu.

Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych świadczeń, liczba uczestników działań edukacyjnych. Jej zmiana w poszczególnych latach programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto szczególna uwaga winna zostać zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu, zostanie zweryfikowana także przyczyna tego stanu. Realizator przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski z analizy przyczyn odmów na udział w badaniu zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji odmów uczestników do przystąpienia do programu w kolejnych latach jego realizacji.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta oraz organizatora programu, a ich jakość regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu przez realizatora programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie.

Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą podniesieniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

Ewaluacja

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany realizator programu.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji:

- określenie liczby przebadanych osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie stopnia niepełnosprawności u osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie liczby i odsetka dzieci z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności u osób objętych programem na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie czasu oczekiwania pacjentów oczekujących na wielospecjalistyczną diagnozę dokonywaną przez lekarza, psychologa i pedagoga jednocześnie, w tym samym miejscu i czasie, połączoną z fachowymi zaleceniami i planem terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba osób niepełnosprawnych u których stwierdzono poprawę zdrowia i jakości życia na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej i zagrożonych niepełnosprawnością oraz ich rodzin, u których uzyskano poprawę rozwoju psychomotorycznego na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028

- liczba osób niepełnosprawnych włączonych w życie rodzinne, kulturalne, społeczne, poprzez lepszą asymilację środowiskową oraz stworzenie podstaw integralnego rozwoju dzieci i młodzieży na miarę ich możliwości na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- określenie liczby rodzin u których uzyskano poprawę jakości życia z dzieckiem niepełnosprawnym (uzyskanie wsparcia, poczucia sukcesu i umiejętności radzenia sobie z zagrażającymi problemami zdrowotnymi na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028);
- wzrost współpracy rodziców z terapeutami w realizowaniu kompleksowej terapii dzieci niepełnosprawnych, poprzez określenie wskaźnika *compliance* zalecanej terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- liczba osób ogółem uczestniczących w edukacji, u których nastąpił wzrost wiedzy na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028; wartość docelowa wzrost o 30% mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów
- liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w edukacji, u których nastąpił wzrost wiedzy na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028 wartość docelowa wzrost o 30% mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów.
- wzrost o co najmniej 10% liczby dzieci z wcześniej zdiagnozowanymi wadami postawy na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- wdrożenie działań korekcyjnych u 80% najmłodszych dzieci u których rozpoznano wady postawy podczas trwania programu na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- objęcie wsparciem merytorycznym 50% rodziców dzieci w ramach organizowanych spotkań edukacyjnych na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028;
- wzrost poziomu wiedzy u co najmniej 50% rodziców/opiekunów dzieci dotyczącej zapobiegania wadom postawy u dzieci na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028 wartość mierzona wzrostem liczby odpowiedzi pozytywnych dla pre i post testów podczas edukacji zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów

Powyższe wskaźniki będą analizowane odpowiednimi narzędziami, wykorzystane zostaną dane uzyskane np. z raportów z monitoringu.

6. Koszty

a. Planowane koszty całkowite

W poszczególnych latach miasto Zabrze przeznaczy na realizację programu:

w 2025 r. - 800.000 zł

w 2026 r. - 800.000 zł

w 2027 r. - 800.000 zł

w 2028 r. - 800.000 zł

Koszt całkowity realizacji programu w latach 2025-2028 zł wyniesie około: 3 200 000 zł.

b. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania kwalifikacyjnego wraz z wstępną oceną stanu zdrowia uczestnika, koszt zajęć edukacyjnych, koszt zabiegów terapeutycznych i rehabilitacyjnych oraz ocenę końcową stanu zdrowia uczestnika.

Tabela 1. Koszty jednostkowe programu

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy
badanie kwalifikacyjne	110,00 zł
koszt zajęć edukacyjnych	175,00 zł
koszt zabiegów terapeutycznych (za godzinę)	100,00 zł
ocena końcowa stanu zdrowia uczestnika	110,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

c. Koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty ogólne programu:

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- opracowanie schematów realizacji badania;
- wdrożenie dokumentacji programu
- koszty monitorowania;
- koszty ewaluacji.

Koszty organizacyjne programu:

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;

Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych on-line;
- wdrożenie dokumentacji elektronicznej programu;

Tabela 2. Planowany roczny budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Ilość uczestników/powtórzeń	Koszt jednostkowy	Kwota
Koszty organizacyjne	1	12 000 zł	12 000,00 zł
Koszty ogólne programu	1	26 000 zł	26 000,00 zł
Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	1	1 800 zł	1 800,00 zł
Koszty badania kwalifikacyjnego	300 osób	110,00 zł	33 000,00 zł
Koszt zajęć edukacyjnych	24 spotkania	175,00 zł	4 200,00 zł
Koszt zabiegów terapeutycznych	300 osób po 23 godziny	100,00 zł	690 000,00 zł
Koszt oceny końcowej stanu zdrowia uczestnika	300 osób	110,00 zł	33 000,00 zł
Razem			800 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Planowany budżet całkowity programu

Rok	Koszt roczny
2025	800 000,00 zł
2026	800 000,00 zł
2027	800 000,00 zł
2028	800 000,00 zł
Razem	3 200 000,00 zł

Źródło: opracowanie własne.

Maksymalne koszty całkowite, przy zakładanej liczbie wykonanych procedur w ramach programu oraz przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej, niezbędne do realizacji programu, szacowane są na ok. 800 000 zł rocznie

Koszt całkowity realizacji programu jest zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej.

Ewentualne nadwyżki finansowe powstające w czasie realizacji programu winny być przeznaczone na zwiększenie liczby osób uczestniczących w programie lub sytuacji finansowej na rynku medycznym.

Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od wniosków, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne wnioski mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

d. Źródła finansowania, partnerstwo

Program zdrowotny mieszkańców miasta Zabrze sfinansowany zostanie w części z budżetu gminy miasta Zabrze Dz. 851, rozdz. 85149. Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

.....
.....
.....

4. O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

.....
.....
.....

5. Inne uwagi.

.....
.....
.....
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

b. Ankieta satysfakcji uczestnika spotkania edukacyjnego

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na szkoleniu będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały szkoleniowe były pomocne w trakcie szkolenia?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Jakie treści merytoryczne powinny zostać Pani/Pana zdaniem uwzględnione w kolejnych szkoleniach tego typu?

.....
.....
.....

Co podczas szkolenia najbardziej się Pani/Panu podobało? Czego podczas szkolenia Pani/Panu zabrakło?

.....
.....
.....

c. Zgoda na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że jestem mieszkańcem M. Zabrze oraz oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis i data złożenia podpisu
(pacjent/rodzic/opiekun)

Oświadczam, że Program został omówiony ze mną z użyciem zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis i data złożenia podpisu
(pacjent/rodzic/opiekun)

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego w postaci imienia, nazwiska, wieku przez XXXXXXXXXXXXX jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Pacjent biorący udział w badaniu:

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis i data złożenia podpisu
(pacjent/rodzic/opiekun)

ORYGINAŁ/KOPIA

d. Oświadczenie

Oświadczenie

Oświadczam, **że nie korzystam** z różnych form diagnostycznych i terapeutycznych na terenie miasta Zabrze w ramach rehabilitacji leczniczej.

Podpis i data złożenia podpisu
(pacjent/rodzic/opiekun)

8. Bibliografia:

1. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
2. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,122,zrodla-danych-o-osobach-niepelnosprawnych>
3. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. Rybakowski F. et al.: Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(4): 653–665.
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
6. Manual of the International Statistical Classification of the Diseases and Related Health Problems. 10th edition. Geneva: World Health Organization 2002.
7. Sigman M., Dijamco A., Gratier M., Rozga A.: Early detection of core deficits in autism. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Rev.* 2004; 10: 221–233.
8. Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg C.: Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br. J. Psychiatry* 1992; 161: 839–843.
9. Dietz C., Swinkels S., van Daalen E. et al.: Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14–15 months: Population screening with the early screening of autistic traits questionnaire (ESAT). Design and general findings. *J. Autism Dev. Disord.* 2006; 36: 713–722.
10. Matson J.L., Fodstad J.C., Dempsey T.: What symptoms predict the diagnosis of autism or PDDNOS in infants and toddlers with developmental delays using the Baby and Infant Screen for Autism Traits. *Dev. Neurorehabil.* 2009; 12: 381–388.
11. Lord C., Corsello C.: Diagnostic instruments in autistic spectrum disorders. W: F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. John Wiley & Sons, New Jersey 2005.
12. Pisula E.: *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
13. WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en/>
14. Kogan M.D. et al.: Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics* 2009; 124(5): 1395–1403.
15. Boilson A.M. et al.: Operationalisation of the European Protocol for Autism Prevalence (EPAP) for autism spectrum disorder prevalence measurement in Ireland. *J. Autism Dev. Disord.* 2016; 46(9): 3054–3067.
16. GUS: *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015.
17. <http://synapsis.org.pl/>
18. Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 4, 508–513.

19. Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64
20. Ostrega W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014
21. Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform. 2006; 123:84-9
22. Grivas TB, Vasiliadis E, Mouzakis V et al. Association between adolescent idiopathic scoliosis prevalence and age at menarche in different geographic latitudes. Scoliosis. 2006 May 23; 1:9
23. Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015
24. https://katowice.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_slaskie/portrety_miast/miasto_zabrze.pdf
25. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
28. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania,
30. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych., Ustawa z dnia 5 lipca 2018 roku o zmianie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw,
31. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne,
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Uzasadnienie

Program polityki zdrowotnej pt. "Program kompleksowej terapii i rehabilitacji osób w wieku 0-25 lat z terenu Miasta Zabrze", został opracowany na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024.146 z późn. zm.).

Celem programu jest poprawa stanu psychofizycznego minimum o 15 % mierzona odpowiednimi do zaburzeń testami diagnostycznymi, u minimum 25% osób w przedziale wiekowym 0-25 lat, uczestniczących w programie, poprzez wdrożenie wczesnej diagnostyki i terapii zaburzeń rozwojowych, diagnozy psychologicznej i logopedycznej oraz rehabilitacji, a także zapewnienie ciągłości procesu kompleksowej terapii na terenie Gminy Zabrze, w latach 2025-2028.

Program przyczyni się do zwiększenia dostępności i zapewnienia ciągłości terapii i rehabilitacji osób do 25 roku życia. Limitowane świadczenia gwarantowane oferowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie zaspokajają w pełni potrzeb rehabilitacyjnych i terapeutycznych najmłodszych mieszkańców Miasta, tym samym zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w tym zakresie. Program uzyskała pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji nr 56/2021 z dnia 29 września 2021 r.

Zgodnie z art.48a ust. 5 pkt 1 lit. a) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych projekt programu polityki zdrowotnej, który jest kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię, nie wymaga ponownego opiniowania i może być realizowany. Wobec powyższego przyjęcie uchwały jest zasadne.