

**UCHWAŁA NR XX/253/2025
RADY MIASTA CHORZÓW**

z dnia 28 sierpnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia Programu stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026-2028

Na podstawie art.18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz.1153) w związku z art.7 ust.1 pkt 1, art.48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz.146 z późn. zm.)

**Rada Miasta Chorzów
uchwała**

§ 1.

1. Przyjąć Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 - 2028.

2. Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 - 2028 będzie realizowany ze środków budżetu Miasta Chorzów przez Miasto Chorzów.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Chorzów.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady
Miasta Chorzów

Katarzyna Sudoł

Urząd Miasta Chorzów



**PROGRAM STYMULACJI ROZWOJU DLA DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ ORAZ ZAGROŻONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
WRAZ Z WDRAŻANIEM RODZINY DO REALIZACJI PROGRAMÓW REHABILITACJI
W WARUNKACH DOMOWYCH ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA CHORZÓW
NA LATA 2026-2028**

Program został opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r.
poz. 146 z późn. zm.)

Program został przygotowany w 2025 r. przez:

Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Chorzów

ul. Rynek 1, 41-500 Chorzów

I. Opis problemu zdrowotnego

I.1. Choroba lub problem zdrowotny

Niepełnosprawność obejmuje trwałe i okresowe naruszenie sprawności. Jest pojęciem wieloznacznym i wielopłaszczyznowym. Dotyczy większości wymiarów życia, jest relatywna w stosunku do norm i standardów społeczno-kulturowych.

Osoba niepełnosprawna według WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej.

Wyróżnia się trzy główne modele niepełnosprawności:

- model medyczny – upośledzenie (*impairment*) – każde obniżenie wydajności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, fizycznym lub anatomicznym oraz psychospołeczne konsekwencje tego braku lub upośledzenia. Do utraty sprawności dochodzi w wyniku patologicznego naruszenia cielesności jednostki, które jest równoznaczne z ograniczeniami. Do środków pomocy zaliczamy oddziaływania lecznicze oraz kompensacyjne, nakierowane na źródło i skutki naruszenia cielesnego;
- model społeczny – presja ze strony społeczeństwa – brak lub ograniczenie aktywności człowieka spowodowane współczesną organizacją społeczną, w której nie bierze się pod uwagę potrzeb osób z uszkodzeniami fizycznymi oraz trudnościami w uczeniu, tym samym wykluczając ich z głównego nurtu życia społecznego. Do utraty sprawności dochodzi w wyniku pogarszającego się stanu zdrowia, który przekłada się na posiadane ograniczenia funkcjonalne (np. chodzenie, widzenie). Do środków pomocy zaliczamy usuwanie barier, walkę z uprzedzeniami i wykluczeniem społecznym;
- model funkcjonalny:
 - niepełnosprawność (*disability*) – każde ograniczenie bądź niemożność prowadzenia aktywnego życia, w sposób lub w zakresie uznawanym za typowe dla człowieka w podobnym wieku i tej samej płci;
 - utrudnienie (*handicap*) – ograniczenie lub niemożność pełnej realizacji ról społecznych odpowiadających wiekowi, płci oraz zgodnych z uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi;
 - do utraty sprawności dochodzi w wyniku pogarszającego się stanu zdrowia, który przekłada się na posiadane ograniczenia funkcjonalne. Do środków pomocy zaliczamy złożone oddziaływania wspomagające jednostkę, leczenie oraz proces adaptacji do środowiska osoby niepełnosprawnej, a także technologie wspomagające, narzędzia i techniki akomodacyjne.

Polska przyjmując uchwałę Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. *Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych*, zdefiniowała osoby niepełnosprawne jako osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwałe lub okresowo utrudnia lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych. Osoby te mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. W dalszej części Karta precyzuje, że niepełnosprawni mają prawo m.in. do:

- dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym;
- dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną;
- pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój.

Postępowanie wobec niepełnosprawności powinno przyjmować formę interwencji medycznych nacechowanych na rozpoznanie, profilaktykę, leczenie oraz rehabilitację. Formy interwencji medycznej wobec niepełnosprawności:

Formy interwencji medycznych	Istota postępowania
------------------------------	---------------------

Rozpoznanie i profilaktyka	
Epidemiologia niepełnosprawności	Określanie, wczesne wykrywanie w populacji i diagnozowanie czynników prowadzących do utraty sprawności;
Profilaktyka przyczyn	Działania nastawione na zapobieganie występowaniu uszkodzeń fizycznych, intelektualnych, psychicznych i narządów zmysłów poprzez wczesne zapobieganie, redukowanie lub eliminowanie działania czynników powodujących niepełnosprawność;
Leczenie	
Diagnoza medyczna problemu	Potwierdzenie w toku medycznej procedury diagnostycznej występowania czynników powodujących niepełnosprawność, których wynikiem jest choroba i deficyt fizyczny;
Oddziaływanie na przyczyny problemu	Usuwanie czynników powodujących niepełnosprawność lub ograniczenie ich działania w celu poprawy stanu zdrowia jednostki;
Oddziaływanie na przyczyny problemu	Usuwanie lub ograniczanie biologicznych konsekwencji naruszenia cielesności jednostki w celu ograniczenia uszczerbku zdrowia;
Rehabilitacja	
Oddziaływanie na funkcje biologiczne ciała	Odtworzenie lub przywrócenie utraconych lub uszkodzonych funkcji biologicznych danego narządu ciała;
Kompensacja utraconej funkcji biologicznej	Równoważenie utraconej lub ograniczonej funkcji cielesnej za pomocą medycznych środków technicznych (np. wózek inwalidzki);
Kompensacja doświadczanego ograniczenia w funkcjonowaniu	Równoważenie utraconych możliwości funkcjonowania psychospołecznego za pomocą oddziaływań medycznych i medycznych środków technicznych.

Od początków XX wieku dostrzegano potrzebę usprawniania chorych. W Polsce w tej dziedzinie specjalistą był profesor Wojciech Dega, który stworzył model rehabilitacji zaakceptowany przez WHO i aktualny do dzisiaj. Rehabilitację medyczną, według polskiego modelu Degi, cechowały cztery przymiotniki:

- powszechna – dostępna dla wszystkich;
- wczesna – wczesne zapoczątkowanie rozumiane jako usprawnienie zaraz po zabiegu bądź wydarzeniu pozbawiającym sprawności;
- kompleksowa – połączenie fizykoterapii, kinezyterapii, zajęć z logopedą, zaopatrzenia ortopedycznego, pomocy psychologicznej, pomocy socjalnej, ergoterapii, nauki szkolnej (w przypadku dzieci i młodzieży), pomocy instruktora zawodowego. Kompleksowa rehabilitacja wiąże się z pojęciem zespołu interdyscyplinarnego, angażującego lekarzy i specjalistów z wielu dziedzin;
- ciągła – powinna być nieprzerwana, natomiast jednorazowo powinna być prowadzona rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczna.

Zgodnie z zaproponowanym modelem powstało pojęcie zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi: lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej i/lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda (neurologopeda), pedagog, psycholog. Kompleksowa terapia usprawniająca powinna opierać się o zabiegi nie tylko z dziedziny fizjoterapeutycznej, ale również logopedycznej i psychologicznej.

Do najważniejszych przyczyn niepełnosprawności wśród dzieci zaliczamy niepełnosprawność intelektualną. Ujmowana jest jako zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się

przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi. Występuje znacząco niższy poziom ogólnego funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą: obniżenie funkcjonowania przystosowawczego związanego z co najmniej dwoma obszarami zdolności, takimi jak: komunikacja, troska o siebie, życie w domu, zdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych na płaszczyźnie społecznej, kierowanie sobą, zdolność uczenia się i pracy, czas wolny, zdrowie oraz bezpieczeństwo. Ujawnia się przed ukończeniem 18 roku życia. Do przyczyn powstawania niepełnosprawności intelektualnej zaliczamy: czynniki środowiskowe; zakażenia i zatrucia; urazy i działanie czynników fizycznych; zaburzenia przemiany materii, wzrostu i odżywiania; ciężkie choroby; anomalie chromosomowe. Szczególnie istotne w kompleksowej terapii usprawniającej są metody fizjoterapeutyczne, logopedyczne oraz psychologiczne, a ich współdziałanie pozwala na osiągnięcie najlepszych efektów. Do metod fizjoterapeutycznych najczęściej stosowanych w terapii usprawniającej zaliczamy:

- a) metoda NDT-Bobath – metoda neurorozwojowa, szczególnie stosowana w usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Polega na wpływaniu na mięśnie poprzez obniżanie napięcia wzmożonego i podwyższanie obniżonego; hamowanie nieprawidłowych odruchów; wyzwalanie ruchów w formie najbardziej, jak to jest tylko możliwe, zbliżonej do prawidłowych; wykorzystywanie i utrwalanie zdobytych umiejętności ruchowych w codziennych czynnościach.
- b) stymulacja polisensoryczna Ayres – Terapia SI nie jest uczeniem konkretnych umiejętności (np. jazda na rowerze, pisanie, czytanie), ale usprawnianiem pracy systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które są bazą do rozwoju tych umiejętności. W toku pracy tą metodą terapeuta stymuluje zmysły dziecka oraz usprawnia takie zakresy, jak np.: motoryka mała, motoryka duża, koordynacja wzrokowo-ruchowa. Zadaniem terapeuty jest, przy zastosowaniu odpowiednich technik, eliminowanie, wyhamowywanie lub ograniczenie niepożądanych bodźców obecnych przy nadwrażliwościach sensorycznych lub dostarczanie silnych bodźców, co jest konieczne przy podwrażliwościach systemów sensorycznych.
- c) metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne – prowadzenie ćwiczeń tą metodą ma na celu stworzenie dziecku okazji do poznania własnego ciała, usprawnienia motoryki, poczucia własnej siły, sprawności i w związku z tym możliwości ruchowych. Dzięki temu dziecko zaczyna mieć zaufanie do siebie i zyskuje poczucie bezpieczeństwa.
- d) metoda PNF – torowanie nerwowo-mięśniowe – opierając się na budowie anatomicznej człowieka, PNF proponuje ruchy naturalne, przebiegające trójpłaszczyznowo, zbliżone do aktywności dnia codziennego. Ruchy te prowadzone są wzdłuż skośnych (diagonalnych) osi ruchu, które ze względu na swój przebieg stwarzają możliwość zaktywizowania największej liczby mięśni należących do tego samego łańcucha mięśniowego.
- e) metoda Vojty – metoda mająca na celu przywrócenie wrodzonych wzorców ruchowych, które zostały zablokowane w rozwoju przez wczesnodziecięce uszkodzenia OUN lub zostały utracone na skutek urazów.
- f) metoda Integracji Czynności Zmysłowych – metoda polegająca na dostarczaniu dziecku kontrolowanej liczby bodźców sensorycznych, w szczególności: przedsionkowych, proprioceptywnych i dotykowych w taki sposób, aby dziecko prezentowało odpowiednie reakcje adaptacyjne poprawiające integrację tych bodźców. Terapia prowadzona jest na zasadzie „naukowej zabawy”, podczas której dziecko nie uczy się konkretnych umiejętności, lecz wzmacnia procesy nerwowe leżące u podstaw tych umiejętności, a one pojawiają się w sposób naturalny, jako konsekwencja poprawy funkcjonowania OUN.
- g) kinesio-taping – metoda terapeutyczna polegająca na aplikacji na skórze pacjenta, w ściśle określony sposób, elastycznych bądź nierozciągliwych plastrów, które stają się źródłem bodźców sensorycznych i w zależności od rodzaju plastra, sposobu oraz miejsca aplikacji wywołują różnorodne działania korekcyjno-terapeutyczne.
- h) terapia tkanek miękkich oraz terapia manualna – techniki wpływające na dysfunkcje mięśni, powięzi, więzadeł i ścięgien wykorzystujące napięcie mięśniowe pacjenta w celu likwidacji zaburzeń w obrębie tkanek miękkich. Są to techniki stosujące ukierunkowane i specyficzne bodźce mechaniczne lub kinetyczne za pośrednictwem rąk terapeuty. Stosowane są przede wszystkim w zaburzeniach czynności różnych struktur układu ruchu.

Celem prowadzonej specjalistycznej rehabilitacji jest szeroko rozumiana poprawa stanu sensomotorycznego, mechanizmu równowagi, przywracanie zdolności motorycznych, odzyskiwanie sprawności dotkniętych dysfunkcją części ciała. Istotne jest współdziałanie z innymi specjalistami w celu skoordynowania realizowanych zajęć do potrzeb w zakresie terapii logopedycznej, terapii psychologicznej czy terapii zajęciowej. Cel ten będzie osiągany poprzez wymienione niżej oddziaływania:

- wspomaganie niewydolnego mechanizmu antygravitacyjnego;
- zmianę warunków biomechanicznych (zapobieganie rozwojowi nieodwracalnych zmian strukturalnych w aparacie ruchu, odzyskiwanie sprawności);
- wpływanie na jakość doznań zmysłowych (stymulacja czuciowa określonych sfer, które powodują wyzwolenie reakcji ruchowych, zwiększających poczucie bezpieczeństwa);
- zwiększenie kontroli nad wzmocnionymi mięśniami pozwalające dziecku na polepszenie funkcji i osiągnięcie niezależności ruchowej;
- wpływanie na układ błędnikowy odpowiedzialny za równowagę;
- szybką regenerację przemęczonych mięśni;
- korekcję ustawienia oraz pracy stawów.

Proces psychologiczno-terapeutyczny realizowany jest na podstawie diagnozy psychologicznej. Pierwszym etapem jest przeprowadzenie wywiadu z rodzicem bądź rodzicem i dzieckiem na podstawie kwestionariusza. Dzięki temu psycholog ma możliwość poznania historii choroby, przebiegu wcześniejszej terapii, stosowanych metod, sytuacji rodzinnej i społecznej. Kolejnym krokiem jest zbadanie poziomu rozwoju intelektualnego dziecka na podstawie specjalnie do tego przygotowanych arkuszy obserwacji bądź specjalistycznych narzędzi, takich jak:

- Dziecięca Skala Rozwojowa;
- Skala Dojrzałości Umysłowej Columbia;
- Międzynarodowa Wykonaniowa Skala Leitera;
- Skala Inteligencji dla Dzieci Wechslera (WISC-R).

Specjalista (psycholog) po wywiadzie, dokonaniu oceny funkcjonowania dziecka i jego problemów decyduje o częstotliwości, z jaką występuje konieczność prowadzenia terapii.

W ramach terapii psychologicznej, w zależności od problemu dziecka oraz jego deficytów, wykorzystywane są następujące metody terapeutyczne:

Przy zaburzeniach w sferze emocjonalno-społecznej:

- elementy psychodramy – polegają na odgrywaniu przez osobę różnych ról społecznych w zaimprovizowanych sytuacjach. Odegranie sytuacji z wydarzeń, które w rzeczywistości wiązały się z silnymi emocjami stanowi pretekst do ponownego ich przeżycia w bezpieczniejszej sytuacji, „oczyszczenia” emocjonalnego oraz poznania możliwych reakcji innych osób;
- bajkoterapia – pomaga w przezwycięzeniu lęków związanych z różnymi sytuacjami. Wykorzystuje się odpowiednio dobrany tekst. Dzięki temu w psychice dziecka pojawia się pozytywne myślenie, dzieci zaczynają rozumieć swoje uczucia, ich przejawy, a także przyczyny. Bajki terapeutyczne pokazują jak trzeba sobie radzić i przedstawiają pewne wzorce postępowania. Sprawiają, że dzieci zaczynają rozumieć świat, w którym żyją, przestają czuć się samotnie;
- terapia za pomocą rysunku;
- zajęcia relaksacyjne mające na celu zmniejszenie napięć w ciele, rozluźnienie napięcia, wyciszenie emocjonalne (trening autogeny Schultza, Jacobsona);
- elementy arteterapii – jest formą psychoterapii. We wspierającym środowisku, któremu sprzyja relacja terapeutyczna, uczestnik arteterapii może tworzyć obrazy i obiekty, w celu ich eksploracji oraz dzielenia się znaczeniami, które mogą być z nich odczytane. Dzięki temu osoba może lepiej zrozumieć siebie oraz naturę swoich problemów i trudności. To z kolei może prowadzić do pozytywnej trwałej zmiany w jego postrzeganiu siebie w aktualnych relacjach oraz ogólnie rozumianej jakości życia.

Przy zaburzeniach dotyczących procesów poznawczych:

- metoda Dennisona – metoda kinezylogii edukacyjnej opiera się na prostych ćwiczeniach ruchowych, stymuluje i oddziałuje na pracę mózgu, pobudzając różne jego obszary – działania te prowadzą do polepszenia plastyczności mózgu i zwiększenia możliwości uczenia się;
- elementy muzykoterapii;
- terapia poznawczo-behawioralna – może pomóc zmienić sposób myślenia (część „poznawcza”) i zachowania (część behawioralna). Poprzez oduczanie się szkodliwych reakcji na określone bodźce pacjent może przerwać błędne koło negatywnych myśli, odczuć i zachowań. Jej celem jest doprowadzenie pacjenta do momentu, gdy jest on w stanie „zrobić to sam” i wypracować własne metody radzenia sobie z danym problemem;
- terapia zabawą – głównym celem terapii jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Terapeuta „podaża za dzieckiem” – przyjmuje jego propozycje zabaw i aktywności;
- program rozwoju percepcji wzrokowej M. Frostig;
- programy multimedialne;
- metoda neurobiofeedback – Neurofeedback zwany również EEG Biofeedback czy Biofeedback EEG jest bezinwazyjną terapią prowadzoną z wykorzystaniem głowicy EEG w celu optymalizacji pracy mózgu. Ocenie podlegają częstotliwości, które powinny być wzmacniane lub hamowane, składające się na bioelektryczną aktywność mózgu. Celem terapii jest możliwie największa normalizacja zapisu EEG (w ramach danego problemu), przekładająca się na pozytywne zmiany w zakresie funkcjonowania psychospołecznego.

Przy zaburzeniach schematu ciała i orientacji w przestrzeni:

- metoda Knillów – podstawowym celem tej metody jest rozbudzenie aktywności osoby niepełnosprawnej, zachęcenie jej do działania i przejawiania własnej inicjatywy, muzyka stanowi tu ważny element programów;
- elementy metody W. Sherborne – cechą charakterystyczną metody jest rozwijanie przez ruch: świadomość własnego ciała, przestrzeni i działania w niej oraz dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi kontaktu. Metodę tę traktuje się często jako formę niewerbalnego treningu interpersonalnego.

Przy problemach manualnych i grafomotorycznych:

- terapia ręki;
- program rozwijający sprawność grafomotoryczną i grafopercepcję H. Tymichowej.

Przy zaburzeniach dotyczących funkcjonowania zmysłów:

- stymulacja polisensoryczna w skali doświadczania świata.

Głównymi celami indywidualnej terapii logopedycznej są:

- nauka skutecznej komunikacji w sposób dostępny dla danego pacjenta / beneficjenta. Najprecyzyjniejszą i najbardziej efektywną jej formą jest mowa rozumiana jako porozumiewanie się językowe słowne, stąd kładzie się nacisk na jej rozwój i doskonalenie;
- wypracowanie / przywrócenie fizjologicznych podstaw dla funkcji pokarmowych (m.in. likwidowanie niemowlęcego typu połykania, nauka żucia i in.), oddechowych (m.in. likwidowanie nieprawidłowego oddechu statycznego, rozdzielenie torów oddechowych, uzyskanie tzw. podstawy oddechowej i in.);
- wypracowanie wystarczających kompetencji realizacyjnych mowy.

Główne cele terapii logopedycznej są realizowane przez poszczególne cele etapowe:

1. Poprawa kompetencji realizacyjnych aparatu mowy stanowiących podstawę fizjologiczną, tj. mięśniowo – oddechowo – ruchową komunikacji językowej słownej:
 - podnoszenie sprawności żuchwy, języka, warg, policzków i zwierającego pierścienia gardłowego dla czynności pokarmowych;
 - doskonalenie umiejętności różnicowania aktywności oralnej prowadzącej do dysocjacji i separacji ruchu danego narządu mowy opartych na stabilności i adekwatnej sile w jednej lub większej grupie mięśni, a prowadzących do wzrostu kontroli segmentacji ruchu w przestrzeni oralnej i stopniowemu ograniczeniu / eliminowaniu fiksacji kompensującej deficyty ruchowe dodatkowo upośledzające motorykę artykulacyjną;

- zapobieganie rozwojowi własnych mechanizmów pozycjonowania poszczególnych narządów mowy w oparciu o patologiczne wzorce prowadzące wtórnie do jeszcze większego upośledzenia ich ruchomości;
 - wzmacnianie świadomości mechanizmów oralnych;
 - normalizowanie trzech funkcji jamy ustnej: oddechowej, artykulacyjnej i pokarmowej.
2. Aktywny trening słuchowy (neurorehabilitacja wyższych funkcji słuchowych w zaburzeniach przetwarzania słuchowego).
 3. Stymulowanie mózgowych mechanizmów mowy (stymulacje lewopółkulowe, neurobiologiczny trening słuchowy, stymulowanie zegara neuronalnego mózgu).

I.2. Epidemiologia

Szacuje się, że obecnie 1,3 miliarda ludzi – czyli 16% światowej populacji doświadcza znacznej niepełnosprawności.

W grudniu 2023 r. w Polsce było ponad 4 mln osób z orzeczeniem o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy. Struktura osób niepełnosprawnych prawnie była następująca: 41,3% to osoby ze stopniem umiarkowanym, 27,4% to osoby ze stopniem znacznym oraz 25,2% to osoby ze stopniem lekkim. **Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności bez określonego stopnia ze względu na wiek (do 16 roku życia) stanowiły 5,8%.** W pozostałych przypadkach nie udało się określić stopnia niepełnosprawności. Największa liczba osób posiadała orzeczenie wydane z powodu upośledzenia narządu ruchu (1 393,1 tys.), a najmniejsza z powodu epilepsji (74,2 tys.). **W 2023 r. liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnych prawnie w wieku 19 lat i mniej wynosiła 294,3 tys., w tym 182,8 tys. to mężczyźni i 111,5 tys. to kobiety.**

Poniżej przedstawiony został udział pacjentów poniżej 18 roku życia w różnych formach rehabilitacji

Tabela nr 1. Udział pacjentów poniżej 18 roku życia w różnych formach rehabilitacji

Formy rehabilitacji	Dane z roku 2019 przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026		Dane z roku 2023 przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2027-2031	
	Liczba pacjentów ogółem	Procentowy udział pacjentów poniżej 18 r. życia	Liczba pacjentów ogółem	Procentowy udział pacjentów poniżej 18 r. życia
Rehabilitacja dzienna	330,61 tys.	36,1%	393 tys.	36,5%
Rehabilitacja stacjonarna	225 tys.	8,6%	235 tys.	7,2%
Rehabilitacja w warunkach domowych	48,5 tys.	1,2%	98,6 tys.	1,3%
Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych	2,99 mln.	7,7%	3,06 mln.	8,1%

Opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 i 2027-2031

W kolejnej tabeli przedstawiono liczbę wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla osób w wieku 0-25 lat w Chorzowie w poszczególnych latach.

Tabela nr 2 Liczba wydanych orzeczeń o niepełnosprawności dla wieku 0-25 lat w Chorzowie w roku 2016, 2019, 2023, 2024. Opracowanie własne na podstawie danych Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chorzowie

Przyczyna niepełnosprawności	Liczba orzeczeń ogółem	Liczba orzeczeń 0-16 lat	Wiek			
			0-3	4-7	8-16	16-25
2016						
Upośledzenie	27	13	0	3	10	14

umysłowe						
Choroby psychiczne	39	11	0	0	11	28
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	51	42	5	8	29	9
Choroby narządu wzroku	14	8	2	2	4	6
Upośledzenia narządu ruchu	63	38	11	16	11	25
Epilepsja	13	11	2	2	7	2
Choroby układów oddechowego, krążenia	157	129	23	40	66	28
Choroby układu pokarmowego	15	13	6	4	3	2
Choroby układu moczowo-płciowego	5	4	2	2	0	1
Choroby neurologiczne	57	41	15	8	18	16
Inne	45	29	9	9	11	16
Całościowe zaburzenia rozwojowe	133	127	19	50	58	6
RAZEM	619	466	94	144	228	153
2019						
Upośledzenie umysłowe	28	13	0	5	8	15
Choroby psychiczne	22	7	0	2	5	15
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	66	58	4	14	40	8
Choroby narządu wzroku	24	16	3	7	6	8
Upośledzenia narządu ruchu	73	56	18	15	23	17
Epilepsja	19	17	3	4	10	2
Choroby układów oddechowego, krążenia	93	80	21	25	34	13
Choroby układu pokarmowego	10	4	0	2	2	6
Choroby układu moczowo-płciowego	5	4	3	0	1	1
Choroby neurologiczne	48	43	15	12	16	5
Inne	46	26	6	10	10	20
Całościowe zaburzenia rozwojowe	107	99	18	37	44	8
RAZEM	541	423	91	133	199	118
2023						
Upośledzenie umysłowe	48	28	0	4	24	20
Choroby psychiczne	48	10	0	0	10	38
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	30	20	2	2	16	10
Choroby narządu wzroku	12	8	2	1	5	4
Upośledzenia narządu ruchu	30	12	2	4	6	18
Epilepsja	9	7	1	4	2	2
Choroby układów oddechowego, krążenia	22	10	5	4	1	12
Choroby układu	5	2	2	0	0	3

pokarmowego						
Choroby układu moczowo-płciowego	5	2	0	0	2	3
Choroby neurologiczne	48	37	16	5	16	11
Inne	32	17	2	6	9	15
Całościowe zaburzenia rozwojowe	149	128	38	41	49	21
RAZEM	438	281	70	71	140	157
2024						
Upośledzenie umysłowe	53	18	0	2	16	35
Choroby psychiczne	44	4	0	0	4	40
Zaburzenia głosu, mowy, słuchu	41	26	4	6	16	15
Choroby narządu wzroku	8	4	1	1	2	4
Upośledzenia narządu ruchu	30	15	5	3	7	15
Epilepsja	12	8	2	4	2	4
Choroby układów oddechowego, krążenia	31	12	7	2	3	19
Choroby układu pokarmowego	10	2	0	0	2	8
Choroby układu moczowo-płciowego	2	1	0	0	1	1
Choroby neurologiczne	24	15	8	4	3	9
Inne	52	22	3	3	16	30
Całościowe zaburzenia rozwojowe	158	123	22	37	64	35
RAZEM	465	250	52	62	136	215

Do chorzowskich jednostek oświatowych uczęszczają dzieci z różnymi niepełnosprawnościami. W roku szkolnym 2024/2025 w chorzowskich jednostkach oświatowych było łącznie 1933 dzieci z różnymi typami niepełnosprawności, w tym:

- dzieci z niepełnosprawnościami sprzężonymi – 362
- dzieci niesłyszące – 3
- dzieci słabosłyszące -162
- dzieci słabowidzące – 136
- dzieci z niepełnosprawnością ruchową w tym afazją – 194
- dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim – 257
- dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym – 34
- dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym – 2
- dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim – 36
- dzieci z autyzmem w tym zespołem Aspergera – 700
- dzieci zagrożone niedostosowaniem społecznym – 47

Tabela nr 3. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w województwie śląskim – współczynnik zachorowalności na 10 000 ludności

Rozpoznanie	Polska		Woj. Śląskie		Chorzów	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Zaburzenia odżywiania	2,2	2,3	1,6	1,5	2,2	1,7
Upośledzenie umysłowe	3,5	4,2	3,3	3,7	4,9	3,9

Padaczka	6,2	6,5	5,5	6,0	5,5	13,9
Dziecięce porażenie mózgowe	1,8	1,5	1,8	1,1	1,1	2,8
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka	32,9	32,1	29,9	30,2	28,9	30,6
Zniekształcenia kręgosłupa	37,1	37,1	34,3	36,0	21,3	14,5
Wady rozwojowe – układu nerwowego	1,7	1,7	1,8	1,8	0,5	0,6
Wady rozwojowe – układu krążenia	7,2	7,3	8,7	10,6	5,5	6,1
Wady rozwojowe – narządów płciowych	3,2	3,5	2,5	2,9	1,6	1,1
Wady rozwojowe – aberracje chromoso.	1,3	1,7	1,2	1,4	0,5	0,6
Wady rozwojowe - inne	9,4	10,1	12,3	15,0	3,8	5,0
Zaburzenia rozwoju, w tym:	25,1	26,9	26,2	27,0	36,0	35,1
- fizycznego	5,6	5,7	3,8	3,7	2,2	3,3
- psychomotorycznego	3,6	4,1	2,8	3,1	2,2	1,7
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	0,5	0,4	0,4	0,3	0,0	0,0
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	229,8	234,9	21,2	25,6	23,5	20,6

Opracowanie własne na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego - Publikacje, Rok 2024, Zdrowie Mieszkańców w Liczbach, Dane POZ.

W 2023 r. współczynnik zachorowalności na padaczkę, dziecięce porażenie mózgowe oraz zaburzenia rozwoju w Chorzowie przekraczał współczynnik dla województwa śląskiego i Polski.

I.3. Obecne postępowanie

Miasto Chorzów od kilku lat prowadzi program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych (Opinia Prezesa AOTMiT 50/2018 z dnia 21 marca 2018 r.). Program był realizowany w ramach edycji I na lata 2018-2020, w ramach którego objęto łącznie 53 dzieci. W ramach edycji II przyjętej na lata 2021-2025, w latach 2021-2024 łącznie udział w programie wzięło 107 dzieci. Obecnie w 2025 r. program jest realizowany. Niniejszy program na kolejne lata 2026-2028 stanowić ma kontynuację programu realizowanego w powyższych okresach. Niepełnosprawność jest istotnym problemem społecznym.

Osoby z niepełnosprawnościami mają prawo do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia, tak jak osoby sprawne. Jednakże Globalny raport WHO na temat równości w zdrowiu osób z niepełnosprawnościami pokazuje, że chociaż w ostatnich latach poczyniono pewne postępy, świat pozostaje daleki od realizacji tego prawa dla wielu osób z niepełnosprawnościami, które w dalszym ciągu umierają wcześniej, mają gorszy stan zdrowia i doświadczają większej ilości ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu niż inni. Te złe wyniki zdrowotne wynikają z niesprawiedliwych warunków, jakich doświadczają osoby z niepełnosprawnościami we wszystkich aspektach życia, w tym, w samym systemie opieki zdrowotnej. Na mocy międzynarodowego prawa w ramach praw człowieka, państwa zobowiązane są stawić czoła nierównościami w zdrowiu, z którymi borykają się osoby z niepełnosprawnościami.

Kontynuacja programu zapewni dostęp do kompleksowej rehabilitacji dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością. Rehabilitacja umożliwi utrzymanie lub

powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację dobrostanu uczestników programu i ich rodzin.

Wyniki z realizacji Programu realizowanego przez Miasto Chorzów w latach 2021-2024 przedstawiają się następująco:

Tabela nr 4. Wyniki z realizacji Programu stymulacji rozwoju dla dzieci niepełnosprawnej /.../ z lat 2021-2024

	2021	2022	2023	2024
Liczba osób biorąca udział w programie	52	25	20	10
Liczba zakontraktowanych miejsc do udziału w programie	52	52	20	10
Liczba osób, u których uzyskano poprawę sprawności i ruchomości w stosunku do sytuacji sprzed programu	47 (program dotyczył 52 osób biorących udział w programie)	19 (problem dotyczył 25 osób biorących udział w programie)	9 (problem dotyczył 20 osób biorących udział w programie)	8 (problem dotyczył 10 osób biorących udział w programie)
Liczba osób, u których uzyskano poprawę rozwoju intelektualnego w zakresie zaburzeń sfery emocjonalno-społecznej, zaburzeń dotyczących procesów poznawczych, zaburzeń schematu ciała i orientacji w przestrzeni, problemów manualnych i grafomotorycznych, zaburzeń funkcjonowania zmysłów	47 (program dotyczył 50 osób biorących udział w programie)	21 (program dotyczył 25 osób biorących udział w programie)	17 (program dotyczył 20 osób biorących udział w programie)	6 (program dotyczył 10 osób biorących udział w programie)
Liczba osób, u których uzyskano poprawę kompetencji realizacyjnych aparatu mowy, stanowiących podstawę fizjologiczną, tj. mięśniowo-oddechowo-ruchową komunikacji językowej, słownej	30 (problem dotyczył 47 osób biorących udział w programie)	10 (problem dotyczył 25 osób biorących udział w programie)	11 (problem dotyczył 20 osób biorących udział w programie)	5 (problem dotyczył 10 osób biorących udział w programie)
Liczba osób, u których doszło do poprawy funkcji pokarmowych i oddechowych	26 (problem dotyczył 52 osób biorących udział w programie)	4 (problem dotyczył 25 osób biorących udział w programie)	6 (problem dotyczył 20 osób biorących udział w programie)	4 (problem dotyczył 10 osób biorących udział w programie)
Liczba rodziców deklarujących chęć i umiejętności wykonywania ćwiczeń samodzielnie z dzieckiem w warunkach domowych	49 (52 rodziców biorących udział w programie)	14 (25 rodziców biorących udział w programie)	13 (20 rodziców biorących udział w programie)	7 (10 rodziców biorących udział w programie)
Liczba osób, u których doszło do poprawy jakości życia w stosunku do sytuacji sprzed programu	31 (problem dotyczył 52 osób biorących udział w programie)	7 (problem dotyczył 25 osób biorących udział w programie)	10 (problem dotyczył 20 osób biorących udział w programie)	3 (problem dotyczył 10 osób biorących udział w programie)
Liczba osób, które wymagały dalszej rehabilitacji po zakończeniu udziału w programie	48 (z 52 osób biorących udział w programie)	25 (z 25 osób biorących udział w programie)	20 (z 20 osób biorących udział w programie)	10 (z 10 osób biorących udział w programie)

Program wpisuje się w potrzeby zdrowotne określone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych – Dz. U. M. Zdr. Poz. 69*) - Rekomendowane kierunki działań wskazane w mapach potrzeb zdrowotnych, w części 8. Rehabilitacja medyczna, tj. :

- konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie,
- należy dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności. W celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów,
- należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem rehabilitacji.

W załączniku 12 do ww. obwieszczenia określono wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2019 r., w pkt 8.1. wskazano rekomendowane kierunki działań, które są spójne z Programem stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych, tj.:

8.1 Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia.

Program wpisuje się również w obszar objęty Planem Transformacji dla Województwa Śląskiego na lata 2022-2026 (Obwieszczenie Wojewody Śląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 – Poz. 9212), gdzie w części 2.6. Rehabilitacja medyczna,

- pkt 8.1 wskazano: 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.

Program pośrednio wpisuje się w cel. 3. Promocja zdrowia psychicznego Narodowego Programu Zdrowia [53]. W ramach programu będą realizowane interwencje m.in. przez psychologa.

Przedmiotowy program Miasta Chorzów stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Aktualnie osobom wymagającym oraz uprawnionym do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych przysługują świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t. j. Dz. U. 2021 poz. 265 z późn. zm.). Rehabilitacja w systemie ochrony zdrowia, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest realizowana w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych.

Zaznaczyć należy, że w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie ubezpieczonej, która po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie to przysługuje nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację jest bardzo długi – czas oczekiwania określono w poniższej tabeli na podstawie danych z roku 2019 określonych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 oraz o dane z roku 2023 określone w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031

Tab. 5. Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację w roku 2019 i 2023

Forma rehabilitacji	Dane z roku 2019 przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 - przypadek pilny	Dane z roku 2023 przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2027-2031 - przypadek pilny
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	160 dni	270 dni

Rehabilitacja w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej	176 dni	158 dni
Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych	99 dni	116 dni
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	84 dni	217 dni
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	92 dni	85 dni

Opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 i 2027-2031

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

II.1. Cel główny

Ograniczenie negatywnych skutków niepełnosprawności przynajmniej u 60% populacji dzieci objętych programem poprzez rozwijanie indywidualnej samodzielności, społecznych kompetencji oraz wsparcia rodziny.

II.2. Cele szczegółowe

1. Poprawa ruchomości i sprawności dzieci objętych programem w ramach możliwości intelektualnych i ruchowych u przynajmniej 60% populacji objętej programem.
2. Poprawa jakości życia dzieci i młodzieży objętych programem u przynajmniej 60% populacji objętej programem.
3. Poprawa rozwoju intelektualnego w zakresie terapii psychologicznej u dzieci i młodzieży objętych programem u przynajmniej 60% populacji objętej programem.
4. Poprawa skutecznej komunikacji, wypracowanie wystarczających kompetencji realizacyjnych mowy u dzieci i młodzieży objętych programem u przynajmniej 60% populacji objętej programem.
5. Wypracowanie / przywrócenie fizjologicznych podstaw dla funkcji pokarmowych i oddechowych, u dzieci i młodzieży objętych programem u przynajmniej 60% populacji objętej programem.
6. Zwiększenie świadomości prozdrowotnej rodziców / opiekunów prawnych w schorzeniach objętych programem u przynajmniej 60% populacji objętej programem.

II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba i odsetek osób, u których uzyskano poprawę sprawności i ruchomości w stosunku do sytuacji sprzed programu.
2. Liczba i odsetek osób, u których uzyskano poprawę rozwoju intelektualnego w zakresie zaburzeń sfery emocjonalno-społecznej, zaburzeń dotyczących procesów poznawczych, zaburzeń schematu ciała i orientacji w przestrzeni, problemów manualnych i grafomotorycznych, zaburzeń funkcjonowania zmysłów.
3. Liczba i odsetek osób, u których uzyskano poprawę kompetencji realizacyjnych aparatu mowy stanowiących podstawę fizjologiczną, tj. mięśniowo – oddechowo – ruchową komunikacji językowej słownej.
4. Liczba i odsetek chorych, u których doszło do poprawy funkcji pokarmowych i oddechowych.
5. Liczba i odsetek rodziców / opiekunów prawnych, którzy deklarują chęć i umiejętności wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych samodzielnie z dzieckiem w domu.
6. Liczba i odsetek chorych, u których doszło do poprawy jakości życia w stosunku do sytuacji sprzed programu.
7. Liczba i odsetek osób, które wymagały dalszej rehabilitacji po zakończeniu programu.

Narzędzia, które mogą zostać zastosowane w zakresie oceny dla zaplanowanych mierników efektywności:

- Gross Motor Function Classification System (GMFCS),

- Functional Mobility Scale (FMS),
- Melbourne Assessment 2 (MA2),
- Assisting Hand Assessment (AHA).

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1. Populacja docelowa

Populacja podlegająca Miastu Chorzów na dzień 5 czerwca 2025 r. wynosi 87203 osoby na stałe zameldowane w Chorzowie oraz 2856 osoby czasowo zameldowane w Chorzowie. Populacja osób w wieku do 16 roku życia zameldowana na pobyt stały wynosi 12846 osób oraz 791 osób zameldowanych na pobyt czasowy. Do programu zostaną włączone dzieci i młodzież w wieku 0-16 lat, zamieszkałe na terenie Chorzowa, z orzeczeniem o niepełnosprawności lub skierowaniem od lekarza specjalisty o konieczności przeprowadzenia terapii stymulującej rozwój. Do programu zostaną włączone dzieci i młodzież nieobjęte zabiegami rehabilitacyjnymi finansowanymi ze środków publicznych. Z doświadczenia z lat poprzednich Miasto Chorzów planuje objęcie programem 52 osoby rocznie w każdym roku prowadzenia programu przy zachowaniu równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu polityki zdrowotnej dla wszystkich uczestników.

Na podstawie danych epidemiologicznych o wydanych orzeczeniach o niepełnosprawności w ciągu ostatnich 2 lat w grupie wiekowej 0-16 lat liczba uprawnionych do programu wynosi ok. 450 osób. Miasto Chorzów planując uczestnictwo 52 osób w programie, zapewni objęcie ok. 11,6% populacji kwalifikującej się do objęcia programem każdego roku.

Program obejmuje również działania edukacyjne dla rodziców dzieci niepełnosprawnych, szacuje się uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych ok. 52 rodziców każdego roku.

Należy zaznaczyć, że programy poświęcone działaniom przeciwdziałającym niepełnosprawności nie są programami o dobrze zdefiniowanym problemie zdrowotnym i ściśle określonej populacji, z tego powodu oszacowanie populacji przez twórców programu opiera się na liczbie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, spełnieniu kryteriów kwalifikacji, doświadczeń z lat ubiegłych prowadzenia programu oraz możliwości finansowych budżetu Miasta.

III.2. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej

Do udziału w programie zostaną zakwalifikowane dzieci oraz młodzież w wieku 0-16 lat zamieszkałe na terenie Miasta Chorzów, posiadające orzeczenie o niepełnosprawności z powodu: upośledzenia umysłowego; zaburzeń głosu, mowy i słuchu; upośledzenia narządu ruchu; chorób układu oddechowego i krążeniowego; chorób neurologicznych; epilepsji; całościowego zaburzenia rozwojowego oraz/lub zaświadczenie od lekarza specjalisty o konieczności przeprowadzenia terapii stymulacji rozwoju. Kwalifikowane będą również dzieci i młodzież z długim okresem oczekiwania na rehabilitację – powyżej roku. Kwalifikację do programu przeprowadzi lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub neurologii dziecięcej. Do programu nie kwalifikują się dzieci pozostające pod opieką terapeuty zajęciowego lub poradni rehabilitacyjnej, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń.

Kryteria kwalifikacji:

- wiek 0-16 lat;
- zamieszkanie na terenie Miasta Chorzów;
- zgoda rodzica / opiekuna prawnego na udział w programie;
- orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie od lekarza specjalisty o konieczności prowadzenia terapii stymulującej rozwój;

Kryteria wykluczenia z programu:

- wiek powyżej 16 lat;
- zamieszkanie poza terenem Miasta Chorzów;

- brak wyrażenia zgody na uczestnictwo w programie;
- brak orzeczenia o niepełnosprawności oraz skierowania od lekarza specjalisty na udział w programie;
- objęcie opieką terapeuty zajęciowego lub poradni rehabilitacyjnej w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

III.3. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu zostanie objęty:

1. dwoma konsultacjami lekarskimi: wstępną – kwalifikującą do programu oraz końcową – oceniającą efekt przeprowadzonych świadczeń i interwencji. Konsultację przeprowadzi lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub neurologii dziecięcej;
2. jedną konsultacją psychologiczno-pedagogiczną – polegającą na określeniu form usprawniania oraz opracowaniu konspektu ćwiczeń psychologicznych. Konsultację przeprowadzi pedagog, psycholog lub psycholog kliniczny;
3. jedną konsultacją logopedyczną – polegającą na określeniu form usprawniania oraz opracowaniu konspektu ćwiczeń logopedycznych. Konsultację przeprowadzi logopeda lub neurologopeda.
4. jedną konsultacją fizjoterapeutyczną – polegającą na określeniu form usprawniania oraz opracowaniu konspektu ćwiczeń fizjoterapeutycznych. Konsultację przeprowadzi fizjoterapeuta.
5. kompleksową terapią rehabilitacyjno-usprawniającą – składającą się ze świadczeń terapeutycznych dla każdego uczestnika. Indywidualny podział świadczeń i interwencji dla danego uczestnika programu zostanie opracowany przez zespół specjalistów dziedziny rehabilitacji, fizjoterapii, logopedii oraz psychologii. W zależności od schorzenia w jej skład mogą wchodzić:
 - **terapia psychologiczno-pedagogiczna** – poprawienie sprawności manualnej i grafomotorycznej, zdolności koncentracji na zadaniach, samodzielności w czynnościach samoobsługowych i umiejętności radzenia sobie ze stresem. W ramach terapii psychologicznej, w zależności od problemu dziecka i jego deficytów i opóźnień, są wykorzystywane następujące metody terapeutyczne :

Przy zaburzeniach w sferze emocjonalno-społecznej:

- elementy psychodramy;
- bajkoterapia;
- terapia za pomocą rysunku;
- zajęcia relaksacyjne;
- elementy arteterapii;

Przy zaburzeniach dotyczących procesów poznawczych:

- metoda Dennisona;
- elementy muzykoterapii;
- terapia poznawczo-behawioralna;
- terapia zabawą;
- program rozwoju percepcji wzrokowej M. Frostig;
- programy multimedialne;
- metoda neurobiofeedback;

Przy zaburzeniach schematu ciała i orientacji w przestrzeni:

- metoda Knillów;

- elementy metody W. Sherborne;

Przy problemach manualnych i grafomotorycznych:

- terapia ręki;
- program rozwijający sprawność grafomotoryczną i grafopercepcję H. Tymichowej;

Przy zaburzeniach dotyczących funkcjonowania zmysłów:

- stymulacja polisensoryczna w skali doświadczania świata;
 - **terapia logopedyczna** – poprawienie motoryki artykulacyjnej, rozwoju systemu językowego, funkcji oralnych, wyrazistości mowy przy użyciu odpowiednich technik oraz specjalistycznego sprzętu logopedycznego. Podstawowe metody stosowane w terapii kompetencji realizacyjnych mowy, w szczególności w zaburzeniach:
 - miofunkcjonalnych;
 - porażonych i osłabionych mięśni orofacjalnych;
 - w terapii pacjentów z zaburzoną świadomością kinestetyczną;
 - z przetrwałym niemowlęcym typem połykania;
 - z nieprawidłowościami w zakresie praksi narządów mowy;
 - nieprawidłowego statycznego ułożenia języka;
 - nieprawidłowości oddechowych (np. brak / niedostateczna podstawa oddechowa dla mowy, nierozdzielone tory oddechowe, płytki wdech i nieekonomiczny słaby wydech, nieprawidłowy oddech statyczny);
 - niedostatecznej kontroli śliny.

1) metody usprawniające:

- mechaniczne – stosowane głównie do usprawniania motoryki i kinestezji artykulacyjnej]. W szerokim zakresie wykorzystywane są tu wszelkiego typu masażery wysoko i nisko amplitudowe zaopatrzone w fakturowane szpatułki, tubki żuchwowe, narzędzia do pionizacji i lateralizacji języka, stabilizatory żuchwy, szpatułki Ora light, kształtki facial flex, trainery, wkładki ortodontyczne dr. Hinza, i in. Częstym i preferowanym sposobem usprawniania, zwłaszcza do stosowania w warunkach domowych, jest klasyczny masaż logopedyczny wg I. Stecko;
- Terapia Pozycji Oralnych [TPO]. Opiera się na:
 - prawidłowym rozwoju funkcji pokarmowych;
 - stabilizacji stawów skroniowo-żuchwowych;
 - normalizacji sensorycznej aparatu mowy;
 - lateralizacji i pionizacji języka;
 - retrakcji języka i protruzji warg;
 - prawidłowym, statycznym oddechu;
 - gradacji i dysocjacji ruchu danego narządu;
 - wykorzystuje się tutaj:
 - terapię hierarchii gwizdków/flecików;
 - terapię tzw. słomkową;
 - bańki mydlane;
 - gumę do żucia;
 - wibratory typu: Z-Vibe, tubki żuchwowe i stabilizatory;
 - trainery i wkładki ortodontyczne;
 - narzędzia do lateralizacji i pionizacji języka;
 - tzw. „jedzonkowe” ćwiczenia (wykorzystywanie produktów pokarmowych do ćwiczeń usprawniających funkcje języka i warg).
- terapia miofunkcjonalna (msf) wg A. Kittel;
- elementy terapii regulacyjnej wg Castillo Moralesa;

- elementy neurofizjologicznej terapii taktylnej wg S. Masgutowej;
- metody uwrażliwiania i układania narządów mowy (temperatura, faktura, tubki i kształtki aprakcyjne).

2) metody wspomagające w terapii mowy / komunikacji:

- w całościowych zaburzeniach rozwojowych;
- niesamoistnym opóźnieniu rozwoju mowy;
- zaburzonym rozwoju mowy o typie afazji dziecięcej;
- alalii;
- afazji;
- oligoafazji;
- specyficznych zaburzeniach rozwoju mowy (SLI);
- zaburzeniach przetwarzania słuchowego;
- u dzieci z ryzyka dysleksji i in.:
 - wczesna nauka czytania metodami specjalnymi (np. symultaniczno-sekwencyjna, globalna wzorowana na metodzie G. Domana);
 - stymulacje lewopółkulowe;
 - trening słuchania i rozumienia (wg E. Wianeckiej);
 - trening słuchu fonemowego i fonetycznego;
 - usprawnianie neuronalnego zegara mózgowego (dr Neuronowski);
 - rytmizacja;
 - metody przekształceń fonetycznych;
 - aktywny trening słuchowy;
 - manualne torowanie głosek, gesty GORA, rytmogesty;
 - stymulowanie samodzielnej aktywności słownej (SAS);
 - metoda akcentów (w zaburzeniach głosu mówionego);
 - metody zabawowe (z wykorzystaniem techniki komputerowej). Ćwiczenia stymulujące i aktywizujące do terapii oddechu, dźwięczności i in. elementów prozodycznych mowy;
 - stymulacja poznawcza (m.in. Play Attention);
 - metoda zachowań werbalnych /całościowe zaburzenia rozwoju;
 - metoda behawioralna lub jej elementy;
 - metoda minimalnych ruchów artykulacyjnych.
- **terapia rehabilitacyjna** – program zakłada prowadzenie zajęć rehabilitacyjno - usprawniających różnymi metodami, tak aby osiągnąć jak najlepszą poprawę stanu fizycznego dziecka. Terapię rehabilitacyjną stosuje się w zależności od indywidualnych deficytów sprawnościowych uczestnika. Do metod rehabilitacyjnych stosowanych w programie zalicza się:
 - usprawnienie neurorozwojowe NDT Bobath;
 - stymulację polisensoryczną według Ayres;
 - elementy kinezylogii edukacyjnej oraz ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne;
 - techniki metody PNF z wykorzystaniem elementów szkoły pleców;
 - techniki metody Wojty;
 - techniki terapii powięziowej;
 - techniki metody Integracji Czynności Zmysłowych;
 - kinezjotaping;
 - terapia tkanek miękkich.

W ramach programu zostanie zakontraktowana ogólna liczba świadczeń wynosząca 2132 świadczenia, w ramach których poszczególne świadczenia będą udzielane według wskazań terapeutycznych każdemu uczestnikowi, aż do limitu maksymalnego. Limit maksymalny oznacza maksymalną liczbę świadczeń zakontraktowanych w ramach programu, łącznie dla wszystkich beneficjentów. Świadczenia będą udzielane na podstawie indywidualnie dobranego planu terapeutycznego, zgodnie ze wskazaniami specjalistów prowadzących program.

W trakcie trwania programu i na zakończenie rodzice otrzymują edukację przez konkretnych, wskazanych w programie specjalistów w formie ustnej lub poprzez przekazanie materiałów edukacyjnych (czasem materiały ksero, czasem odpowiednio dobrana pozycja książkowa). Instruktaże te będą dotyczyły odpowiednich zabaw stymulujących rozwój dziecka, sposobów komunikowania się z dzieckiem, radzenia sobie w różnych trudnych sytuacjach związanych z nieprawidłowym zachowaniem lub sytuacjami wychowawczymi, podwyższania samooceny dziecka, motywowania do podejmowania wysiłku intelektualnego, dobierania kary i nagrody oraz wyciszania dziecka. Każdy rodzic otrzyma konspekt konkretnych zadań oraz ćwiczeń do wdrożenia w domu. Podczas trwania całego programu przewiduje się dobranie lub ewentualną modyfikację posiadanego zaopatrzenia ortopedycznego pomocniczego.

III.4. Sposób udzielania świadczeń

Świadczenia udzielane będą w siedzibie realizatora programu tj. podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.), prowadzone będą w gabinecie lekarskim, sali gimnastycznej, sali fizjoterapeutycznej oraz odpowiednio wyposażonym w sprzęt – gabinecie rehabilitacyjnym. Wszystkie świadczenia objęte programem zostaną udzielone zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie, z poszanowaniem prawa do godności i prywatności osób uczestniczących w programie.

Świadczenia w ramach programu udzielane będą przez:

- lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub neurologii dziecięcej, zgodnie z wymaganiami i przepisami obowiązującymi w tym zakresie;
- pedagoga, psychologa lub psychologa klinicznego posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z niepełnosprawnymi osobami;
- logopedę lub neurologopedę posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z niepełnosprawnymi osobami;
- fizjoterapeutę posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, posiadającego odpowiednie kwalifikacje w zakresie stosowanych metod neurofizjologicznych i rehabilitacyjnych potwierdzonych właściwymi dokumentami, zgodnie z wymaganiami i przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

Procedury medyczne zostaną wykonane przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej, będącej w posiadaniu realizatora, spełniającej wszystkie kryteria dopuszczające do użytku medycznego, potrzebnej do wykonania świadczeń objętych programem.

Realizator będzie prowadził ewidencję uczestników programu, u których przeprowadzono ćwiczenia fizjoterapeutyczne, ćwiczenia logopedyczne, ćwiczenia psychologiczne oraz konsultacje specjalistyczne, łącznie z terminem oraz liczbą udzielonych świadczeń.

Dobór konkretnych świadczeń w programie odbędzie się podczas spotkań zespołu rehabilitacyjnego, na podstawie indywidualnego przypadku i konkretnych deficytów zdrowotnych dziecka. Terapia będzie podlegała nieustannej ewaluacji celem osiągnięcia jak najlepszego efektu terapeutycznego. Dobór odpowiedniej metody pracy z pacjentem bądź elementów różnych metod odbywa się z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb każdego pacjenta, na podstawie powyższych wskazań i zaleceń odnośnie postępowania w danych deficytach i użycia konkretnych metod. Wyboru poszczególnych świadczeń i interwencji, a także szczegółowego podziału na terapię rehabilitacyjną, psychologiczną i logopedyczną dokonuje lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej, na podstawie indywidualnego przypadku i deficytów zdrowotnych. Podczas ustalania indywidualnego planu terapeutycznego bierze się pod uwagę:

- diagnozy specjalistyczne (logopedyczna, psychologiczna, rehabilitacyjna) skonfrontowane z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego;
- możliwości potrzebnej / niezbędnej terapii w innym miejscu, np. w placówce oświatowej;
- trudny dostęp do danego typu terapii w miejscu zamieszkania;

- sytuację rodzinną i zdrowotną dziecka, m.in.: w jakim stopniu beneficjent programu / jego opiekun jest w stanie podobać wymogom zalecanej terapii;
- uwarunkowania organizacyjne.

Działania w ramach programu kompleksowo uzupełniają i pogłębiają świadczenia proponowane oraz refundowane przez NFZ. Dodatkowo w programie przewidziana jest edukacja oraz wdrożenie rodziców / opiekunów prawnych do realizacji usprawniania dzieci i młodzieży w warunkach domowych, co stanowi wartość dodaną, przekładającą się bezpośrednio na zwiększenie uzyskanego efektu zdrowotnego.

Uczestnicy programu polityki zdrowotnej oraz ich opiekunowie zostaną poinformowani o zasadach uczestnictwa w programie. Specjaliści prowadzą na początku programu bądź na początku każdej sesji terapeutycznej ocenę funkcjonalną, obserwując dziecko zarówno w motoryce spontanicznej, jak też realizowanej terapii. Na bieżąco oceniają postępy oraz czy zmiany podążają we właściwym kierunku. Dokonują weryfikacji skuteczności zastosowanych metod terapii, współpracując z lekarzem rehabilitacji, w ramach systematycznych, kontrolnych wizyt weryfikują oraz ewentualnie modyfikują przebieg procesu terapeutycznego, wobec czego niemożliwe jest dokładne określenie liczby konkretnych, poszczególnych świadczeń terapii rehabilitacyjnej, logopedycznej oraz psychologicznej. Częstość oraz zakres wizyt kontrolnych uzależniony jest od indywidualnych postępów w terapii usprawniającej beneficjenta pod kątem zaplanowanego celu terapeutycznego. Ocena postępów dokonywana będzie przez specjalistów programu, zgodnie z zaplanowanymi miernikami efektywności. Do analizy postępów terapii można użyć zaproponowanych narzędzi oceny funkcjonalnej.

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

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

Odnalezione włoskie wytyczne SIMFER-SINPIA odnośnie rehabilitacji dzieci w przebiegu dziecięcego porażenia mózgowego wskazują, że zespół rehabilitacyjny powinien składać się z fizjoterapeuty, neurologopedy, terapeuty zajęciowego, lekarza i psychologa. Rehabilitacja powinna być intensywna, długotrwała i powinna koncentrować wokół siebie rodzinę pacjenta, a plan rehabilitacyjny powinien być dostosowany do indywidualnego przypadku.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

W trakcie trwania programu i na zakończenie rodzice otrzymują instruktaż w formie ustnej lub pisemnej (czasem materiały ksero, czasem odpowiednio dobrana pozycja książkowa). Instruktaż ten dotyczy np. tego, jakie są odpowiednie zabawy stymulujące rozwój dziecka, jak odpowiednio mówić do dziecka, a jakich zwrotów unikać, w jaki sposób radzić sobie w różnych trudnych sytuacjach związanych z nieprawidłowym zachowaniem lub sytuacjach wychowawczych, jak podwyższać samoocenę dziecka, jak motywować do podejmowania wysiłku intelektualnego, jak dobrać kary i nagrody, jak wyciszyć dziecko. Każdy rodzic otrzyma konspekt konkretnych zadań oraz ćwiczeń do wdrożenia w domu. Podczas trwania całego programu przewiduje się dobranie lub ewentualną modyfikację posiadanego zaopatrzenia ortopedycznego pomocniczego. Każdy uczestnik może zakończyć udział w programie na każdym jego etapie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Etap organizacyjny:

- przygotowanie projektu programu polityki zdrowotnej, konsultacja merytoryczna założeń programu. Zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1) lit. a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Program stymulacji rozwoju dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz zagrożonej niepełnosprawnością wraz z wdrażaniem rodziny do realizacji programów rehabilitacji w warunkach domowych zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026-2028, stanowiąc kontynuację programu realizowanego w poprzednim okresie, nie wymaga ponownego opiniowania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
 - wybór realizatora programu w drodze otwartego konkursu ofert na podstawie art. 48b ustawy z dnia 24 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Etap informacyjny:
- przeprowadzenie kampanii informacyjnej dotyczącej programu za pośrednictwem dostępnych kanałów informacyjnych, w tym: lokalnej prasy, mediów społecznościowych oraz stron internetowych, za pośrednictwem lokalnych parafii, placówek pomocy społecznej, miejskich domów kultury, a także w siedzibie Urzędu Miasta Chorzów oraz realizatora;
 - etap ma za zadanie zapewnienie jak największej zgłaszalności do programu;
 - działania skierowane do wszystkich mieszkańców Chorzowa – 90059 osób¹.
3. Etap konsultacji wstępnych
- przeprowadzenie konsultacji wstępnej i kwalifikacji do programu przez lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub neurologii dziecięcej
 - przeprowadzenie konsultacji wstępnej i kwalifikacji do programu przez specjalistów z zakresu fizjoterapii, logopedii i psychologii;
 - ułożenie indywidualnego programu terapii rehabilitacyjno-usprawniającej, w zależności od konkretnych, indywidualnych dysfunkcji;
 - działania skierowane do 52 osób objętych programem.
4. Etap terapii rehabilitacyjno-usprawniającej
- przeprowadzenie terapii rehabilitacyjno-usprawniającej składającej się ze świadczeń z zakresu: rehabilitacyjnego, psychologicznego i logopedycznego, na podstawie indywidualnie ułożonego programu;
 - działania skierowane do 52 osób objętych programem;
 - ogólna liczba zakontraktowanych świadczeń dla wszystkich uczestników wynosi 2132 świadczenia indywidualnie dobranej terapii rehabilitacyjno-usprawniającej. Liczba świadczeń jest oszacowana na podstawie doświadczenia z prowadzenia programu w latach ubiegłych.
5. Monitorowanie
- przeprowadzenie raportów okresowych po każdym roku realizacji programu – w 2026 r., 2027 r., 2028 r., zawierających ocenę zgłaszalności i ocenę jakości świadczeń w programie.
6. Ewaluacja
- przeprowadzenie ewaluacji programu po zakończeniu jego realizacji, opierającej się na analizie zaplanowanych mierników efektywności.

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

Świadczenia w ramach programu udzielane będą przez:

- lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub neurologii dziecięcej, zgodnie z wymaganiami i przepisami obowiązującymi w tym zakresie;
- pedagoga, psychologa lub psychologa klinicznego posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z niepełnosprawnymi osobami;

¹ Na podstawie danych Urzędu Miasta Chorzów – stan na dzień 5 czerwca 2025 r.

- logopedę lub neurologopedę posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z niepełnosprawnymi osobami;
- fizjoterapeutę posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi, posiadającego odpowiednie kwalifikacje w zakresie stosowanych metod neurofizjologicznych i rehabilitacyjnych potwierdzonych właściwymi dokumentami, zgodnie z wymaganiami i przepisami obowiązującymi w tym zakresie.

Procedury medyczne zostaną wykonane przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej, będącej w posiadaniu realizatora, spełniającej wszystkie kryteria dopuszczające do użytku medycznego, potrzebnej do wykonania świadczeń objętych programem, w szczególności:

- sprzęt potrzebny do przeprowadzenia procedur rehabilitacyjnych (m.in.: łóżka rehabilitacyjne, zestaw do biostymulacji laserowej, urządzenie do elektroterapii, zestaw do ultradźwięków, zestaw do magnetoterapii oraz inne potrzebne do przeprowadzenia zaplanowanych w programie interwencji);
- sprzęt potrzebny do przeprowadzenia procedur psychologiczno-pedagogicznych (m.in.: testy do badania osobowości, sfery emocjonalnej, inteligencji i procesów percepcyjnych, multimedialne zestawy do psychoterapii, zestaw komputerowy – Biofeedback oraz inne potrzebne do przeprowadzenia zaplanowanych w programie interwencji);
- sprzęt potrzebny do przeprowadzenia procedur logopedycznych (m.in. wibratory i masażery logopedyczne, multimedialne zestawy komputerowe do terapii logopedycznej oraz inne potrzebne do przeprowadzenia zaplanowanych w programie interwencji).

Realizator będzie prowadził ewidencję uczestników programu, u których przeprowadzono ćwiczenia fizjoterapeutyczne, ćwiczenia logopedyczne, ćwiczenia psychologiczne oraz konsultacje specjalistyczne, łącznie z terminem oraz liczbą udzielonych świadczeń.

V. Monitorowanie i ewaluacja

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco, w okresie trwania programu, na podstawie sporządzania raportów okresowych zawierających szczegółowe dane z przebiegu realizacji. Monitorowanie rozpocznie się od początku realizacji programu a zakończy się wraz z zakończeniem jego realizacji. Podczas przeprowadzania monitorowania zostaną użyte dwa wskaźniki:

- ocena zgłaszalności do programu – poprzez określenie liczby oraz odsetka uczestników programu objętych programem, nieobjętych programem z powodów zdrowotnych, a także tych osób, które zrezygnowały na różnych etapach realizacji programu;
- ocena jakości świadczeń udzielanych w programie – na podstawie przeprowadzonych badań z użyciem autorskiej ankiety satysfakcji. Ocena zostanie przeprowadzona wśród beneficjentów programu w każdym roku realizacji programu.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się po zakończeniu realizacji. Ewaluacja w dużym uproszczeniu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia programowych działań ze stanem po jego zakończeniu. Do przeprowadzenia planowanej ewaluacji po zakończeniu realizacji programu zostaną wykorzystane mierniki efektywności określone wcześniej, które będą na bieżąco rejestrowane i zbierane przez podmiot opracowujący program, przez cały okres realizacji programu. Uzyskana zmiana każdego z mierników świadczyć będzie o osiągnięciu zamierzonych celów programowych, przy użyciu narzędzi takich jak zaproponowane skale oceny funkcjonalnej. Uzyskane w ten sposób dane zostaną porównane z danymi sprzed wprowadzenia programu. Efekty terapii zostaną ocenione przez osobę ze specjalistycznym wykształceniem – lekarza ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji leczniczej lub neurologii dziecięcej.

VI. Koszty

VI.1. Planowane koszty całkowite

1. Planowane koszty całkowite **

2026 rok				
I. Koszty działań diagnostycznych				
Etap programu	Rodzaj świadczenia	Liczba uczestników	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Konsultacje specjalistyczne	2 konsultacje lekarza	52	2 x 149,00 zł = 298,00 zł	15 496,00 zł
	1 konsultacja logopedy z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	126,00 zł	6 552,00 zł
	1 konsultacja psychologiczna z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	126,00 zł	6 552,00 zł
Terapia rehabilitacyjno-usprawniająca	1 konsultacja fizjoterapeuty z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	126,00 zł	6 552,00 zł
	Świadczeń z zakresu: rehabilitacyjnego, psychologicznego i logopedycznego (zgodnie z zaplanowanymi w programie interwencjami)	52	Koszt jednego świadczenia – 110,00 zł	234 520,00 zł
			maksymalna liczba świadczeń – 2132	
SUMA				269 672,00 zł
II. Koszty działań informacyjno-edukacyjnych				
Etap programu	Rodzaj działań	Liczba szt.	Koszt całkowity	
Informacyjny	Opracowanie graficzne i wydruk ulotek	500 sztuk	900,00 zł	
Edukacyjny (tylko w 2026 r.)	Opracowanie merytoryczne materiałów edukacyjnych	1 oprac.	3000,00 zł	
SUMA				3900,00 zł
RAZEM (I+II)				273 572,00 zł

2027 rok				
I. Koszty działań diagnostycznych				
Etap programu	Rodzaj świadczenia	Liczba uczestników	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Konsultacje specjalistyczne	2 konsultacje lekarza	52	2 x 156,00 zł = 312,00 zł	16 224,00 zł
	1 konsultacja logopedy z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	132,00 zł	6 864,00 zł
	1 konsultacja psychologiczna z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	132,00 zł	6 864,00 zł
Terapia rehabilitacyjno-usprawniająca	1 konsultacja fizjoterapeuty z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	132,00 zł	6 864,00 zł
	Świadczeń z zakresu: rehabilitacyjnego, psychologicznego i logopedycznego (zgodnie z zaplanowanymi w programie interwencjami)	52	Koszt jednego świadczenia – 116,00 zł	247 312,00 zł
			maksymalna liczba świadczeń – 2132	
SUMA				284 128,00 zł
II. Koszty działań informacyjno-edukacyjnych				

Etap programu	Rodzaj działań	Liczba szt.	Koszt całkowity
Informacyjny	Opracowanie graficzne i wydruk ulotek	500 szt.	945,00 zł
SUMA			945,00 zł
RAZEM (I+II)			285 073,00 zł

2028 rok				
I. Koszty działań diagnostycznych				
Etap programu	Rodzaj świadczenia	Liczba uczestników	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Konsultacje specjalistyczne	2 konsultacje lekarza	52	2 x 164,00 = 328,00 zł	17 056,00 zł
	1 konsultacja logopedy z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	139,00 zł	7 228,00 zł
	1 konsultacja psychologiczna z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	139,00 zł	7 228,00 zł
	1 konsultacja fizjoterapeuty z ustaleniem indywidualnego programu terapeutycznego	52	139,00 zł	7 228,00 zł
Terapia rehabilitacyjno-usprawniająca	Świadczeń z zakresu: rehabilitacyjnego, psychologicznego i logopedycznego (zgodnie z zaplanowanymi w programie interwencjami)	52	Koszt jednego świadczenia – 122,00 zł maksymalna liczba świadczeń – 2132	260 104,00 zł
SUMA				298 844,00 zł
II. Koszty działań informacyjno-edukacyjnych				
Etap programu	Rodzaj działań	Liczba szt.	Koszt całkowity	
Informacyjny	Opracowanie graficzne i wydruk ulotek	500 sztuk	992,00 zł	
SUMA				992,00 zł
RAZEM (I+II)				299 836,00 zł

**Przy wyliczaniu corocznych kosztów zastosowano prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych wynoszący 105% (art. 17 Ustawy budżetowej na rok 2025 z dnia 9 stycznia 2025 r. – Dz. U. poz.63).

**Przy wyliczaniu kwot zastosowano zaokrąglenie do pełnej złotówki (w górę)

Planowany koszt całkowity programu na lata 2026-2028: **858 481,00 zł**

Ceny zaplanowane w danym roku realizacji są orientacyjne i mogą ulec zmianie. Ostateczna cena realizacji programu w danym roku będzie uzależniona od cen zaoferowanych przez oferenta w procedurze otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

2. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy w 2026 roku na jednego uczestnika programu obejmuje koszty działań informacyjno-edukacyjnych oraz terapię rehabilitacyjno-usprawniającą:

273 572,00 zł / 52 osób = 5261,00 zł

3. Źródła finansowania

Program finansowany będzie w całości ze środków budżetu Miasta Chorzów. Planowane jest złożenie wniosku do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej w wysokości 40% kosztów ogółem (z wyłączeniem kosztów kampanii informacyjno-edukacyjnej) na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

Źródła:

1. Brzezińska A.I., Kaczan R., Smoczyńska K.: Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010
2. Sienkiewicz E., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. Zdr Publ 2011; 121(4):412-416
3. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P.1997.50.475 z dnia 1997.08.13)
4. Lubecki M.: Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. Hygeia Public Health 2011, 46(4): 506-515
5. <http://www.ndt-bobath.pl> [data dostępu: 26.06.2017r.]
6. <http://www.pstis.pl> [data dostępu: 26.06.2017r.]
7. <http://www.niepelnosprawni.koszalin.pl/metody-i-formy-terapii/metoda-ruchu-rozwijajacego-wsherborne> [data dostępu: 26.06.2017r.]
8. <http://ipnfa.pl/opis-metody-pnf/> [data dostępu: 26.06.2017r.]
9. Opinia Prezesa AOTMiT nr 9/2016 z 12 stycznia 2016r.
10. Enrico CASTELLI 1, Elisa FAZZI 2*, on behalf of the SIMFER-SINPIA Intersociety Commission: Recommendations for the rehabilitation of children with cerebral palsy. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2016 October;52(5):691-703
11. red. Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T.: Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Wyd. UMCS, Lublin, 2015
12. Kaczan T., Regner A.: Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa
13. Kittel A. Förster N.: Bloki ćwiczeń. Terapia moifunkcjonalna
14. Rene Roy Hill, M.S., CCC-SLP :Trzyczęściowy Plan Interwencji Terapii Pozycji Oralnej
15. Rene Roy Hill :A Sensory Motor Approach to Apraxia of Speech and Related Motor Speech Disorders. TalkTools. 2017
16. Szelaąg E., Szymaszek A.: Test do badania rozumienia mowy u dzieci i dorosłych. Nowe spojrzenie na zegar mózgowy. Gdańsk, 2014.
17. Usprawnianie zegara neuronalnego mózgu (...). Harpo 2016.
18. Senderski A.: Terapia metodą aktywnego treningu słuchowego – założenia teoretyczne i wyniki. Kielce, 2014
19. Grycman M.:Porozumiewanie się z dziećmi ze złożonymi zaburzeniami komunikacji. Kwidzyń 2014.
20. Cieszyńska-Rożek J.: Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa. Kraków 2013.
21. Masgutowa S., Masgutow D.:Integracja odruchów twarzy metodą Swietłany Masgutowej. Techniki pracy wspierające rozwój motoryki i mowy . Warszawa 2005
22. Debra C. Lowsky: Tips & Thechnioues for the Z-Vibe, Dn – Vibe & Z – Graber
23. Michalik M.: Nowa logopedia a biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy. Kraków
24. Rosenfeld-Johnson S.: Bubble Blowing Hierarchy. Therapist prvides bubbles and tools for child
25. „Uwarunkowania Rozwoju Ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym” Maria Borkowska
26. „Metoda NDT-Bobath Poradnik dla rodziców” Maria Borkowska Zofia Szwillling
27. „Rehabilitacja w porażeniu mózgowym i zaburzeniach ruchu” Sophie Levitt
28. „ABC Rehabilitacji Dzieci Mózgowe porażenie dziecięce” Maria Borkowska
29. „Niezgrane Dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego - diagnoza i postępowanie” Carol Stock Kranowitz
30. „Niezgrane Dziecko w świecie gier i zabaw” Carol Stock Kranowitz
31. M. Molicka : „Bajki terapeutyczne”
32. E. Konieczna „Arteterapia w teorii i praktyce”
33. D. Nordoff, C. Robbins „Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi”
34. M. Knill, Ch. Knill „Programy aktywności – świadomość ciała, kontakt i komunikacja”
35. W. Sherborne „ Ruch rozwijający dla dzieci”
36. P. Stallard „Czujesz tak jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo – behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą
37. V. Maas „Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej”

38. J. Day „Twórcza wizualizacja dla dzieci”
39. P. Zieliński „Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej”
40. H. Kadnson, Ch. Schaefer „Zabawa w psychoterapii”
41. W. Otrębski „Szansa na społeczną akceptację”
42. H.G Ginott, A. Ginott, H.W. Goddard „Między rodzicami a dziećmi. Przyjazne kontakty z pociechami”
43. J. Medina „Jak wychować szczęśliwe dziecko”
44. M. Thompson, L. Thompson „Neurofeedback, wprowadzenie do podstawowych koncepcji psychofizjologii stosowanej”
45. J. Błaszyński „Autyzm a niepełnosprawność intelektualna”
46. J. Gładyszewska – Cylulko „Wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych poprzez wizualizację i inne techniki arteterapii”
47. Światowa Organizacja Zdrowia. (2024). Globalny raport na temat równości w zdrowiu osób z niepełnosprawnościami: streszczenie Światowa Organizacja Zdrowia. Regionalne Biuro dla Europy <https://iris.who.int/handle/10665/376482>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [data dostępu: 25.07.2025 r.]
48. Osoby niepełnosprawne w 2023 r. Opracowanie Głównego Urzędu Statystycznego z 15.10.2024 r. dostępne na stronie internetowej pod linkiem: Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Warunki życia / Ubóstwo. Pomoc społeczna / Świadczenia na rzecz rodziny wypłacone obywatelom Ukrainy w 2022 r. [data dostępu: 27.07.2025 r.]
49. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 udostępnione na stronie internetowej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego link: Wydział Zdrowia - Mapa Potrzeb Zdrowotnych / Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, [data dostępu 23 lipca 2025 r.]
50. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031 link: <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2025/42/> [data dostępu 23 lipca 2025 r.]
51. Plan Transformacji dla Województwa Śląskiego na lata 2022-2026 udostępniony na stronie internetowej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, link: Wydział Zdrowia - Plany Transformacji w Ochronie Zdrowia / Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, [data dostępu: 23 lipca 2025 r.]
52. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. poz. 642).