

Załącznik do uchwały nr 724/486/24  
Zarządu Województwa Mazowieckiego  
z dnia 9 kwietnia 2024 r.  
Akceptuję

.....

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-900, email: [zdrowie@mazovia.pl](mailto:zdrowie@mazovia.pl)

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego



# Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2024-2026

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu wydana została Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 13/2024 z dnia 14 lutego 2024 r.

Warszawa 2024 r.

## Spis treści

Słowniczek.....	3
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
1.2. Dane epidemiologiczne .....	6
1.3. Opis obecnego postępowania .....	7
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	8
2.1. Cel główny .....	8
2.2. Cele szczegółowe .....	8
2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej.....	9
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	10
3.1. Populacja docelowa.....	10
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	10
3.3. Planowane interwencje.....	12
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej .....	15
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	15
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	15
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	15
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	17
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	19
5.1. Monitorowanie .....	19
5.2. Ewaluacja .....	21
6. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	22
6.1. Koszty jednostkowe .....	22
6.2. Koszty całkowite .....	23
6.3. Źródła finansowania .....	23
Bibliografia .....	24
Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania* .....	26
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie .....	27
Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu .....	28
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego* .....	29

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

## **Słowniczek**

**AOTMiT** - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Badanie początkowe** - badanie zawierające testy i pomiary opisane w rozdziale 3.3. wykonane przed udzieleniem interwencji w formie cyklu terapeutycznego.

**Badanie końcowe** - badanie składające się z takich samych testów i pomiarów jak badanie początkowe udzielone po interwencji w formie cyklu terapeutycznego.

**Cykl terapeutyczny** - 10 sesji terapeutycznych przy użyciu zrobotyzowanego systemu do rehabilitacji ruchu.

**ICD-10** - Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – 10 edycja.

**Koszty bezpośrednie** - koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

**Koszty pośrednie** - koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

**Kryteria włączenia** - warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

**Kryteria wyłączenia** - warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

**NFZ** - Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Organizator** - Województwo Mazowieckie.

**Osoba aplikująca do programu** - osoba, która zgłosiła chęć udziału w programie (np. została zapisana na wizytę lub wpisana na listę osób oczekujących).

**Program** - Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego.

**Realizator** - wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**Sesja terapeutyczna** - podstawowa jednostka cyklu terapeutycznego. Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać min. 60 minut. Szczegóły opisane w rozdziale 3.3.

**Trójwymiarowa, instrumentalna diagnoza funkcji chodu (TIDFCh)** - świadczenie polegające na ocenie kinematyki jak i kinetyki chodu. Powinna być wykonana w warunkach laboratorium lub na bieżni, w zależności od stanu funkcjonalnego uczestnika programu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

**Uczestnik** - osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji zaplanowanej w programie.

**WHO** (ang. World Health Organization) - Światowa Organizacja Zdrowia.

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

### 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD, łac. paralysis cerebri infantum, ang. cerebral palsy, CP) to zespół zaburzeń wpływających na zdolność do poruszania się, trzymania równowagi i postawy. Jest najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży w Europie<sup>1</sup>. Pacjenci z MPD to jedna z największych grup dzieci objętych opieką medyczną. Częstość występowania (ok. 2-3 dzieci na każdy tysiąc żywo urodzonych) jest niezmienna i skutkuje prawie tysiącem nowych przypadków rocznie w skali kraju. MPD jest bardzo zróżnicowaną grupą, obejmującą zaburzenia wynikające z uszkodzenia mózgu we wczesnym okresie rozwoju<sup>2 3 4</sup>. Termin mózgowe porażenie dziecięce (MPD) nie jest etiologicznie swoiste i odnosi się do każdego niepostępującego zespołu zaburzeń ruchowych pochodzenia mózgowego lub mózdkowego. Termin nie obejmuje zaburzeń rdzenia kręgowego, nerwów obwodowych a także mięśni. Objawy MPD są obecne od wczesnego okresu życia i można je stwierdzić podczas standardowego badania neurologicznego, a przyczyna MPD jest często, choć nie zawsze, uszkodzeniem widocznym w badaniu obrazowym.

Rodzaj mózgowego porażenia dziecięcego zależy od lokalizacji uszkodzenia. Wyróżniamy następujące postaci kliniczne mózgowego porażenia dziecięcego: spastyczne porażenie połowicze (hemiplegia), obustronne porażenie kurczowe (diplegia, choroba Little'a), porażenie kurczowe czterokończynowe (kwadriplegia), postać wiotka mózgowego porażenia dziecięcego, postać pozapiramidowa mózgowego porażenia dziecięcego (atetoza, choreoatetoza), postać mózdkowa mózgowego porażenia dziecięcego, postaci mieszane<sup>5</sup>.

Podstawowym problemem związanym z MPD są różne formy zwiększonego napięcia mięśniowego i nieprawidłowej aktywacji mięśni, zaburzające rozwój ruchu u dzieci i skutkujące powstaniem trwałych zmian w układzie mięśniowym i kostno-stawowym. Ponieważ wyleczenie przyczyn MPD (uszkodzenia mózgu) jest niemożliwe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia dla Dzieci i Młodzieży (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia terapia powinna skupiać się na redukcji następstw uszkodzenia poprzez poprawę funkcjonalną i stymulowanie aktywności. Dla rodziców i pacjentów największym problemem jest zaburzony rozwój funkcji chodu, trwale ograniczający możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Ograniczenie to dotyczy nie tylko samych pacjentów, ale także ich rodzin i wiąże się najczęściej z wyłączeniem jednego z opiekunów z aktywności zawodowej. Pogarsza to znacznie status ekonomiczny i ogranicza możliwości rozwoju rodziny, przyczyniając się do pogłębienia wykluczenia.

---

<sup>1</sup> Blair E., Cans C., Sellier E.: Epidemiology of the cerebral palsies. W: Cerebral Palsy. 2018: 19-28. Springer, Cham

<sup>2</sup> Koman, L.A., B.P. Smith, and J.S. Shilt, Cerebral palsy. Lancet, 2004. 363(9421): p. 1619-31.

<sup>3</sup> National Institute for Health and Care Excellence (UK). Cerebral palsy in under 25s: assessment and management. Available online: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK419326/pdf/Bookshelf\\_NBK419326.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK419326/pdf/Bookshelf_NBK419326.pdf).

<sup>4</sup> Rosenbaum, P., et al., A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl, 2007. 109: p. 8-14.

<sup>5</sup> Baxter P., Morris C., Rosenbaum P. i wsp.: The definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2007; 49(s109): 1-44.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

Obecnie przeważa przekonanie, że poprawa umiejętności poruszania się ma pozytywny wpływ na rozwój dzieci z MPD<sup>6</sup>. Zaburzenia rozwoju wzorca i funkcji chodu dotyczą praktycznie wszystkich dzieci z MPD. Statystycznie ok 70% dzieci z MPD ma szansę chodzić, w tym ponad 50% samodzielnie<sup>7</sup>. Powyżej wymienione problemy wskazują, jak istotne jest usprawnianie chodu.

Problem zdrowotny poruszony w programie wpisuje się w założenia:

- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w zakresie celu operacyjnego nr 3: „Promocja zdrowia psychicznego”,
- uchwały nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”, w zakresie celu nr 7 „Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie Województwa Mazowieckiego”.

Niniejszy Program został opracowany na podstawie Regionalnego Programu Zdrowotnego pn.: „Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” realizowanego w latach 2017-2023, do którego wydano warunkowo pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 88/2017 z dnia 5 maja 2017 r.).

## **1.2. Dane epidemiologiczne**

Dzięki wprowadzonym w wielu krajach rejestrom mózgowego porażenia dziecięcego i ujednoczeniu definicji oraz wysiłkom położonym w celu identyfikacji wszystkich przypadków, częstość MPD określono na 2.0-3.5 na 1000 żywo urodzonych dzieci. Jednak wśród dzieci z niską wagą urodzeniową i/lub z ciąż mnogich częstość ta jest znacznie wyższa<sup>8</sup>. W Polsce nie jest prowadzony krajowy rejestr MPD, ale dane epidemiologiczne są zbliżone do innych krajów Europy. Częstość występowania MPD w Polsce wynosi 2-3 przypadki na 1000 żywo urodzonych dzieci<sup>9</sup>. Poniższa tabela przedstawia liczebność populacji w wieku od 2 do 18 lat z województwa mazowieckiego na koniec 2022 r.

---

<sup>6</sup> Hadders -Algra M.: Early diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *Front Neurol.* 2014; 5: 185.

<sup>7</sup> Beckung E, Hagberg G, Uldall P, Cans C: Probability of walking in children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics* 2008, 121:e187-e192.

<sup>8</sup> Korzeniewski S.J., Slaughter J., Lenski M., et al.: The complex aetiology of cerebral palsy. *Nat. Rev. Neurol.*, 2018; 14: 528–543.

<sup>9</sup> Michałowicz R: Mózgowe porażenie dziecięce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 17-26.

Tabela 1. Liczebność populacji z województwa mazowieckiego na koniec 2022 r. w wieku od 2 do 18 lat.

Rok życia	Liczebność
2	55 361
3	59 630
4	61 681
5	64 089
6	62 042
7	61 031
8	60 548
9	59 121
10	61 540
11	61 047
12	64 863
13	64 009
14	62 809
15	58 858
16	56 158
17	52 941
18	51 004
<b>suma</b>	<b>1 016 732</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Program obejmie dzieci w wieku od 5 do 18 lat. Według danych GUS w województwie mazowieckim w roku 2022 liczebność grupy dzieci w wieku 5-18 wynosiła 840 060 osoby. Zakładając częstość MPD na poziomie 2.5 na 1 000 można oszacować, że na Mazowszu będzie około 2100 dzieci i młodzieży z tym rozpoznaniem. Szacuje się, że około 90% tej grupy będzie spełniać kryteria wejścia do programu.

Szczegółowy opis populacji przedstawiony został w podrozdziale 3.1. Populacja docelowa.

### 1.3. Opis obecnego postępowania

Dzieci z MPD usprawniane są w ramach świadczeń finansowanych z NFZ. Świadczenia te obejmują konsultacje lekarskie, fizjo- i fizykoterapię, terapię zajęciową, opiekę logopedyczną, psychologiczną.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji są finansowane ze środków publicznych i udzielane przez podmioty, które zawarły stosowną umowę z NFZ. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 265) świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach ambulatoryjnych.

Świadczenia oparte na nowoczesnych instrumentalnych metodach diagnostyki i rehabilitacji nie są finansowane przez NFZ.

Według ostatnich badań, z grupy dotychczas stosowanych metod rehabilitacji (w tym większość form terapii finansowanych przez NFZ), tylko około 16% charakteryzuje się skutecznością a ponad 25%

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

okazuje się całkowicie nieskutecznych<sup>10</sup>. Większość z nich wymaga długotrwałych interwencji (pobytyw w ośrodkach rehabilitacyjnych), zmuszając pacjentów i opiekunów do przebywania poza domem i najbliższym środowiskiem, przyczyniając się w ten sposób do jeszcze większego wykluczenia.

Rozwój nowych metod terapii nadmiernej aktywności mięśni w połączeniu z nowoczesnym funkcjonalnym podejściem do rehabilitacji daje szansę na zmianę tej sytuacji. Wprowadzenie obiektywnych metod diagnostyki zaburzeń lokomocji opartych o instrumentalną analizę ruchu pozwala rozpoznać patologie leżące u podstaw ww. zaburzeń i wskazać ich przyczyny. Zaawansowane formy terapii spastyczności, takie jak iniekcje toksyny botulinowej czy dokanałowe leczenie baklofenem pozwalają na kontrolowanie napięcia mięśniowego<sup>11</sup>. Jednak kluczowe wydaje się wprowadzenie nowoczesnych metod rehabilitacji opartych na nowych technologiach.

Zrobotyzowane systemy terapii zaburzeń chodu wykorzystujące wizualne i proprioceptywne sprzężenia zwrotne oraz rzeczywistość wirtualną wyznaczają nowe standardy rehabilitacji<sup>12</sup>. Metody te w porównaniu z tradycyjną rehabilitacją pozwalają znacznie zwiększyć aktywne uczestniczenie pacjenta. Istnieją dowody na wpływ takiej terapii na przebudowę kory mózgowej. Zintensyfikowanie terapii daje przełomowe efekty w krótszym czasie. Powoduje to, że rodzice i dzieci znacznie krócej przebywają poza środowiskiem domowym. Zmniejsza się też ryzyko wykluczenia rodziców z rynku pracy. Kolejna przewaga nowoczesnych metod rehabilitacji opartych na zastosowaniu robotów to znaczne zmniejszenie obciążeń dla terapeutów poprawa ich warunków pracy i mniejsza liczba personelu potrzebna do wykonania porównywalnych zadań terapeutycznych.

Program stanowi wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji, dzieci będące wartością dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Celem głównym programu jest poprawa stanu funkcjonalnego u co najmniej 75% osób uczestniczących w programie w latach 2024-2026 poprzez zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i rehabilitacji zaburzeń funkcji chodu u dzieci z MPD.

### **2.2. Cele szczegółowe**

Cel szczegółowy nr 1

Poprawa parametrów czasowo-przestrzennych oceny klinicznej chodu u co najmniej 75% dzieci, którym udzielono świadczeń w ramach programu<sup>13</sup>

Cel szczegółowy nr 2

---

<sup>10</sup> Novak, I., et al., A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Dev Med Child Neurol*, 2013. 55(10): p. 885-910.

<sup>11</sup> Michael-Asalu A., Taylor G., Campbell H., et al.: Cerebral palsy: diagnosis, epidemiology, genetics, and clinical update. *Adv. Pediatr.* 2019; 66: 189–208.

<sup>12</sup> Calabrò R.S. i wsp. Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now? *Neurol Sci.* 2016 Apr;37(4):503-14.

<sup>13</sup> Weryfikacja nastąpi na podstawie porównania wyników badań początkowych i końcowych. Musi nastąpić poprawa w przypadku co najmniej jednego testu wykorzystywanego przy badaniu początkowym i końcowym.



Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

Poprawa w zakresie parametrów Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) obserwowana u nie mniej niż 75% dzieci uczestniczących w programie.

Cel szczegółowy nr 3

Poprawa w zakresie parametrów Skali Oceny Osiągnięcia Celów (GAS) obserwowana u nie mniej niż 50% dzieci uczestniczących w programie.

### **2.3. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej**

- 1) Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego i liczby dzieci uczestniczących w programie – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu głównego)

Wartość docelowa miernika: minimum 75%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 75% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

- 2) Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa parametrów czasowo-przestrzennych oceny klinicznej chodu i liczby dzieci uczestniczących w programie – wynik wyrażony w procentach (dotyczy celu szczegółowego nr 1).

Wartość docelowa miernika: minimum 75%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 75% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

- 3) Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa w zakresie parametrów Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) i liczby dzieci uczestniczących w programie (dotyczy celu szczegółowego nr 2).

Wartość docelowa miernika: minimum 75%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 75% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

- 4) Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa w zakresie parametrów Skali Oceny Osiągnięcia Celów (GAS) i liczby dzieci uczestniczących w programie (dotyczy celu szczegółowego nr 3).

Wartość docelowa miernika: minimum 50%.

Wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie minimum 50% uwzględniając możliwość rezygnacji z uczestnictwa w programie przez uczestnika na każdym jego etapie, zgodnie z informacjami przedstawionymi w rozdziale 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.

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

#### **3.1. Populacja docelowa**

Do programu włączone zostaną osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Budżet programu wynosi 10 929 600 zł. Przy oszacowaniu populacji, której włączenie do programu jest możliwe założono, że:

1. jeden cykl terapeutyczny składa się z 10 sesji terapeutycznych,
2. jednostkowy koszt jednego cyklu terapeutycznego wynosi 5 280 zł,
3. każda osoba wykorzysta maksymalne wsparcie oferowane w ramach programu (dozwolone uczestnictwo 2 razy w roku, maksymalnie 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu). W przypadku gdy program będzie trwał dłużej niż 3 lata – dozwolone jest uczestnictwo 2 razy w każdym roku trwania programu. Dopuszcza się także możliwość uczestnictwa w programie 4 razy w roku, jeśli jest to uzasadnione dobrem pacjenta i brak jest przeciwwskazań medycznych i nie ma innych osób chętnych do skorzystania ze świadczeń w ramach programu.

Zakładając, że uczestnicy będą korzystać ze świadczeń przewidzianych w programie 2 razy w roku w ciągu 3 lat, w ramach programu będzie można wykonać około 2 070 pełnych cykli terapeutycznych. W ciągu 3 lat trwania programu będzie możliwe włączenie do programu około 345 osób. Liczba osób, które zostały włączone do programu może być większa w sytuacji, gdy osoby te nie będą korzystały z maksymalnego wsparcia oferowanego w ramach programu tj. będą uczestniczyły w programie mniej niż 2 razy w roku, mniej niż 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu.

Biorąc pod uwagę powyższe szacowania i budżet programu w trakcie jego trwania można przeprowadzić interwencje dla około 345 osób z grupy docelowej.

Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o zwiększeniu lub zmniejszeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe i zainteresowaniem udziału w programie osób, które mogą z niego skorzystać.

#### **3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

##### **Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej**

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-16. Niespełnienie przynajmniej jednego kryterium określonego w pkt 1-16 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

##### **Kryteria kwalifikacji do udziału w programie:**

Osoba aplikująca do programu w dniu kwalifikacji musi:

- 1) być w wieku pomiędzy 5 a 18 lat i posiadać rozpoznane MPD;

- 2) mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 3) rodzic/opiekun osoby aplikującej do programu przedłoży wypełniony i podpisany druk świadomej zgody na udział w programie;
- 4) rodzic/opiekun osoby aplikującej do programu złoży pisemne oświadczenie, że nie jest on obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. NFZ);
- 5) rodzic/opiekun osoby aplikującej do programu złoży pisemne oświadczenie, że nie był dotychczas uczestnikiem programu lub zakończył udział w programie minimum 6 miesięcy wcześniej;
- 6) posiadać poziom funkcjonalny od 1 do 4 wg. Klasyfikacji GMFCS (Gross Motor Function Classification System);
- 7) posiadać umiejętność samodzielnego chodzenia z wykorzystaniem wspomaganie w postaci pomocy ortopedycznych (kule, trójnogi, balkonik, łuski) lub asysty drugiej osoby;
- 8) mieć możliwość przejścia minimum 4 metrów samodzielnie z wykorzystaniem wyżej wymienionych pomocy lub trzymając za rękę osobę towarzyszącą;
- 9) posiadać umiejętność komunikowania się pozwalającą na rozumienie poleceń terapeuty oraz sygnalizowanie bólu, dyskomfortu i potrzeb fizjologicznych;
- 10) wykazywać brak aktywnej padaczki lekoopornej;
- 11) wykazywać brak dysproporcji lub dysproporcje w długości kończyn dolnych nie większe niż 2 cm;
- 12) wykazywać brak utrwalonych przykurczów i/lub deformacji kostno-stawowych;
- 13) wykazywać brak niestabilności kostno-stawowych (np.: zwichnięcia stawów, złamania, osteoporoza) uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu;
- 14) wykazywać brak zmian zapalnych skóry i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych, uniemożliwiających trening z użyciem zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu;
- 15) wykazywać brak przeciwwskazań do treningu na bieżni (np.: choroby układu krążenia, oddechowego o znacznym nasileniu);
- 16) dopuszcza się możliwość kontynuacji wsparcia dla osób, które zakończyły wszystkie przewidziane dla nich cykle terapeutyczne, jeśli jest to uzasadnione dobrem pacjenta i brak jest co do tego przeciwwskazań lekarskich.

Weryfikacja kryteriów z pkt. 2 – 5 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A do programu.

### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:**

Niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu lub przedłożenie realizatorowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu. W przypadku odmowy uczestnika do złożenia pisemnej rezygnacji z udziału w programie lub braku możliwości jej uzyskania (np. rezygnacja podczas rozmowy telefonicznej) realizator odnotowuje w dokumentacji fakt rezygnacji z udziału w programie wraz ze wskazaniem sposobu przekazania informacji. Odstąpienie od udziału w programie możliwe jest na każdym jego etapie.

### **3.3. Planowane interwencje**

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- 1) kwalifikacja do programu,
- 2) badanie początkowe,
- 3) cykl terapeutyczny przy zastosowaniu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu,
- 4) badanie końcowe.

Kwalifikacje personelu wymaganego do przeprowadzenia poszczególnych interwencji wskazano w rozdziale 4.2.

### **Kwalifikacja do programu**

Podczas kwalifikacji uczestników do programu, realizator musi zweryfikować, czy osoba aplikująca do udziału w programie spełnia kryteria włączenia, opisane w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Do programu mogą zostać zakwalifikowane tylko te osoby, które spełniają jednocześnie wszystkie kryteria włączenia i nie wystąpiły kryteria wyłączenia. W późniejszych etapach interwencji realizator wykluczy z udziału w programie uczestnika, u którego wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia.

### **Badanie początkowe**

Badania początkowe powinny być przeprowadzone w okresie do 6 tygodni poprzedzających cykl terapeutyczny, następnie na podstawie ich wyników i potrzeb danego uczestnika wyznaczony będzie indywidualny cel terapii. Jego osiągnięcie będzie oceniane przy zastosowaniu Skali Oceny Osiągnięcia Celów (z ang. Goal Assessment Scaling, GAS). Osiągnięcie tego celu zostanie zweryfikowane po zakończeniu cyklu terapeutycznego.

Każdy cykl terapeutyczny rozpoczyna się i kończy badaniem klinicznym obejmującym testy funkcjonalne, badania ankietowe oraz analizę biometrycznych danych wejściowych i wyjściowych uzyskiwanych z urządzeń terapeutycznych. W ramach badań początkowych i końcowych muszą zostać wykonane takie same testy i pomiary. Jest to warunek niezbędny, aby porównać stan pacjenta przed rozpoczęciem interwencji i po jej udzieleniu. W ramach badań początkowych i końcowych realizator wykona następujące testy i pomiary:

1. **Obligatoryjnie:**

- 1) *Time Up&Go Test* (TUG) - test pozwalający na ocenę stanu badanego w zakresie dużej motoryki (funkcja wstawania, pokonywania krótkiego dystansu, zawracania oraz przyjmowania pozycji siedzącej);
- 2) 10 m test chodu (10MWT) - test umożliwiający ocenę prędkości chodu na odcinku 10 m;
- 3) 6 minutowy test chodu (6MWT) - test pozwalający na ocenę wydolności pacjenta;
- 4) Skala *Gross Motor Function Measure* w części D (stanie) i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E) - skala opracowana w celu oceny możliwości funkcjonalnych dzieci z MPD; użyteczna do ustalaniu celów leczenia; umożliwia monitorowanie zmian w rozwoju tzw. dużej motoryki dziecka;
- 5) *The Functional Mobility Scale* (FMS 5/50/500) – narzędzie, które bada umiejętność chodu na dystansach 5, 50 oraz 500 m;
- 6) Ocena wyników rehabilitacji przy zastosowaniu Skali Oceny Osiągania Celów (GAS) (z ang. Goal Assessment Scaling);
- 7) Trójwymiarowa, instrumentalna diagnoza funkcji chodu (TIDFCh).

2. **Fakultatywnie:**

- 1) Skala *Pediatric Evaluation of Disability Inventor* (PEDI) w część: Umiejętności funkcjonalne - dziedzina Mobilność - stworzona w celu kompleksowej oceny możliwości funkcjonalnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz analizy zmian w ich funkcjonowaniu będących wynikiem postępowania usprawniającego;
- 2) testy wykonywane przy pomocy zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji.

### **Cykl terapeutyczny**

Każdy uczestnik powinien mieć przeprowadzony cykl terapeutyczny przy zastosowaniu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu. W celu polepszenia efektów terapii zaleca się używać środowiska wirtualnej rzeczywistości i dynamicznego obciążenia. Osoba zakwalifikowana do programu musi otrzymać 10 sesji terapeutycznych składających się na cykl terapeutyczny. W ramach programu możliwe jest uczestnictwo tej samej osoby maksymalnie 2 razy w roku, 6 razy w ciągu 3 lat trwania programu z zastrzeżeniem, że w roczny limit uczestnictwa w programie włącza się uczestnictwo w innych, komplementarnych programach finansowanych ze środków publicznych. Dopuszcza się możliwość uczestnictwa w programie 4 razy w roku, jeśli jest to uzasadnione dobrem pacjenta.

Jedna sesja terapeutyczna powinna trwać około 60 minut. W ciągu tego czasu następuje przymocowanie pacjenta do urządzenia, trening trwający około 45 minut - w zależności od zmęczenia i motywacji pacjenta, następnie odpięcie zabezpieczenia i odłączenie pacjenta. Parametry urządzenia będą dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta.

Po sesji terapeutycznej powinno zostać sporządzone podsumowanie na cele monitoringu i ewaluacji działań programu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

W celu uzyskania lepszej współpracy i motywacji pacjenta podczas sesji terapeutycznych, terapeuta może prowadzić dodatkowe ćwiczenia. Należy wykorzystywać biofeedback, umożliwiający ocenę stopnia zaangażowania pacjenta w proces terapii np. przez graficzny zapis cyklu chodu na monitorze komputera oraz wzrost motywacji pacjenta poprzez dostarczenie sygnałów zwrotnych – wizualnych oraz proprioceptywnych. Dodatkowo treningi wzbogacane mogą być aplikacjami z wykorzystaniem trójwymiarowych technik i projektorów 3D, umożliwiającymi głęboką percepcję, pozwalającą przenieść się w środowisko sztucznie generowane przez komputer.

Program dotyczy rehabilitacji z użyciem zrobotyzowanych urządzeń do rehabilitacji chodu (robotów rehabilitacyjnych) a nie egzoszkieleatów czy urządzeń odciążających i zautomatyzowanych ortez do terapii spoczynkowej (przyłóżkowej). Powinny być spełnione następujące warunki (wszystkie łącznie a nie rozdzielnie):

1. System powinien wykorzystywać zrobotyzowane ortozy kontrolujące bezpośrednio ruch w stawach kończyn dolnych;
2. System powinien być wyposażony w dynamiczne odciążenie;
3. System powinien być wyposażony w bieżnię o regulowanej prędkości;
4. System powinien umożliwiać treningi z wykorzystaniem biofeedback'u.

Tak sformułowane wymagania wykluczają rozwiązania częściowe, które nie spełniają definicji zrobotyzowanych urządzeń do terapii chodu oraz urządzenia nie zapewniające pełnej kontroli na ruchem stawów kończyny dolnej (niezbędnej w terapii pacjentów z MPD). Przykładowe systemy tego typu to: Lokomat, Robogait, Walkbot-K, ReoAmbulator.

### **Badanie końcowe**

Po udzieleniu pełnego cyklu terapeutycznego musi zostać wykonane badanie końcowe, podczas którego należy użyć takich samych badań i pomiarów, jak w przypadku badania początkowego. Jest to warunek niezbędny, żeby porównać stan zdrowia uczestnika przed rozpoczęciem interwencji i po jej udzieleniu. Dopuszcza się przeprowadzenie badania końcowego u pacjentów, którzy przedwcześnie kończą udział w cyklu z własnej woli, np. ze względów zdrowotnych lub po złożeniu rezygnacji.

W przypadku osób uczestniczących kolejny raz w programie dopuszcza się możliwość nie wykonywania badań początkowych, w momencie gdy upłynął krótki okres między poszczególnymi cyklami terapeutycznymi. Decyzję o odstąpieniu od badań początkowych podejmuje każdorazowo lekarz specjalista. W takim przypadku badanie końcowe wykonane w poprzednim cyklu terapeutycznym traktowane jest jako badanie początkowe w nowym cyklu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 3 dni w tygodniu, 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 1 raz w tygodniu do godziny 18.00.

Realizator programu musi zapewnić równocześnie możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w rozdziale 3.3.

### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

- 1) zostaną mu udzielone wszystkie należne interwencje przewidziane w programie;
- 2) bez wcześniejszego zgłoszenia realizatorowi, nie będzie uczestniczył w zaplanowanej interwencji (w przypadku sesji terapeutycznych po nieobecności na minimum 2 sesjach z rzędu bez wcześniejszej informacji o nieobecności);
- 3) zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale 3.2.

Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, może wziąć w nim udział ponownie po 6 miesiącach od zakończenia udziału – pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie określonych w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszej terapii. Realizator jest zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie rehabilitacji ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Działania prowadzone w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

## **4. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

### **4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów**

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

- 1) wybór realizatorów programu w drodze otwartego konkursu ofert;
- 2) działania informacyjno-promocyjne prowadzone przez realizatorów oraz Województwo;
- 3) kwalifikacja uczestników do programu;
- 4) przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie;
- 5) rozliczenie finansowe programu;
- 6) monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

**Ad 1.** Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie [www.mazovia.pl](http://www.mazovia.pl) oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa.

Realizatorami programu będą podmioty wybrane w drodze konkursu ofert i wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie odrębnej uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego.

**Ad 2.** Województwo Mazowieckie oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Informacja o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie przekazana zostanie również do jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa mazowieckiego. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora (np. plakaty, ulotki, bezpośredni kontakt). Materiały informacyjno-promocyjne wymagają wcześniejszej akceptacji Województwa Mazowieckiego oraz muszą zawierać logo Województwa Mazowieckiego – szczegóły w tym zakresie regulować będzie umowa na realizację programu.

**Ad 3.** Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej. Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

**Ad 4.** Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji:

- 1) kwalifikacja do programu,
- 2) badanie początkowe,
- 3) cykl terapeutyczny przy zastosowaniu zrobotyzowanych systemów do rehabilitacji chodu,
- 4) badanie końcowe.

Szczegółowy opis przeprowadzenia powyższych interwencji przedstawiono w rozdziale 3.3. Planowane interwencje.

**Ad 5.** Z realizatorami programu, wybranymi w drodze konkursu ofert, zostaną podpisane umowy, w których określone zostaną obowiązki realizatora w tym m.in warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

**Ad 6.** W trakcie realizacji programu prowadzony będzie monitoring obejmujący ocenę zgłaszalności do programu, oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie, oceny efektywności programu, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 3. Przyjęty harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianie.



Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

Tabela 2 Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Decyzja o rozpoczęciu prac nad projektem PPZ	ZWM	19 września 2023 r.	19 września 2023 r.
2.	Opracowanie projektu PPZ	ZD	20 września 2023 r.	20 listopada 2023 r.
3.	Konsultacje projektu PPZ z JST oraz wprowadzenie ew. uwag	ZD	21 listopada 2023 r.	30 listopada 2023 r.
4.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	12 grudnia 2023 r.	12 grudnia 2023 r.
5.	Opiniowanie projektu PPZ (2 miesiące)	AOTMiT	14 grudnia 2023 r.	14 lutego 2024 r.
6.	Aktualizowanie projektu PPZ	ZD	15 lutego 2024 r.	15 marca 2024 r.
7.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	19 marca 2024 r.	9 kwietnia 2024 r.
8.	Uchwała o wdrożeniu PPZ	ZWM	2 kwietnia 2024 r.	2 kwietnia 2024 r.
9.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów PPZ	ZD	9 kwietnia 2024 r.	11 kwietnia 2024 r.
10.	Składanie ofert konkursowych	Oferenci	11 kwietnia 2024 r.	3 maja 2024 r.
11.	Ocena formalna i merytoryczna ofert	ZD	6 maja 2024 r.	31 maja 2024 r.
12.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	4 czerwca 2024 r.	4 czerwca 2024 r.
13.	Podpisywanie umów z realizatorami	ZD, realizatorzy	10 czerwca 2024 r.	28 czerwca 2024 r.
14.	Realizacja PPZ	realizatorzy	30 czerwca 2024 r.	30 listopada 2026 r.
15.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2024 r.	realizatorzy	1 stycznia 2025 r.	31 stycznia 2025 r.
16.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2025 r.	realizatorzy	1 stycznia 2026 r.	31 stycznia 2026 r.
17.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2026 r.	realizatorzy	1 stycznia 2027 r.	31 stycznia 2027 r.
18.	Opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ (2 miesiące)	ZD	31 stycznia 2027 r.	31 marca 2027 r.
19.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM	ZWM	1 kwietnia 2027 r.	8 kwietnia 2027 r.
20.	Przekazanie raportu końcowego PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	9 kwietnia 2027 r.	23 kwietnia 2027 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

PPZ - Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego na lata 2024-2026;

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

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

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji odpowiedni personel i sprzęt.

##### Wymagania dotyczące personelu:

- 1) kwalifikacja uczestników do programu na podstawie kryteriów włączania wykonywana musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: chirurgia dziecięca, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny;
- 2) wykonanie badań początkowych realizowane musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: chirurgia dziecięca, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny;

- 3) przeprowadzenie u osób zakwalifikowanych do programu pełnego cyklu terapeutycznego wykonywane musi być przez fizjoterapeutę pod nadzorem lekarza specjalisty jednej z dziedzin: chirurgia dziecięca, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny;
- 4) wykonanie badań końcowych realizowane musi być przez lekarza specjalistę jednej z dziedzin: chirurgia dziecięca, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, rehabilitacja medyczna lub przez lekarza w trakcie specjalizacji z wymienionych dziedzin medycyny.

Interwencji w ramach programu musi udzielać kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.

#### **Wymagania dotyczące sprzętu:**

Poniższe wymagania, co do stosowanego sprzętu w ramach programu, powinny być spełnione wszystkie łącznie a nie rozdzielnie:

1. System powinien wykorzystywać zrobotyzowane ortezy kontrolujące bezpośrednio ruch w stawach kończyn dolnych;
2. System powinien być wyposażony w dynamiczne odciążenie;
3. System powinien być wyposażony w bieżnię o regulowanej prędkości;
4. System powinien umożliwiać treningi z wykorzystaniem biofeedback'u.

Wykluczone jest stosowanie w ramach programu rozwiązań częściowych, które nie spełniają definicji zrobotyzowanych urządzeń do terapii chodu oraz urządzenia nie zapewniające pełnej kontroli nad ruchem stawów kończyny dolnej (niezbędnej w terapii pacjentów z MPD). Przykładowe systemy tego typu to: Lokomat, Robogait, Walkbot-K, ReoAmbulator.

Wszystkie interwencje powinny być prowadzone z zachowaniem warunków sanitarnych i ustalonych dla procedur medycznych, wynikających z aktualnych norm i przepisów prawnych. Budynek, w którym realizowane są świadczenia powinien być dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Realizator musi posiadać odpowiednie instrumenty diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w ramach programu zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz z przyjętymi normami i rekomendacjami. Realizator jest zobowiązany do zapewnienia zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Dokumentacja medyczna wytworzona w trakcie realizacji programu powinna być prowadzona i przechowywana w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w przepisach z zakresu dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

#### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:**

- 1) Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.

- 2) Realizator podczas udzielania świadczeń medycznych w ramach programu musi przestrzegać zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3) Realizator podczas udzielania świadczeń, zarówno w swojej siedzibie jak i poza nią, jest zobowiązany do zapewnienia uczestnikowi prywatności oraz komfortowych warunków uczestnictwa, np. braku osób trzecich podczas sesji terapeutycznych.
- 4) Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
- 5) Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto, uczestnik programu musi zostać poinformowany o źródłach finansowania programu.
- 6) O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu.
- 7) Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 8) Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Województwem Mazowieckim a realizatorem.
- 9) Uczestnik który zakończył udział w programie może wziąć w nim udział ponownie udział po 6 miesiącach od zakończenia udziału – pod warunkiem ponownego spełnienia kryteriów kwalifikacji do udziału w programie określonych w rozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.
- 10) Realizator w trakcie realizacji programu zobowiązany jest do udzielania zaplanowanych interwencji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi i rekomendacjami.
- 11) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
- 12) Realizator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji programowej. Dokumentacja programowa zawierać będzie dokumenty uzyskane w trakcie realizacji programu nie będące dokumentacją medyczną. Dokumentacja programowa powinna zawierać m.in. zgody uczestników na udział w programie, rezygnacje z dalszego uczestnictwa w programie, ankiety satysfakcji uczestników.

## **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **5.1. Monitorowanie**

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,

3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiących załączniki C do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

#### **Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu**

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Definicja osoby aplikującej do programu znajduje się w słowniczku na początku programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. Administratorem danych osobowych osób ubiegających się o udział w programie oraz uczestników programu jest podmiot realizujący program.

Realizator ma obowiązek prowadzenia rejestru osób aplikujących do programu także w przypadku przekroczenia liczby osób, którym można zapewnić udział w programie w ramach zaplanowanych środków finansowych. Informacja dotycząca liczby osób aplikujących do programu może stanowić podstawę do podjęcia przez Zarząd Województwa Mazowieckiego decyzji o zwiększeniu lub zmniejszeniu środków przeznaczonych na realizację programu, uwzględniając posiadane środki finansowe. Ocena zgłaszalności do programu monitorowana będzie na podstawie danych przedstawionych przez realizatorów programu zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

#### **Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z treścią załącznika C do programu. Każdy z rodziców/opiekunów prawnych uczestnika zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich należnych interwencji lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie.

Ankiety mogą być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

Analizy wyników ankiet satysfakcji muszą zawierać:

- 1) liczbę osób biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analizy wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu.

Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

### **Ad 3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o liczbie wykonanych świadczeń w ramach programu – zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

#### **5.2. Ewaluacja**

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w rozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdania roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Analiza sprawozdań pozwoli uzyskać dane na temat zgłaszalności do programu, a co za tym idzie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wśród mieszkańców województwa mazowieckiego.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy przygotowują pracownicy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie. Raport końcowy zostanie

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

opracowany na podstawie m.in. sprawozdań końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

## 6. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 6.1. Koszty jednostkowe

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10% wartości kosztów bezpośrednich. W ramach kosztów pośrednich uwzględniono koszty przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitoringu i ewaluacji programu.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie jest tożsama z wartością elementów kosztu jednostkowego świadczeń realizowanych w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego pn.: „Rozszerzenie dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” na lata 2017-2023 (zgodnie z opinią AOTMiT nr 88/2017 z dnia 5 maja 2017 r.). W związku z tym etap wyceny świadczeń w ramach programu został pominięty.

*Tabela 3 Wartość świadczeń przypadających na 1 uczestnika z grupy docelowej skierowanego na cykl terapeutyczny (źródło: opracowanie własne)*

Nazwa elementu	Koszt jednostkowy wraz z kosztami pośrednimi	Ilość	Razem
Kwalifikacja uczestnika do programu	165 zł	1	165 zł
Badanie początkowe	770 zł	1	770 zł
Opracowania celów terapii, zaplanowania cyklu terapeutycznego	275 zł	1	275 zł
1 sesja terapeutyczna przy użyciu zrobotyzowanej ortozy do rehabilitacji ruchu	330 zł	10	3 300 zł (cykl)
Badanie końcowe	770 zł	1	770 zł

Maksymalny koszt udziału w programie jednego uczestnika z grupy docelowej skierowanego na cykl terapeutyczny wynosi 5 280 zł.

Koszty przedstawione w tabeli 3, są kwotami maksymalnymi, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

Świadczenia zrealizowane w ramach programu i wykazane w sprawozdaniach przez poszczególnych realizatorów nie mogą jednocześnie być sfinansowane z innych środków publicznych (w tym NFZ).

W kalkulacji założono, że 345 uczestników z grupy docelowej skorzysta z kwalifikacji, badania początkowego, cyklu terapeutycznego oraz badania końcowego, realizowanych w siedzibie realizatora (ambulatoryjnie).

W przypadku innej niż ww. szacunkowa liczba osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem. Jednakże, suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji, interwencjami można objąć około 345 osób z grupy docelowej, w tym:

- w 2024 r. 115 osób;
- w 2025 r. 115 osób;
- w 2026 r. 115 osób.

## **6.2. Koszty całkowite**

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2024-2026. Planowany budżet programu został określony w wysokości 10 929 600 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2024 r.: 3 643 200 zł;
- 2025 r.: 3 643 200 zł;
- 2026 r.: 3 643 200 zł.

## **6.3. Źródła finansowania**

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego.

W przypadku posiadania dodatkowych środków finansowanych w budżecie Województwa Mazowieckiego, budżet programu może zostać zwiększony. W przypadku braku zainteresowania udziałem w programie mieszkańców, budżet programu może zostać zmniejszony.

## **Bibliografia**

### **Publikacje:**

1. Blair E., Cans C., Sellier E.: Epidemiology of the cerebral palsies. W: Cerebral Palsy. 2018: 19-28. Springer, Cham
2. Koman, L.A., B.P. Smith, and J.S. Shilt, Cerebral palsy. Lancet, 2004. 363(9421): p. 1619-31
3. National Institute for Health and Care Excellence (UK). Cerebral palsy in under 25s: assessment and management. Available online: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK419326/pdf/Bookshelf\\_NBK419326.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK419326/pdf/Bookshelf_NBK419326.pdf).
4. Rosenbaum, P., et al., A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl, 2007. 109: p. 8-14.
5. World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, Geneva.
6. Hadders -Algra M.: Early diagnosis and early intervention in cerebral palsy. Front Neurol. 2014; 5: 185.
7. Beckung E, Hagberg G, Uldall P, Cans C: Probability of walking in children with cerebral palsy in Europe. Pediatrics 2008, 121:e187-e192.
8. Korzeniewski S.J., Slaughter J., Lenski M., et al.: The complex aetiology of cerebral palsy. Nat. Rev. Neurol., 2018; 14: 528–543
9. Michałowicz R: Mózgowe porażenie dziecięce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 17-26.
10. Novak, I., et al., A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. Dev Med Child Neurol, 2013. 55(10): p. 885-910.
11. Michael-Asalu A., Taylor G., Campbell H., et al.: Cerebral palsy: diagnosis, epidemiology, genetics, and clinical update. Adv. Pediatr. 2019; 66: 189–208
12. Calabrò R.S. i wsp. Robotic gait rehabilitation and substitution devices in neurological disorders: where are we now? Neurol Sci. 2016 Apr; 37(4):503-14.

### **Źródła internetowe:**

1. <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start>
2. <https://www.mp.pl/>
3. [National Center for Biotechnology Information \(nih.gov\)](http://National Center for Biotechnology Information (nih.gov))
4. <https://chorobyrazadkie.gov.pl/pl/edukacja/mozgowe-porazenie-dzieciece>

### **Akty prawne:**

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta



Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
6. Uchwała nr 313/303/22 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2022–2026”.

## **Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania\***

.....  
*Imię i nazwisko dziecka*

.....  
*Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” (dalej zwany „programem”) ww. dziecko mieszka na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego<sup>14</sup>.

### **Świadoma zgoda na udział w programie**

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące programu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Mazowieckiego a udział w nim jest bezpłatny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział ww. dziecka w programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że ww. dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz nie biorę udziału w tym bądź innym analogicznym projekcie finansowanym ze środków publicznych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia).

Oświadczam, że do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego” na lata 2024-2026 aplikuję po raz pierwszy/zakończyłam(em) udział minimum 6 miesięcy wcześniej\*.

Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....  
*Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego uczestnika*

Oryginał/kopia\*

\* niepotrzebne skreślić

<sup>14</sup> Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

## **Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest\*\*:

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

.....  
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

### Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Ankieta ta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag dotyczących udziału w „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o wypełnienie ankiety i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-4 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. Jak ocenia Pani/Pan postawę personelu (życzliwość, zaangażowanie, uprzejmość)?  
1      2      3      4      5
2. Jak ocenia Pani/Pan specjalistę przeprowadzającego badania początkowe i końcowe?  
1      2      3      4      5
3. Jak ocenia Pani/Pan osobę prowadzącą cykl terapeutyczny?  
1      2      3      4      5
4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?  
1      2      3      4      5
5. Odnosząc się do udziału w cyklach terapeutycznych (można wybrać kilka odpowiedzi):
  - jestem zadowolona/zadowolony
  - wiem, że w każdej chwili mogę prosić o dalszą pomoc i gdzie mogę ją uzyskać
  - jestem zadowolona/zadowolony, ale można wprowadzić zmiany (jakie?)  
.....
  - żadne z powyższych
6. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)
  - z podmiotu leczniczego/personelu medycznego
  - od rodziny, znajomych
  - od pracownika socjalnego
  - z Internetu
  - inne (jakie?) ....
7. Jakie zmiany, według Pani/Pana opinii, powinny zostać wprowadzone do programu?  
.....  
.....

8. Inne uwagi

.....  
.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

## Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego\*

### Sprawozdanie kwartalne/roczne/końcowe\* z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego”

Dane realizatora: ..... (nazwa, adres)

Nr umowy: .....

Sprawozdanie za okres: .....

### Sprawozdanie z wykonania świadczeń w programie w okresie sprawozdawczym

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób aplikujących do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie (suma pozycji 2.1. i 2.2)	
2.1.	Liczba osób, które zakwalifikowano jeden raz do programu w danym roku	
2.2.	Liczba osób, które zakwalifikowano dwa razy do programu w danym roku	
3.	Liczba osób, u których dokonano trójwymiarowej instrumentalnej diagnozy funkcji chodu przy użyciu nowoczesnych metod	
4.	Liczba osób, którym udzielono pełnego cyklu terapeutycznego	
5.	Liczba wykonanych cykli terapeutycznych w danym roku	
6.	Liczba osób, u których nastąpiła poprawa parametrów chodu zweryfikowana na podstawie porównania wyników badań początkowych i końcowych	
6.1.	Time Up&Go Test (TUG)	
6.2.	10 m test chodu (TMWT)	
6.3.	6 minutowy test chodu (6MWT)	
6.4.	Skala Gross Motor Function Measure w części D (stanie) i E (chodzenie, bieganie i skakanie) (GMFM: D,E)	
6.5.	The Functional Mobility Scale (FMS 5/50/500)	
6.6.	Trójwymiarowa, instrumentalna diagnoza funkcji chodu (TIDFCh)	
7.	Liczba osób, które zostały wykluczone z programu	
7.1.	Liczba osób, które zostały wykluczone z powodu przedłożenia realizatorowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu	
7.2.	liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia aktywnej padaczki lekoopornej	
7.3.	liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia niestabilność kostno-stawowej	
7.4.	liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu wystąpienia zmian zapalnych skóry i/lub otwartych uszkodzeń skóry w okolicach tułowia i kończyn dolnych uniemożliwiających dalsze prowadzenie interwencji	
7.5.	liczba osób, które zostały wykluczone z programu z powodu nieusprawiedliwionej absencji na 2 sesjach terapeutycznych	

Program polityki zdrowotnej w zakresie rozszerzenia dostępności nowoczesnych instrumentalnych metod diagnostyki i rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym na terenie województwa mazowieckiego

**Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności programu (dotyczy sprawozdania końcowego)**

Nr.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego i liczby dzieci uczestniczących w programie	
2.	Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa wzorca chodu i liczby dzieci uczestniczących w programie	
3.	Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa w zakresie parametrów Trójwymiarowej Instrumentalnej Diagnostyki Funkcji Chodu (TIDFCh) i liczby dzieci uczestniczących w	
4.	Iloraz liczby dzieci, u których nastąpiła poprawa w zakresie parametrów Skali Oceny Osiągnięcia Celów (GAS) i liczby dzieci uczestniczących w programie	

Uwagi:

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

Część opisowa, zawierająca m.in. informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz opis podjętych działań modyfikujących:

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

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – załącznik C:

.....  
.....

Oświadczam, że świadczenia wykazane w sprawozdaniu nie zostały jednocześnie sfinansowane z innych środków publicznych (w tym Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

.....

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

\* Niepotrzebne skreślić