Załącznik do UCHWAŁY NR XXIX/494 /2021

 Rady Miasta Sopotu

 z dnia 16 grudnia 2021r.

**Program polityki zdrowotnej** **„Rehabilitacja Domowa”**

**GMINA MIASTA SOPOTU**

**Program na lata 2022 - 2024**

1. **Opis problemu zdrowotnego**
2. Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) osoba niepełnosprawna, to „osoba, u której istotne uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania organizmu powodują uniemożliwienie, utrudnienie lub ograniczenie sprawnego funkcjonowania
w społeczeństwie, biorąc pod uwagę takie czynniki jak płeć, wiek oraz czynniki zewnętrzne”. [[1]](#footnote-1)

Z kolei w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zastosowano inną definicję, przyjętą głównie dla celów przyznawania renty inwalidzkiej. Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie:
o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niesprawności albo orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, a jeżeli nie ukończyły 16 roku życia – orzeczenie o rodzaju
i stopniu niepełnosprawności.

Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.[[2]](#footnote-2)

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podjęła inicjatywy nad stworzeniem wielowymiarowego systemu niepełnosprawności. Eksperci powyższej organizacji wymienili dziewięć zasadniczych grup osób niepełnosprawnych.

Są to osoby:

* z niepełnosprawnością natury organicznej
* z niepełnosprawnością intelektualną
* z niepełnosprawnością emocjonalną
* z upośledzeniami lokomocyjnymi
* z upośledzeniami widzenia
* z upośledzeniami w zakresie komunikowania się (mowa, pismo)
* z wadami budzącymi szczególną odrazę
* z wadami skrytymi
* z upośledzeniami związanymi z procesami starzenia się.

System ten jest ciągle modyfikowany, zmierzający do stworzenia wielowymiarowego kryterium diagnostycznego.

Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. [[3]](#footnote-3)

Rehabilitacja polega, zatem na:

• przywróceniu sprawności uszkodzonych organów jednostki lub usprawnieniu jej funkcji,

• przygotowaniu jej do samodzielnego radzenia sobie w życiu codziennym,

• do korzystania z różnych form kształcenia,

• do wykonywania pracy,

• stwarzania w środowisku społecznym i otoczeniu fizycznym odpowiednich warunków do

 prawidłowego funkcjonowania tej jednostki.

Podstawowym zadaniem rehabilitacji jest usprawnienie jednostki upośledzonej pod względem fizycznym, umysłowym, psychicznym czy społecznym oraz zapewnienie jej odpowiednio do jej wieku i możliwości wykształcenia ogólnego lub zawodowego. Proces ten jest podejmowany na rzecz i przy współudziale osób, u których na skutek choroby lub urazu nastąpiło ograniczenie, niektórych czynności ustroju lub powstało trwałe kalectwo.

W związku z tym wyodrębnione zostały cztery rodzaje rehabilitacji:

• rehabilitacja fizyczna – obejmująca usprawnienie funkcji fizycznych, zwana też rehabilitacja medyczną,

• rehabilitacja psychiczna – skoncentrowana na psychicznych funkcjach i problemach osoby niepełnosprawnej,

• rehabilitacja społeczna - podejmująca działania zmierzające do eliminowania ograniczeń związanych z funkcjonowaniem społecznym osoby niepełnosprawnej.

• rehabilitacja kompleksowa, czyli złożony, wieloaspektowy proces społeczny, którego celem jest między innymi integracja społeczna.

1. Epidemiologia

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła na koniec marca 2011 r. około 4,7 mln (dokładnie 4 697,0 tys.). Tym samym, liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju wobec 14,3% w 2002 r. (blisko 5,5 mln osób niepełnosprawnych w 2002 roku). Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wynosił 46,1% wobec 53,9% dla kobiet. Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią schorzenia układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne. Relatywnie niższy udział procentowy osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z chorobą psychiczną i upośledzeniem umysłowym w zbiorowości osób niepełnosprawnych dotyczy jednak tysięcy osób o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem i wymagających szczególnego podejścia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym. [[4]](#footnote-4)



**Rysunek 1. Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. – GUS**

Według, szczegółowych danych GUS zawierających informację o rodzaju niepełnosprawności z badania „Stan Zdrowia Ludności Polski” z 2004 r., w Polsce jest ponad 2700 000 osób niepełnosprawnych ruchowo. Po chorobach układu oddechowego i krążenia jest to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności w Polsce (46,1%).[[5]](#footnote-5)



Przykładowo, w województwie pomorskim w roku 2011 liczba osób ze stwardnieniem rozsianym wynosiła 2230 osób w tym 107 leczonych. Wg OW NFZ, w województwie pomorskim, łączna liczba osób oczekujących na leczenie, sprawozdana za czerwiec 2015 roku wynosiła 117 w tym 56 przypadków pilnych.

Z kolei, ilość chorych z rozpoznanym RZS (reumatoidalnym zapaleniem stawów), według danych NFZ w roku 2012, w województwie pomorskim wynosiła 12 644. [[6]](#footnote-6)

1. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2021 wynosiła 31 411 mieszkańców, w tym 14 312 mężczyzn 17 099 kobiet.[[7]](#footnote-7) Wg szacunkowych danych w Sopocie może mieszkać ok. 4500 osób niepełnosprawnych.

1. Obecne postępowanie

W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia[[8]](#footnote-8), rehabilitacja domowa powinna obejmować pacjentów z zaburzeniami funkcji narządu ruchu spowodowanymi:

* ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego,
* uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia,
* chorobami przewlekle postępującymi (miopatie, zapalenia wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, procesy demielinizacyjne, kolagenozy, przewlekłe zespoły pozapiramidowe, reumatoidalne zapalenie stawów),
* chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych (ew. kolanowych) po zabiegach endoprotezoplastyki stawu (do 3 miesięcy po operacji),
* stany po urazach kończyn dolnych (do 3 miesięcy po urazie).

Pacjenci po przebytym udarze, powinni spełniać kryteria zawarte w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu oraz rokować poprawę (lokomocja, samoobsługa, funkcje poznawcze). W zależności od postępu w rehabilitacji przedłużenie czasu, w którym realizowane są zabiegi jest możliwe po uzyskaniu zgodny właściwego OW NFZ udzielonej na umotywowany wniosek lekarza nadzorującego proces usprawniania. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub innej instytucji prowadzącej rehabilitację w warunkach domowych celem objęcia opieką pacjenta. Lekarz poradni rehabilitacyjnej po wizycie w domu pacjenta podejmuje decyzję o leczeniu (ustala ogólny program leczenia). W przypadku, kiedy z uwagi na ograniczenie dostępu do porad lekarskich rehabilitacyjnych występuje utrudnienie w realizacji rehabilitacji w warunkach domowych (kwalifikacja lekarska), wówczas dopuszcza się zlecanie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych w warunkach domowych przez lekarzy właściwych specjalności (np. neurolog, ortopeda-traumatolog) zgodnie z ich kompetencjami oraz wg zasad finansowania AOS.

Czas rehabilitacji wynosi do 4 tygodni z możliwością powtarzania cyklu usprawniania 1x na kwartał w zależności od stanu pacjenta. W uzasadnionych przypadkach NFZ finansuje przedłużoną rehabilitację w warunkach domowych na podstawie decyzji lekarza prowadzącego program rehabilitacji w warunkach domowych po konsultacji z zespołem rehabilitacyjnym, co musi znaleźć szczegółowe uzasadnienie w dokumentacji pacjenta. W przypadkach, kiedy istnieją wskazania do kontynuacji rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 16 tygodni w ciągu roku dalsze prowadzenie leczenia wymaga potwierdzenia właściwego Oddziału Funduszu.

Wymagane jest pisemne oświadczenie ubezpieczonego dotyczące wcześniejszego korzystania z takiego rodzaju rehabilitacji. W trakcie prowadzonej rehabilitacji domowej fizjoterapeuta współpracuje z pielęgniarką środowiskową / pielęgniarką opieki długoterminowej. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz poradni rehabilitacyjnej informuje lekarza POZ (kserokopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji pacjenta), na którego liście aktywnej znajduje się pacjent, o wynikach leczenia. Kontynuację opieki nad pacjentem przejmuje pielęgniarka środowiskowa/pielęgniarka opieki długoterminowej. Jeżeli pacjent po tym okresie nie rokuje poprawy należy rozważyć przeniesienie ubezpieczonego do ZOL lub innej placówki opieki długoterminowej.[[9]](#footnote-9)

1. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Niepełnosprawność dotyka osób w każdym wieku. Po zdiagnozowaniu lokalnych problemów i potrzeb, Gmina Miasta Sopotu, uwzględniając prośby mieszkańców, wyszła z inicjatywą powstania programu, który zwiększyłby dostępność do rehabilitacji domowej dla mieszkańców Miasta Sopot.

1. **Cele programu**
2. Cel główny

Głównym celem programu jest usprawnienie funkcji fizycznych u osób cierpiących na stwardnienie rozsiane, porażenia i niedowłady wielokończynowe, zaawansowane, zaburzające samoobsługę choroby reumatoidalne oraz choroby zwyrodnieniowo zniekształcające, choroby mięśni powodujące zaburzenia lokomocji i samoobsługi (poza programem NFZ) oraz umożliwienie kontynuacji rehabilitacji osób po złamaniach i operacjach kończyn dolnych po zakończeniu rehabilitacji w ramach NFZ.

1. Cele szczegółowe
* rozszerzenie rehabilitacji domowej dostępnej w ramach NFZ,
* utrwalenie sposobów rehabilitacji w domu wśród uczestników oraz ich członków rodziny.
1. Oczekiwane efekty

Oczekiwanym efektem programu jest zwiększenie sprawności fizycznej u osób wymagających rehabilitacji domowej.

1. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Miernikiem efektywności programu będzie ocena stanu funkcji fizycznych uczestników przed i po przystąpieniu do programu, na podstawie badań lekarskich.

1. **Adresaci programu**
2. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Adresatami programu są mieszkańcy Gminy Miasta Sopot. Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 60 spośród wszystkich mieszkańców Gminy Miasta Sopot.

O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się.

1. Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania mieszkanek Gminy Miasta Sopot o programie.

1. **Organizacja programu**
2. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.

2. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot.

3. Zakwalifikowanie uczestników do programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiety oraz poprzez potwierdzenie schorzenia za pomocą posiadanej przez uczestnika dokumentacji medycznej choroby.

5. Udzielanie świadczeń przez lekarza(wizyta w domu uczestnika), fizjoterapeutę (rehabilitacja domowa) oraz koordynatora programu(nadzorowanie przebiegu programu).

7. Przeprowadzenie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie.

1. Planowane interwencje

**Świadczenia realizowane przez lekarza:**

W trakcie lekarskiej wizyty domowej przeprowadzana będzie:

- ocena stanu zdrowia pacjenta,

- ustalenie indywidualnego czasu trwania i częstotliwości programu rehabilitacji w domu,

- założenie dokumentacji lekarskiej oraz kart zleceń dla fizjoterapeuty,

- omówienie każdego pacjenta z fizjoterapeutą przed, w czasie trwania i na zakończenie cyklu rehabilitacji,

- dobór sprzętu pomocowego,

- wypisanie wniosku na zaopatrzenie ortopedyczne.

**Świadczenia realizowane przez fizjoterapeutę:**

- kinezyterapia: ćwiczenia oddechowe, bierne, czynno - bierne, czynne w odciążeniu, czynne wolne i z oporem, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia wg. metod neurofizjologicznych,

- fizykoterapia( materac magnetyczny, lampa Biotron, laser, Tens, okłady żelowe),

- masaże ręczne oraz za pomocą przyrządów.

**Zadania koordynatora:**

- spotkanie lekarza koordynatora z fizjoterapeutami, indywidualne omówienie każdego pacjenta,

- opracowywanie sprawozdań z wykonania rehabilitacji domowej w zakończonym miesiącu,

- kontakt z lekarzami POZ.

1. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników
* zamieszkanie na terenie Gminy Miasta Sopot,
* stwierdzona jednostka chorobowa (rzutowo- remisyjna oraz wtórnie postępująca postać stwardnienia rozsianego, porażenia i niedowłady wielokończynowe, zaawansowane, zaburzające samoobsługę choroby reumatoidalne oraz choroby zwyrodnieniowo zniekształcające, choroby mięśni powodujące zaburzenia lokomocji i samoobsługi poza programem NFZ, stany po złamaniach i operacjach kończyn dolnych po zakończeniu rehabilitacji w ramach NFZ).
1. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wzięcie udziału w programie dla każdego z uczestników jest bezpłatne.

1. Sposób powiązania programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do rehabilitacji domowej dla osób dotkniętych niepełnosprawnością ruchową.

1. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończenie udziału w programie będzie polegało na ukończeniu zaplanowanej przez lekarza i fizjoterapeutę rehabilitacji oraz poprzez wypełnienie ankiety dotyczącej zadowolenia ze świadczeń udzielonych w programie.

1. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Zakres rehabilitacji domowej zawarty jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpływają:

* wysokie kompetencje realizatorów programu,
* wyspecjalizowana kadra z przynajmniej rocznym doświadczeniem (w pracy związanej z rehabilitacją osób starszych),
* stosowanie kart badań lekarskich,
* indywidualne dobranie zabiegów dla danej osoby,
* przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
* ochrona danych osobowych beneficjentów programu[[10]](#footnote-10).

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora.

1. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 poz. 1638), który:

* prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
* posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,
* zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
* zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
1. Dowody skuteczności planowanych działań

Planowane działania będą prowadzone zgodnie ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi Narodowego Funduszu Zdrowia.[[11]](#footnote-11)

Przykładowo, w przypadku stwardnienia rozsianego, zasadniczym elementem rehabilitacji pacjentów z SM jest indywidualne postępowanie usprawniające (w zależności od okresu choroby) dostosowane do realnych potrzeb i możliwości chorego. Zadaniem kinezyterapii jest przede wszystkim poprawa ogólnej sprawności fizycznej, zwiększenie siły mięśni i ich napięcia, utrzymanie sprawności i ruchomości stawów. Codzienne ćwiczenia fizyczne przeciwdziałają negatywnym skutkom unieruchomienia (odleżynom, odwapnieniu kości, za parciom, chorobom zakrzepowo-zatorowym, infekcjom dróg moczowych oraz infekcjom układu oddechowego – zapaleniu płuc).[[12]](#footnote-12)

Także w przypadku reumatoidalnego zapalenia stawów podstawową metodą leczenia usprawniającego chorych na RZS jest leczenie ruchem (kinezyterapia). Fizykoterapia i objawowa farmakoterapia mają działanie ułatwiające leczenie i utrwalające jego wynik. Celem leczenia usprawniającego jest: opanowanie dolegliwości bólowych, wzmocnienie zespołów dynamicznych mięśniowych, dbałość o zachowanie jak największej ruchomości stawów, zapobieganie deformacjom we wszystkich odcinkach narządu ruchu, korekcja powstałych zniekształceń, wyrobienie prawidłowych mechanizmów adaptacyjnych i kompensacyjnych, kontrola masy ciała i utrzymanie należytego odżywiania. Zabiegi usprawniające należy stosować zarówno w okresie ostrym, jak i w okresie poprawy, czyli remisji choroby, a ich zakres i dozowanie powinny być uzależnione od stopnia uszkodzenia stawu i umiejscowienia zmian w narządzie ruchu. Chory z przewlekłym procesem reumatoidalnym i dysfunkcją narządu ruchu wymaga stałej opieki lekarskiej oraz systematycznego usprawniania. Na wieloletnią terapię składają się leczenie szpitalne, sanatoryjne i ambulatoryjne. Leczenie usprawniające w domu jest kontynuacją tej terapii i powinno być prowadzone w ramach rehabilitacji środowiskowej. Istotne jest nauczenie chorego prawidłowego wykonywania czynności dnia codziennego, a w razie potrzeby korzystania z przedmiotów ułatwiających samoobsługę.[[13]](#footnote-13)

1. **Koszty**
2. Koszty jednostkowe

Planowane koszty to około 930 zł na jednego uczestnika programu.

W skład kosztów jednostkowych wchodzi:

* wizyta lekarza w domu uczestnika,
* rehabilitacja domowa uczestnika przeprowadzana przez fizjoterapeutę,
* przygotowanie kart pacjenta,
* koordynacja programu,
* przygotowanie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie.
1. Planowane koszty całkowite

Budżet, jakim dysponuje Gmina Miasta Sopotu na realizację Programu to 60 000 zł rocznie.

W ramach tej kwoty mają być wykonane wszystkie części organizacyjne Programu. Za realizację Programu będzie odpowiadała placówka medyczna wyłoniona w ogłoszonym przez Urząd Miasta Sopotu konkursie.

1. Źródła finansowania, partnerstwo

Program zostanie całkowicie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Sopotu .

1. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Z uwagi na ograniczenia finansowania ze środków publicznych rehabilitacji leczniczej samorząd uznał, iż uzasadnione jest podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych. Samorząd uznał za wysoce istotną rolę prowadzenie działań w zakresie rehabilitacji i wspierania aktywności ruchowej osób dotkniętych niepełnosprawnością ruchową.

1. **Monitorowanie i ewaluacja**
2. Ocena zgłaszalności do programu
* ilość osób, które zgłosiły się do programu,
* ilość osób, które zakwalifikowano do udziału w programie.
1. Ocena jakości świadczeń w programie

Oceny jakości świadczeń w Programie dokonają uczestnicy, wypełniając ankietę po przejściu rehabilitacji. Będzie ona dotyczyła stopnia zadowolenia z uczestnictwa w programie.

1. Ocena efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu.

* ocena sprawności ruchowej przed i po zakończeniu rehabilitacji, dokonana przez fizjoterapeutę,
* ocena stanu zdrowia przed i po zakończeniu rehabilitacji, dokonana przez lekarza.
1. Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

1. **Okres realizacji programu**

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji.

1. www.who.int/topics/disabilities/en/ [↑](#footnote-ref-1)
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-2)
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepełnosprawni.gov.pl [↑](#footnote-ref-4)
5. Wolski P. „Niepełnosprawność ruchowa- między diagnozą, a działaniem”, Warszawa, 2013. [↑](#footnote-ref-5)
6. Pałosz K. „Reumatoidalne Zapalenie Stawów” www.,poruszycswiat.pl, 2013 [↑](#footnote-ref-6)
7. Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 09.11.2021 [↑](#footnote-ref-7)
8. Narodowy Fundusz Zdrowia- „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju : rehabilitacja lecznicza”.

 [↑](#footnote-ref-8)
9. Narodowy Fundusz Zdrowia: „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju : rehabilitacja lecznicza”. Zgodnie z Rozporządzeniem Nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie wspólnego słownika zamówień publicznych Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16 grudnia 2002 r. oraz Art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 210 poz. 2135 [↑](#footnote-ref-9)
10. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych [↑](#footnote-ref-10)
11. Narodowy Fundusz Zdrowia „Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju : rehabilitacja lecznicza”. [↑](#footnote-ref-11)
12. Pasek J., Opara J., Pasek T., Manierak-Pasek A., Sieroń A.- „Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym – wyzwanie współczesnej medycyny” Aktualn Neurol 2009, 9 (4), p. 272- ‌276 [↑](#footnote-ref-12)
13. Paprocka-Borowicz Małgorzata, Zawadzki Marcini, „Fizjoterapia w chorobach układu ruchu”, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2007 [↑](#footnote-ref-13)