



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Wczesne rozpoznanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019 - 2021

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 r. poz. 1938 ze zm.).

Szczecin, 2018 r.

Spis treści:

I	Opis problemu zdrowotnego	2
I.1	Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu	2
I.2	Dane epidemiologiczne	6
I.3	Opis obecnego postępowania	8
II	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	9
II.1	Cel główny	9
II.2	Cele szczegółowe	9
II.3	Mierniki efektywności realizacji programu.....	9
III	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu	10
III.1	Populacja docelowa	10
III.2	Kryteria kwalifikacji do programu oraz kryteria wyłączenia z programu.....	10
III.3	Planowane interwencje	11
III.4	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu	14
III.5	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	15
IV	Organizacja programu polityki zdrowotnej	16
IV.1	Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów...	16
IV.2	Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	18
V	Monitorowanie i ewaluacja programu.....	19
V.1	Monitorowanie.....	19
V.2	Ewaluacja.....	19
VI	Budżet programu.....	21
VI.1	Koszty całkowite.....	21
VI.2	Koszty jednostkowe.....	21
VI.3	Źródła finansowania	24
VII	Bibliografia	25

I Opis problemu zdrowotnego

I.1 Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu

Wady postawy należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Poprawna postawa ciała wspomaga prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka, ułatwia samodzielne poruszanie się oraz naukę, a także ma wpływ na jakość życia. Wady postawy ciała powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny. Wczesne wykrycie wad postawy oraz wdrożenie właściwej terapii i rehabilitacji, pozwala osiągnąć zadowalające skutki.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy zaburzeń jakim są wady postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Wpisuje się zatem w priorytet zdrowotny uwzględniony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126): „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

Definicja

Prawidłowa postawa ciała oznacza sposób utrzymania pozycji stojącej statycznej oraz w czasie ruchu. Prawidłową postawę określają najliczniej występujące cechy układu ruchu u osób zdrowych w tym samym wieku, jednakowej płci i mających podobne właściwości psychofizyczne. Jest ona wynikiem współdziałania właściwie rozwiniętych i wydolnych układów: kostnego, więzadłowego oraz mięśniowego. Dodatkowo ważną rolę odgrywa układ nerwowy, który decyduje o utrzymaniu właściwego odruchu prawidłowej postawy¹. Prawidłowa postawa ciała to taka, która występuje dostatecznie często w danej populacji, aby można ją było uznać za charakterystyczną². Natomiast wada postawy oznacza odchylenie od ogólnie przyjętych cech postawy prawidłowej, która charakteryzuje daną płeć, wiek i typ budowy.

Wyróżnia się trzy typowe okresy w przebiegu wad postawy:

- 1) Okres zmian czynnościowych – jedne grupy mięśniowe ulegają osłabieniu i rozciągnięciu, podczas gdy w innych następuje wzmożone napięcie ze króceniem. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy.
- 2) Okres powstania przykurczów – zarówno mięśni, ścięgien, jak i więzadeł. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku lat. Jest odwracalny, jeżeli zastosuje się odpowiednie ćwiczenia korekcyjne.
- 3) Okres zmian strukturalnych – przykurcze mają charakter utrwalony. Właściwie dobrana rehabilitacja może zapobiec dalszemu nasilaniu się wady³.

Do najczęściej występujących wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy

¹ Gwizdała W., Grabarek E., Madej E. „Ocena postawy ciała dzieci szkół podstawowych i gimnazjów środowiska miejskiego i wiejskiego w świetle informacji z piśmiennictwa”, Kwart Ortop. 2013;2:261.

² Kasperczyk T. *Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.

³ Kasperczyk T. *Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.

płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy oraz wady statyczne kończyn dolnych. Skolioza głównie występuje u dzieci w wieku szkolnym, które niejednokrotnie dźwigają ciężkie torby lub plecaki na jednym ramieniu. Kręgosłup staje się podatniejszy na boczne skrzywienie, jego wygięcie kształtem przypomina literę S, a plecy tracą symetrię. Lordoza stanowi nadmierne wygięcie kręgosłupa do przodu w odcinku lędźwiowym. Kifoza występuje w postaci wygięcia kręgosłupa w odcinku szyjnym do przodu, zwanego inaczej garbem⁴. Zależnie od lokalizacji oraz wielkości skrzywienia kręgosłupa, może ono istotnie wpływać na funkcjonowanie układu oddechowego oraz zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w dorosłym życiu odczuwają dolegliwości bólowe kręgosłupa. Bardzo ważny wpływ na jakość życia chorego mają także odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Czynniki ryzyka

Istotną rolę w kształtowaniu postawy ciała odgrywają nawyki, rozumiane jako przyzwyczajenie do wykonywania różnych czynności w określony sposób. W tym przypadku oznaczają przyjmowanie określonego układu ciała, zwłaszcza podczas codziennych czynności. Dzieci często przyjmują pozycję nieprawidłową, co sprzyja kształtowaniu i utrwalaniu się nawyku niewłaściwej postawy. Pierwszy moment krytyczny dla postawy fizycznej dziecka pojawia się, gdy ma ono ok 5–10 lat i związany jest ze zmianą trybu życia. Istotne znaczenie w tym przypadku ma przejście dziecka od dużej swobody ruchu do kilkugodzinnego przebywania w pozycji siedzącej w ławce. Niejednokrotnie warunki nauki są niewłaściwe. Dlatego początkowy okres w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie etap ten w przypadku dzieci najmłodszych charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która jeżeli jest pokierowana w sposób właściwy, może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu⁵.

Ponadto przyczyną lordozy może być niedobór witaminy D, awitaminoza bądź brak siły mięśniowej –nieprawidłowy gorset mięśniowy. Lordoza może być także wynikiem stanów zapalnych w obrębie kręgosłupa, skurczów mięśni lub też choroby genetycznej – achondroplazji. Przyczyną kifozy młodzieńczej (zwanej chorobą Scheuermanna), na którą najczęściej chorują dzieci w wieku 12-16 lat, mogą być przyczyny genetyczne, może także być spowodowana codziennym, nadmiernym przeciążeniem fizycznym, obniżonym napięciem mięśniowym⁶.

Rozpoznanie

W trakcie diagnostyki wad postawy istotnym jest rozróżnienie nawykowej wady postawy ciała oraz rzeczywistej. Pierwsza dotyczy wad podlegających czynnej korekcji i wymagających włączenia dziecka do zajęć korekcyjnych, które prowadzone są przez nauczycieli wychowania fizycznego. Natomiast wady rzeczywiste to te, które nie korygują się czynnie. Wymagają natomiast leczenia, fizjoterapii, gorsetowania, a nawet interwencji chirurgicznej⁷.

⁴ Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 508–513.

⁵ Rosa K., Muszkiet R., Zukow W. i wsp. „Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I–III Szkoły Podstawowej”, *J Health Sci.* 2013;3(12):107–136.

⁶ Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 508–513.

⁷ Górecki A., Kiwerski J., Kowalski I. i wsp. „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów”, *Rocz Med.* 2009;16(1):168–177.

Rehabilitacja medyczna umożliwia nauczanie pozytywnych zachowań zdrowotnych, a także zwiększa skuteczność stosowania się do zalecanej farmakoterapii⁸.

Leczenie

Jednym z elementów terapii wad postawy ciała jest kinezyterapia oraz fizykoterapia. Kinezyterapia to składowa rehabilitacji, w której środkiem leczniczym jest ruch przyjmujący formę ćwiczeń. Natomiast fizykoterapia oznacza stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii, która jest wytwarzana za pomocą aparatury (ultradźwięki, krioterapia, elektroterapia, magnetoterapia, światłolecznictwo, laseroterapia, ciepłolecznictwo). W leczeniu usprawniającym pełni ona funkcję pomocniczą, dlatego rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ponadto ćwiczenia ruchowe oraz wykazuje działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe⁹.

Kluczowym jest aby plan rehabilitacji był dostosowany do potrzeb chorego, podyktowanych jego stanem. Fizjoterapia powinna być zindywidualizowana ze względu na różne wymogi rehabilitacyjne pacjentów. Indywidualny plan rehabilitacji powinien uwzględniać cel, typ, częstotliwość oraz intensywność podejmowanych działań¹⁰.

Rokowanie

O skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, a także: kompleksowość, intensywność i ciągłość zajęć terapeutycznych oraz wielodyscyplinarność świadczeń¹¹. Jednak należy podkreślić, że nie może ona stanowić osobnej formy lub etapu terapii. Rehabilitacja musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej¹². U części dzieci, pomimo działań profilaktycznych, rozwija się wada postawy. Konieczna jest zatem profilaktyka drugorzędowa. Aby była ona skuteczna, niezbędne jest możliwie wczesne wychwycenie z populacji uczniów zagrożonych rozwojem wady postawy poprzez prowadzenie badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania oraz profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia) - przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Powodzenie działań uwarunkowane jest ścisłą współpracą tych osób. W okresie pomiędzy badaniami część dzieci powinna być objęta obserwacją, inne - postępowaniem korekcyjnym. Celem takiego postępowania jest przede wszystkim zapobieganie dalszemu rozwojowi wady oraz tworzeniu i utrwalaniu się niekorzystnych zmian wtórnych. Ważnym elementem postępowania jest kształtowanie na nowo nawyku prawidłowej postawy oraz ponowne nauczenie dziecka przyjmowania i automatycznego utrzymywania prawidłowego układu ciała (tzw. reedukacja posturalna).

Skuteczność działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania wad postawy uwarunkowana jest koniecznością ścisłego współdziałania wszystkich podmiotów związanych ze środowiskiem nauczania i wychowania. Z tego też względu, zasadne jest podejmowanie prób systemowego rozwiązania problemu poprzez aktywizację współpracy pomiędzy dziećmi i młodzieżą, ich rodzicami, pracownikami oświaty i ochrony zdrowia¹³.

⁸ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

⁹ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

¹⁰ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

¹¹ *Opinia Prezesa AOTMiT nr 133/2013 z dnia 13 maja 2013 r.*

¹² *Opinia Prezesa AOTMiT nr 269/2013 z dnia 21 października 2013 r.*

¹³ Górecki A, Kiwerski J, Kowalski I, i wsp. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania.* Warszawa 2009.

Uzasadnienie wprowadzenia programu

Zaburzenia postawy u dzieci występują niepokojąco często¹⁴. Prawidłowo rozwinięty aparat ruchu i układ nerwowy stanowią podłoże dla niezaburzonego rozwoju mechanizmu odruchu postawy. Warunki środowiskowe mają istotny wpływ na wzorzec postawy i zdolność do utrzymania ciała w równowadze. Labilność postawy w wieku wczesnoszkolnym powoduje częste przyjmowanie niewłaściwych pozycji, co sprzyja kształtowaniu i utrwalaniu się nieprawidłowego nawyku postawy¹⁵. Wady postawy stanowią grupę schorzeń o zróżnicowanej etiologii. Można wyróżnić wady wrodzone oraz spowodowane innymi chorobami, jednak większość przypadków jest skutkiem utrwaleniem nawyku nieprawidłowej postawy. Rozwojowi wad postawy sprzyjać może: niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia, niewłaściwe pozycje przyjmowane podczas nauki i wypoczynku, zbyt ciężki tornister, nadwaga, ograniczenie aktywności ruchowej oraz siedzący tryb życia. W takich przypadkach nieprawidłowości mają charakter czynnościowy i są stosunkowo łatwe do usunięcia. W celu niedopuszczenia do powstania wady postawy kluczowe znaczenie ma zastosowanie działań zapobiegawczych. Długo lekceważony problem może prowadzić do powstania przykurczy, a w konsekwencji do deformacji układu kostno-stawowego, skutkującego poważnymi zaburzeniami zdrowia¹⁶.

Badania potwierdzają konieczność przeprowadzenia badania przesiewowych u dzieci w wieku wczesnoszkolnym. W badaniu *Hagner 2010* wykazano, że występowanie wad postawy u dzieci zwiększa się o 14,64% między 6. a 10. rokiem życia, po trzech latach edukacji szkolnej. Wśród dzieci w wieku 6 lat, przed rozpoczęciem nauki szkolnej, postawa bardzo dobra i dobra występuje u 41,47%, natomiast w wieku 10 lat taką postawą charakteryzuje się już tylko 26,83% badanych¹⁷. Ponadto obecnie w województwie zachodniopomorskim nie są prowadzone regionalne programy polityki zdrowotnej w zakresie rozpoznania i korekcji wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym¹⁸.

Proponowany program polityki zdrowotnej dotyczy zaburzeń jakim są wady postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Wpisuje się zatem w priorytet zdrowotny uwzględniony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126): „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”.

¹⁴ Motow-Czyż M., Orczyk A., Orczyk M., *Postural defects correction in the process of physical education and sport*, Physical Activity Review 2014.

¹⁵ Skorupka E., Asienkiewicz R., *Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci*, Rocznik Lubuski Tom 40, 2014.

¹⁶ Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009.

¹⁷ Hagner W., Bąk D., Hagner-Derengowska M., *Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej*, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, 4 (4): 287-290.

¹⁸ Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Programy Polityki Zdrowotnej. <http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/> [dostęp: 10.12.2017].

I.2 Dane epidemiologiczne

Zaburzenia układu ruchu występują u około 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym. Duże różnice częstości podawane przez wielu autorów związane są z brakiem jednolitych kryteriów. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć 10% do 15% dzieci – wyróżnia się: skoliozę (u 2-4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńczą kifozę piersiową (u 3-5% nastolatków), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (u 10-15% dzieci) oraz wady postawy¹⁹. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (IMiDz dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci w Polsce ma wady postawy (szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan). Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50-60% dzieci w wieku rozwojowym i do ich najczęstszych przyczyn powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, co może skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu. Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (druk MZ-11 za rok 2012) u ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% w wieku 2-9 lat zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa²⁰.

Szacunki zagraniczne na temat częstości występowania młodzieńczej skoliozy idiopatycznej różnią się w poszczególnych badaniach (zakres 0,9%-12%, najczęstsza wartość 2 do 3%). Dla przykładu w Finlandii młodzieńcza idiopatyczna skolioza występuje u około 12% dziewcząt i 6,8% chłopców, w Wielkiej Brytanii u około 3,2% dziewcząt i 1% chłopców (w innym badaniu w Wielkiej Brytanii podaje się 1,9% u dziewcząt i chłopców), a w Grecji u około 2,6% dziewcząt i 0,9% chłopców^{21,22}.

Już po urodzeniu wady postawy mogą stanowić problem. Według Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady układu mięśniowo-szkieletowego (Q65-79) występowały w Polsce u 39,1 na 10 tys. urodzeń w 2006 r. Dla województwa zachodniopomorskiego w latach 2005-2006 odnotowano m.in. 12,9 na 10 tys. urodzeń zniekształcenia stopy (Q66) oraz 13,5 na 10 tys. urodzeń palce dodatkowe (Q69)²³.

Nadwaga, otyłość, ograniczona aktywność ruchowa – mogą sprzyjać powstawaniu wad postawy. Jak wykazało najnowsze badanie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) w roku szkolnym 2013/2014 w Polsce nadwaga i otyłość dotyczyła co siódmego nastolatka biorącego udział w badaniu. W porównaniu do poprzedniej edycji HBSC z 2010 r., odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością zmniejszył się. Badanie wykazało również, że ponad ¾ młodzieży (11-15 lat) charakteryzowało się zbyt małą aktywnością fizyczną²⁴.

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

¹⁹ Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014, s. 41–64.

²⁰ Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

²¹ Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform. 2006;123:84-9.

²² Grivas TB, Vasiliadis E, Mouzakis V et al. Association between adolescent idiopathic scoliosis prevalence and age at menarche in different geographic latitudes. Scoliosis. 2006 May 23;1:9.

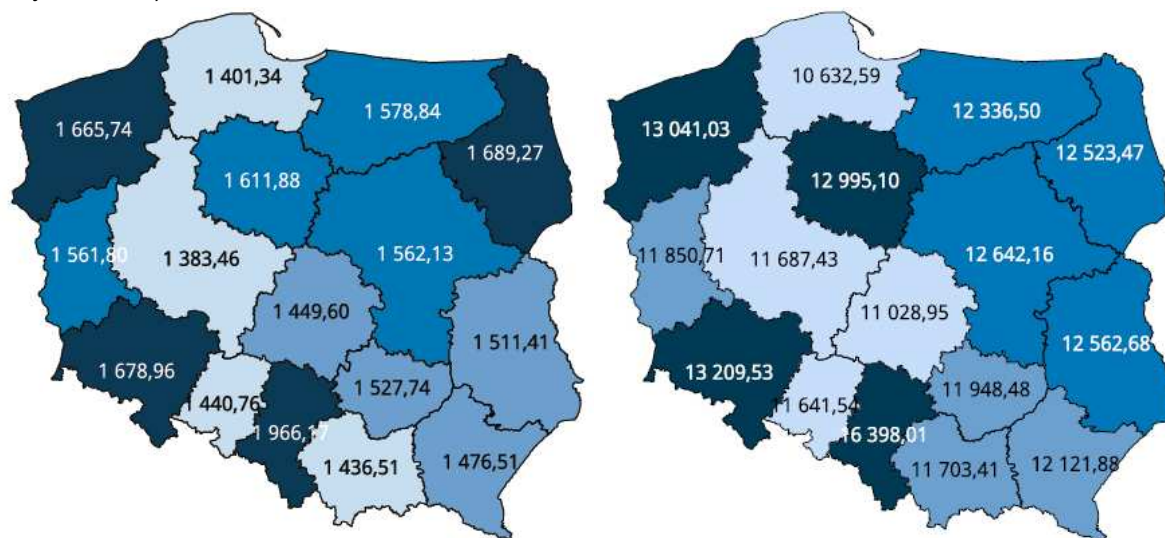
²³ Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Poznań 2010.

²⁴ Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

W województwie zachodniopomorskim odsetek dzieci z chorobami kręgosłupa w wieku 0-14 lat wyniósł 1,5% (0,6% wśród chłopców i 2,4% wśród dziewczynek)²⁵.

Według Informatora Statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego w 2015 r. w poradniach leczenia podstawowego odnotowano 11 176 zniekształceń kręgosłupa u dzieci i młodzieży – tj. 355,5 na 10 tys. ludności (w grupie wieku 5-9 lat było to 2 261 dzieci – 71,9 na 10 tys. ludności). Liczba nowych przypadków zniekształceń kręgosłupa wśród dzieci i młodzieży wyniosła 1 789 (56,9 na 10 tys. ludności)²⁶. Badanie dr Mrozkowiaka (publikacja 2007) przeprowadzone w 13 województwach wykazało, że w województwie zachodniopomorskim 79,45% dzieci i młodzieży w grupie wieku 4-19 lat miało wadę postawy ciała²⁷.

Zgodnie z danymi map potrzeb zdrowotnych w 2014 r. w poradniach wad postawy udzielono 104,59 tys. porad w Polsce. Zapadalność rejestrowana (nowe przypadki) na choroby kręgosłupa w 2014 r. w Polsce wyniosła 605,9 tys. (współczynnik zapadalności rejestrowanej 1594,6 na 100 tys. ludności). Dla województwa zachodniopomorskiego zapadalność rejestrowaną oszacowano na 28,6 tys. (współczynnik zapadalności rejestrowanej 1665,74 na 100 tys. ludności). Chorobowość rejestrowana z powodu chorób kręgosłupa w tym samym roku w kraju wyniosła 4869,5 tys. (12814,5 w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców). W województwie zachodniopomorskim było to odpowiednio 223,6 tys. chorych (13041,03 na 100 tys. ludności). W grupie dzieci odnotowano w zachodniopomorskim 83 hospitalizacje w wyniku chorób kręgosłupa (27,69 na 100 tys. mieszkańców – 10. najwyższa wartość wśród województw)²⁸.



Rysunek 1. Współczynniki zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności z powodu chorób kręgosłupa w poszczególnych województwach w 2014.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego²⁹.

²⁵ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016 r.

²⁶ Urząd Statystyczny w Szczecinie, Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2015 r., Szczecin, grudzień 2016 r.

²⁷ Mrozkowiak M., Zróżnicowanie występowania postaw ciała prawidłowych, wadliwych i skolioz u dzieci i młodzieży w wieku 4 – 19 lat w wybranych regionach Polski, Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, 2007, Szczecin, s. 99 – 104.

²⁸ Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, <http://www.mpz.mz.gov.pl/województwo-zachodniopomorskie/> [dostęp: 12.11.2017].

²⁹ Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, <http://www.mpz.mz.gov.pl/województwo-zachodniopomorskie/> [dostęp: 12.11.2017].

I.3 Opis obecnego postępowania

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnienie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ocena rozwoju fizycznego dziecka należy do zadań lekarza POZ i jest prowadzona w ramach porad patronażowych i badań bilansowych, w tym badań przesiewowych wśród dzieci. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 lub 7 lat, później 10, 12, 13 i 16 lat³⁰.

Minister Zdrowia współpracując z organizacjami pozarządowymi wspólnie realizuje różne projekty i kampanie, m. in. Kampanię „Rodzina w Formie”, której głównymi założeniami są: promocja zdrowego stylu życia, uprawianie sportu, właściwe odżywianie i wykonywanie badań diagnostycznych. Głównym zadaniem kampanii jest przekonanie całych rodzin, iż tak proste nawyki jak: jedzenie śniadań, zastępowanie samochodu rowerem, czy codzienne spacerowanie to inwestycja w zdrowie. Członkowie rodziny – dzieci, rodzice i dziadkowie powinni się wspierać i wzajemnie zachęcać do zmiany stylu życia. Zostały zorganizowane w wielu miastach specjalistyczne 12-tygodniowe programy odchudzające, które przyniosły efekty. Ich uczestnicy stracili średnio 6 kg, a rekordziści z Warszawy i Lublina schudli odpowiednio o 11 i 16 kg. Oprócz ćwiczeń pod okiem specjalistów, uczestnicy mieli możliwość porozmawiania z dietetykiem, lekarzem i psychologiem. Natomiast do dzieci skierowano działania informacyjne i edukacyjne, zachęcając je do aktywności fizycznej³¹.

W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 została opisana lista zadań służących realizacji celu operacyjnego numer 1: *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*. Wykaz zadań można znaleźć pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/>.

³⁰ Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/> [dostęp: 06.11 2017].

³¹ Ibidem.

II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Poprawa stanu zdrowia w zakresie wad postawy u dzieci w województwie zachodniopomorskim w latach 2019-2021.

II.2 Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie o co najmniej 50% liczby dzieci z wcześniej zdiagnozowanymi wadami postawy.
- 2) Rozpoczęcie działań korekcyjnych u 80% najmłodszych dzieci u których rozpoznano wady postawy podczas trwania programu.
- 3) Objęcie wsparciem 50% rodziców dzieci w ramach organizowanych spotkań edukacyjnych.
- 4) Podniesienie poziomu wiedzy u co najmniej 50% rodziców/opiekunów dzieci dotyczącej zapobiegania wadom postawy u dzieci.
- 5) Podniesienie wiedzy i umiejętności z zakresu wykrywania i zapobiegania wadom postawy u co najmniej 30 % pracowników medycznych POZ.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu

- 1) Liczba osób ogółem, które przystąpiły do kwalifikacji w programie.
- 2) Liczba osób ogółem uczestniczących w programie.
- 3) Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych wad postawy.
- 4) Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia dotyczącym wad postawy.
- 5) Liczba osób ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący wad postawy.
- 6) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej dotyczącej wad postawy.
- 7) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy ma temat wad postawy.

III Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji, jakie są planowane w ramach programu

III.1 Populacja docelowa

Na potrzeby programu grupa dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym została zdefiniowana jako osoby w wieku 3-10 lat. Zgodnie z danymi Banku Danych Lokalnych (stan na 30.06.2017 r.) w województwie zachodniopomorskim znajduje się 136 973 osób w tym wieku³². Z uwagi na fakt, że program realizowany będzie w okresie 3-letnim, konieczne jest uwzględnienie również 2 dodatkowych roczników, które znajdą się w grupie docelowej w okresie trwania programu. W oparciu o dane BDL należy oszacować liczebność grupy docelowej na ok 166 tys. osób. Do programu włączeni zostaną również rodzice/opiekunowie osób z grupy docelowej.

Zgodnie z danymi opublikowanymi w Informatorze Statystycznym Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego za 2015 rok opublikowanym przez GUS na terenie województwa pracowało 823 lekarzy POZ oraz 1100 pielęgniarek (w tym 639 środowiskowo-rodzinnych i 152 środowiskowe nauczania i wychowania)³³. Do udziału w programie zostaną zaproszeni lekarze POZ, pielęgniarki POZ oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

W województwie zachodniopomorskim jest 504 szkół podstawowych i 398 przedszkoli (Wykaz szkół i placówek oświatowych z terenu województwa zachodniopomorskiego według danych z Systemu Informacji Oświatowej - stanu na 31.03.2017 r.).

Działania edukacyjne skierowane będą do całej populacji docelowej (166 tys. dzieci) oraz ich rodzin oraz ok. 500 nauczycieli.

Rehabilitacja skierowana będzie wyłącznie do dzieci z wadą postawy. Zaburzenia układu ruchu występują u ok. 10-80% dzieci w wieku szkolnym. Brakuje jednoznacznych danych epidemiologicznych, np. wg danych Ośrodka Rozwoju Edukacji z 2014 r., wady postawy występują u 50-60% dzieci w wieku rozwojowym³⁴. Odnosząc to do populacji docelowej, daje to liczbę około 90 tys. dzieci. Szacuje się, że poważne zaburzenia układu ruchu dotyczą 10-15% dzieci.

W ramach niniejszego programu zakłada się, iż badania przesiewowe, kwalifikujące do udziału w programie, zostaną przeprowadzone u ok. 16 500 dzieci, z czego połowa czyli 8 250 dzieci przejdzie lekarskie badania specjalistyczne. Kolejne 4 125 dzieci zostanie objęte pełną interwencją korekcyjną przez okres 3 miesięcy.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz kryteria wyłączenia z programu

Podstawowym kryterium formalnym będzie wiek dziecka 3-10 lat uczęszczającego do przedszkola lub szkoły podstawowej na terenie województwa zachodniopomorskiego, a także podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie. Podpisany dokument zostanie dołączony do dokumentacji powstającej w trakcie realizacji interwencji zaplanowanych w programie.

³² Bank Danych Lokalnych [data dostępu: 30.10.2017 r.].

³³ Urząd Statystyczny w Szczecinie. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2015 rok, US w Szczecinie, Szczecin 2016.

³⁴ Ostrenga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. *Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

Udział w programie będzie dobrowolny, a o włączeniu do niego będzie decydowała kolejność zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu osób ustalonego przez beneficjentów projektu).

Informacje o rozpoczęciu kwalifikacji do programu będą rozpowszechniane w szkołach podstawowych i przedszkolach zlokalizowanych na terenie wszystkich gmin województwa zachodniopomorskiego.

Wstępnej kwalifikacji do programu dokona lekarz POZ przy współpracy pielęgniarką POZ i pielęgniarką szkolną, a następnie w przypadku stwierdzenia wady postawy, skieruje dziecko do kolejnego etapu badań realizowanych przez lekarza specjalistę z zakresu ortopedii lub rehabilitacji.

Celem badania specjalistycznego będzie diagnoza wady postawy i ustalenie rodzaju działań korekcyjnych. W kolejnym etapie dziecko będzie skierowane na zajęcia ruchowe/rehabilitacyjne odpowiednie do rodzaju wykrytych nieprawidłowości.

W połowie realizacji zajęć ruchowych, czyli po ok 12 spotkaniach będą przeprowadzone badania lekarskie kontrolne, monitorujące wpływ zajęć korekcyjnych na stan układu ruchu. W przypadkach uzasadnionych będzie zastosowana fizykoterapia jako uzupełnienie zajęć ruchowych. Na zakończenie zajęć korekcyjnych odbędą się badania lekarskie końcowe, oceniające efekty przeprowadzonych interwencji terapeutycznych.

III.3 Planowane interwencje

W programie zostaną przeprowadzone następujące interwencje wpisujące się w dwa etapy merytoryczne:

1) Etap edukacyjny

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

i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas oceny projektu w trakcie konkursu.

2) Etap terapeutyczny

Uczestnicy zakwalifikowani do programu przejdą dodatkowo 3 etapy badania specjalistycznego – na początku w połowie i na końcu interwencji. Drugą obligatoryjną częścią interwencji terapeutycznej modułu są zajęcia ruchowe. Interwencja ma na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają na (co najmniej) zahamowanie pogłębiania się występowania schorzenia kręgosłupa oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej. Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane w warunkach domowych.

Rekomendowane będą zajęcia posiadające ciekawą oprawę i charakter oraz będą dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność wyżej wymienionych zajęć, będą one mogły być realizowane w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych lub na basenach, boiskach szkolnych i klubowych, świetlicach i salach gimnastycznych.

Zajęcia aktywności fizycznej, w wybranych szkołach, centrach miejskich/osiedlowych, prowadzone powinny być przez specjalistów od ruchu (animatorów/trenerów personalnych/nauczycieli wychowania fizycznego). Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna skierowana do dzieci w ich czasie wolnym, powinna być prowadzona w sposób atrakcyjny, w formie zabawy i dostosowana do danej grupy wiekowej.

Jako element wspomagający będzie stosowana fizykoterapia jako element uzupełniający zajęcia ruchowe.

Dowody skuteczności planowanych działań

Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek:

Skuteczne działania profilaktyczne powinny opierać się na systemowej współpracy osób odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka: rodziców, pracowników oświaty i służby zdrowia. Szczególny wpływ na poprawę stanu zdrowia, zwiększenie sprawności fizycznej oraz rozwijanie zainteresowań dzieci ma zapewnienie im odpowiedniej aktywności fizycznej. Cel ten realizowany jest w szkole w formie zajęć z wychowania fizycznego, w których powinni uczestniczyć wszyscy uczniowie niezależnie od ich uzdolnień ruchowych. Program zajęć wychowania fizycznego powinien uwzględniać wiek uczniów, ich zainteresowania, bazę sportową szkoły oraz warunki klimatyczne. W przypadku dzieci młodszych aktywność fizyczna powinna być realizowana w formie gier i zabaw ogólnorozwojowych, natomiast w starszych klasach w formie zajęć rekreacyjno-sportowych³⁵.

Według polskich rekomendacji profilaktykę wad postawy u dzieci realizować należy poprzez:

- 1) codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy;
- 2) eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady;

³⁵ Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009.

- 3) zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny;
- 4) regularną kontrolę stanu zdrowia³⁶.

Zgodnie z rekomendacjami działania w zakresie profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania powinny mieć na celu:

- 1) wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów,
- 2) rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów,
- 3) wyrównywanie zaburzeń w rozwoju motorycznym,
- 4) rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,
- 5) zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców/opiekunów i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki,
- 6) kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży,
- 7) wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała,
- 8) zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży z wadami postawy oraz ograniczenie ich następstw,
- 9) wdrożenie do rekreacji ruchowej z uwzględnieniem elementów zapobiegania wadom postawy oraz korekcji zaburzeń zagrażających lub istniejących u młodzieży.

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie rekomendowane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy. Badania przesiewowe powinny stanowić uzupełnienie udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych. Dodatkową wartość regionalnych programów zdrowotnych stanowi zapewnienie pogłębionej diagnostyki oraz ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji. Powinny one być realizowane w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie. Bardzo istotnym elementem jest również edukacja zdrowotna, która ma na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia aktywności ruchowej w kształtowaniu prawidłowej postawy oraz ryzyka związanego z nieprawidłowymi nawykami³⁷.

Spójność:

Niniejszy regionalny program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetu zdrowotnego zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Program przewiduje realizację usług zdrowotnych ponadstandardowych wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych oraz usług zdrowotnych wymienionych w katalogu świadczeń gwarantowanych, niezbędnych do realizacji programu, stanowiąc logiczną całość.

³⁶ Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009

³⁷ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 10/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017” realizowany przez miasto Płock.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu

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

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

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

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu będzie uzupełniające i wykraczające poza świadczenia zdrowotne finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach finansowania programu, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa w cyklu zajęć.

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

- 1) Świadczenia w ramach Programu są udzielane uczestnikom Programu bezpłatnie.
- 2) Udział w Programie jest dobrowolny.
- 3) Działania Programu skierowane są również do rodziców/opiekunów młodzieży uczestniczących w programie oraz personelu medycznego.
- 4) Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane poza pomieszczeniami beneficjenta, bądź przez niego wynajmowanymi.^{38 39}
- 5) Świadczeń w ramach Programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje.⁴⁰
- 6) Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.^{41 42}
- 7) Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.
- 8) Uczestnicy będą włączani do Programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych projektach.

³⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

³⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.

⁴¹ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w cyklu interwencji mających na celu wykrycie i ewentualną rehabilitację wad postawy. Rodzice/opiekunowie dzieci i z populacji docelowej będą mogli skorzystać z pełnego cyklu działań edukacyjnych zaplanowanych w niniejszym programie polityki zdrowotnej. Rodzice/opiekunowie otrzymają zalecenia dalszego postępowania w zakresie zapobiegania wadom postawy u dzieci. W przypadku wykrycia wad postawy wymagających interwencji chirurgicznej rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o tym fakcie i uzyskają wiedzę dotyczącą miejsc oraz form dostępnej pomocy medycznej w ramach finansowania ze środków publicznych.

IV Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Realizatorzy Programu wyłonieni zostaną w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.).

Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- Etap I.** Działania organizacyjno-administracyjne,
- Etap II.** Działania informacyjno-promocyjne,
- Etap III.** Działania informacyjno-edukacyjne i szkolenia dla personelu medycznego,
- Etap IV.** Kwalifikacja uczestników do programu,
- Etap V.** Badania specjalistyczne wstępne, okresowe i końcowe,
- Etap VI.** Działania terapeutyczne, rehabilitacja, zajęcia korekcyjne.

Etap I. Działania organizacyjno-administracyjne

Realizator Programu uruchomi niezbędne prace wdrożeniowe, takie jak: zorganizowanie biura organizacyjno-koordynacyjnego, w tym: przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych i szkoleniowych oraz niezbędnych dokumentów, przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów działań terapeutycznych w ramach programu na podstawie określonych mierników.

Etap II. Działania informacyjno-promocyjne

W ramach działań informacyjno-promocyjnych odbędzie się organizacja i realizacja kampanii informacyjnej, zaprojektowanie, przygotowanie ulotek i plakatów informacyjnych, przygotowanie sposobu rekrutacji i opracowanie materiałów do rekrutacji uczestników. Zostaną przeprowadzone działania informacyjne skierowanych do dyrektorów szkół podstawowych, przedszkoli, personelu podmiotów udzielających świadczenia z zakresu medycyny szkolnej, kadry medycznej POZ oraz lekarzy ortopedów i rehabilitantów celem przedstawienia założeń Programu oraz zachęcenia do wzięcia udziału w realizacji Programu.

Etap III. Działania informacyjno-edukacyjnych i szkolenia dla personelu medycznego

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla rodziców/opiekunów dzieci, pielęgniarek szkolnych, nauczycieli WF. Podczas spotkań zostaną poruszone zagadnienia dotyczące realizacji przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań przesiewowych i wstępnych oraz rehabilitacji. Edukacja powinna odbyć się co najmniej dwa razy w roku, na terenie każdej gminy województwa zachodniopomorskiego przy współudziale miejscowych podmiotów POZ, szkół i przedszkoli.

Szczególne uwaga zostanie zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z problemem zdrowotnym oraz o ramach organizacyjnych programu. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym interwencje skupią się na działaniach z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań wśród rodziców/opiekunów oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Będzie to promowanie

aktywności fizycznej, kształtowanie odpowiednich pozycji ciała, np. przy stole/biurku, podczas zabawy itp. Oprócz kontynuacji działań z zakresu profilaktyki pierwotnej uczestnikom programu powinny zostać, w sposób dostosowany do tej grupy wiekowej, przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki wybranych wad postawy. Szczególna uwaga powinna zostać zwrócona na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań. Interwencja edukacyjna w zakresie najmłodszych i młodszych grup wiekowych (dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym) powinna być skierowana w szczególności do rodziców/opiekunów. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadarek i dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany podczas oceny projektu w trakcie konkursu.

Równoległe z badaniami wśród dzieci i młodzieży planowane są szkolenia dla personelu medycznego i nauczycieli. Podczas szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań diagnostycznych i rehabilitacji. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Zakłada się, iż odbędą się co najmniej 12 spotkań edukacyjnych w czasie 3-tniego okresu realizacji programu (1 kwartalnie w każdym roku trwania programu).

Etap IV. Kwalifikacja uczestników

Kwalifikacja dzieci do programu będzie polegała na przeprowadzeniu badania wstępnego przez lekarza POZ przy współpracy z pielęgniarką szkolną, min.in: wywiad specjalistyczny, badania fizykalne, ocena postawy ciała z wykorzystaniem uproszczonych badań ortopedycznych.

Etap V. Badania specjalistyczne wstępne, okresowe i końcowe

Uczestnicy zakwalifikowani do programu przejdą dodatkowo 3 etapy badania specjalistycznego wykonanego przez lekarza specjalistę w zakresie ortopedii lub rehabilitacji – na początku, w połowie i na końcu interwencji.

Będą wykonane procedury diagnostyczne: przeprowadzenie wywiadu specjalistycznego, badania w kierunku wad postawy, w tym badania fizykalnego z wykorzystaniem systemu Diers i testów funkcjonalnych.

Etap VI. Działania terapeutyczne, rehabilitacja, zajęcia korekcyjne

Interwencja ma na celu przedstawienie właściwych form aktywności fizycznej, zajęć korekcyjnych, zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwolą na zatrzymanie postępu występujących wad postawy, oraz rozwinięcie potrzeby podejmowania aktywności fizycznej. Będą one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane w warunkach domowych.

Rekomendowane będą zajęcia posiadające ciekawą oprawę i charakter oraz będą dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność wyżej wymienionych zajęć, będą one mogły być realizowane

w miejscach ogólnodostępnych, szczególnie związanych z aktywnością fizyczną, np. w klubach sportowych lub na basenach, boiskach szkolnych i klubowych, świetlicach i salach gimnastycznych.

Zajęcia aktywności fizycznej, w wybranych szkołach, centrach miejskich/osiedlowych, prowadzone powinny być przez specjalistów od ruchu (animatorów/trenerów personalnych/nauczycieli wychowania fizycznego). Aktywność fizyczna skierowana do dzieci w ich czasie wolnym, powinna być prowadzona w sposób atrakcyjny, w formie zabawy i dostosowana do danej grupy wiekowej. Zajęcia będą się odbywać, co najmniej 2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy. Jako element wspomagający będzie stosowana fizykoterapia jako element uzupełniający zajęcia ruchowe.

W przypadku wykrycia wad postawy wymagających interwencji chirurgicznej rodzice/opiekunowie zostaną poinformowani o tym fakcie i uzyskają wiedzę dotyczącą miejsc oraz form dostępnej pomocy medycznej w ramach finansowania ze środków publicznych.

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

Program będzie realizowany przez beneficjentów, którzy będą wyłonieni w drodze konkursu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.⁴³

Wymagalnymi kryteriami wyboru realizatora programu będą m.in.: posiadane zdolności organizacyjne i doświadczenie w realizacji podobnych programów oraz zdolność do utworzenia partnerstwa z innymi podmiotami biorącymi udział w realizacji programu.

Wszystkie procedury przeprowadzi się z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tych procedur medycznych, a wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.^{44, 45} Realizator/realizatorzy programu zapewni/zapewnią wymaganą prawem kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń. Akcje edukacyjne poprowadzi personel posiadający odpowiednie kwalifikacje (np.: studia z zakresu medycyny, pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, rehabilitacji).⁴⁶

Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych dotyczące personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną będą zgodne z rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji leczniczej.

W programie zastosowane zostaną wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Krajowe Towarzystwo Rehabilitacji). Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.^{47 48}

⁴³ Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217

⁴⁴ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).

⁴⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz 896.

⁴⁷ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

V Monitorowanie i ewaluacja programu

V.1 Monitorowanie

Monitoring projektu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby dzieci uczestniczących w programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych. Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa. Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Zostaną wzięte pod uwagę i przeanalizowane przyczyny tego stanu. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w ewentualnych kolejnych latach trwania programu.

Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana przez koordynatora Programu. Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim rodzicom/opiekunom dzieci, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja przez Beneficjenta *zgodnie z wymogami rozporządzenia 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*, nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu i dotyczyć będzie jego całości. Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji. Ewaluacja Programu i ocena efektywności programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o wcześniej zdefiniowane mierniki efektywności programu. Głównym elementem tego procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania będą miały charakter wybitnie długofalowy.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.

Podstawowe mierniki poddane analizie to:

- 1) Liczba osób ogółem, które przystąpiły do kwalifikacji w programie.
- 2) Liczba osób ogółem uczestniczących w programie dotyczącym wad postawy.
- 3) Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych wad postawy.
- 4) Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia dotyczącego wad postawy.
- 5) Liczba osób ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat wad postawy.
- 6) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej dotyczącej wad postawy.
- 7) Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat wad postawy.

Ewaluację Programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

VI Budżet programu

VI.1 Koszty całkowite

Regionalny Program Zdrowotny dla Województwa Zachodniopomorskiego pn. „**Wczesne rozpoznanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**” będzie realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014–2020, na który zaplanowano kwotę **8 941 176 zł.**

Podział kosztów na elementy składowe w ramach programu.

CAŁKOWITA ALOKACJA	8 941 176,00 Zł
1) Działania organizacyjno-administracyjne	177 126,00 zł
2) Działania informacyjno-promocyjne	252 000,00 zł
3) Działania informacyjno-edukacyjne	820 800,00 zł
4) Szkolenia dla personelu medycznego i nauczycieli	60 000,00 zł
5) Kwalifikacja uczestników do programu	1 650 000,00 zł
6) Badanie wstępne specjalistyczne	1 980 000,00 zł
7) Rehabilitacja lecznicza	2 475 000,00 zł
8) Badania okresowe kontrolne	907 500,00 zł
9) Zakup sprzętu	618 750,00 zł

VI.2 Koszty jednostkowe

1) Koszty działań organizacyjno-administracyjnych: 177 126 zł

Wydatki obejmą następujące elementy: koszty działania biura realizatora programu, zarządzania, koordynacji i nadzoru realizacji programu, monitorowanie programu, przeprowadzenie badania satysfakcji pacjenta, opracowanie dokumentów i raportów, ankiet, kwestionariuszy, wynajem pomieszczeń. Ostatecznie koszty te zostaną określone zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFS.

2) Koszty działań informacyjno-promocyjnych: 252 000 zł

Wydatki obejmą organizację kampanii informacyjnej, koszty korespondencji, ogłoszeń, zaprojektowanie, przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej i plakatów informacyjnych, przygotowanie i opracowanie sposobu i materiałów do rekrutacji uczestników. Koszty działań promocyjnych i akcji informacyjnej planowane są na poziomie około 500 zł na jedną szkołę podstawową, w tym na potrzeby miejscowych 398 przedszkoli. Koszt całkowity akcji informacyjnej wyniesie ok. 504 szkoły x 500 zł = 252 000 zł.

3) Koszty realizacji działań informacyjno-edukacyjnych: 820 800 zł

W ramach działań informacyjno-edukacyjnych zostaną przeprowadzone spotkania dla rodziców/opiekunów dzieci, pielęgniarek szkolnych, nauczycieli WF. Podczas spotkań zostaną poruszone zagadnienia dotyczące realizacji przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań przesiewowych i wstępnych oraz rehabilitacji.

Edukacja powinna odbyć się co najmniej dwa razy w roku, na terenie każdej gminy województwa zachodniopomorskiego przy współudziale miejscowych podmiotów POZ, szkół i przedszkoli.

Koszty jednego spotkania informacyjno-edukacyjnego wyniosą 600 zł za jedno spotkanie (wynagrodzenie prelegenta, wydruk materiałów informacyjnych dla uczestników).

Szacunkowe koszty przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych:

<i>liczba gmin</i>	<i>liczba grup edukacyjnych</i>	<i>ilość sesji w roku kalendarzowym</i>	<i>liczba lat edukacji</i>	<i>koszt jednostkowy</i>	<i>koszt działań edukacyjnych</i>
114	2	2	3	600 zł	820 800 zł

4) Koszty szkoleń dla personelu medycznego i nauczycieli: 60 000 zł

Równoległe z badaniami wśród dzieci i młodzieży planowane są szkolenia dla personelu medycznego: pielęgniarek szkolnych, lekarzy POZ oraz osób z kadry pedagogicznej (wychowawców, nauczycieli wychowania fizycznego). Podczas szkoleń będą poruszane zagadnienia z zakresu przesiewowych badań w kierunku wykrywania wad postawy oraz realizacji dalszych badań i rehabilitacji. Spotkania będą połączone z warsztatami praktycznymi dotyczącymi zwiększenia umiejętności indywidualnych poszczególnych uczestników i sprawdzenia wiedzy w praktyce. Zakłada się, iż odbędą się co najmniej 12 spotkań edukacyjnych w czasie trwania programu (1 kwartalnie w każdym roku trwania programu).

Koszty organizacji jednego spotkania szkoleniowego dla personelu medycznego i nauczycieli zostały oszacowane na około 5 000 zł (prelegenci, materiały szkoleniowe, wynajęcie sali).

12 szkoleń x 5 000 zł = 60 000 zł.

5) Koszty kwalifikacji uczestników: 1 650 000 zł

Wydatki procesu kwalifikacyjnego do programu obejmą ocenę układu ruchu: przeprowadzenie wywiadu, badań i pomiarów. Szacunkowy koszt kwalifikacji uczestników do programu:

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa elementu</i>	<i>Czas trwania (h)</i>
1	Wywiad specjalistyczny	0,5
2	Badania i pomiary	0,5
3	Diagnoza wad postawy i ustalenie działań korekcyjnych	1,0
	SUMA	2 godziny

Zakłada się przeprowadzenie procesu kwalifikacyjnego u około 10% osób z populacji docelowej (166 tys. dzieci), tj. 16 500 dzieci. Przyjmując szacunkowy koszt około 50 zł za godzinę pracy, koszt procesu kwalifikacyjnego wyniesie około 100 zł na uczestnika.

Koszt całkowity kwalifikacji wyniesie: 100 zł x 16 500 dzieci = 1 650 000 zł

6) Koszty badania specjalistycznego wstępnego: 1 980 000 zł

Wydatki obejmą: koszt wykonania procedur diagnostycznych w kierunku wad postawy, w tym: wywiad specjalistyczny, badanie fizykalne, badanie z wykorzystaniem systemu Diers i testów funkcjonalnych.

Zakłada się przeprowadzenie badań wstępnych przez lekarza ortopeda lub lekarza rehabilitacji u 50% dzieci, które przeszły proces kwalifikacji, czyli ok. 8 250. Szacunkowy koszt badania specjalistycznego wstępnego:

Lp.	Nazwa elementu	Czas trwania (h)
1	Wywiad specjalistyczny	0,5
2	Badania i pomiary	1,0
3	Diagnoza wad postawy i ustalenie działań korekcyjnych	1,0
4	Rozmowa podsumowująca z rodzicem/opiekunem	0,5
	SUMA	3 godziny

Koszt jednej godziny badania specjalistycznego jednego dziecka oszacowano na poziomie 80 zł, co daje $80 \text{ zł} \times 3 \text{ godz.} = 240 \text{ zł}$ na jedno dziecko.

Koszt całkowity badań specjalistycznych wstępnych: $8\,250 \text{ dzieci} \times 240 \text{ zł} = 1\,980\,000 \text{ zł}$

7) Koszty rehabilitacji wykrytych nieprawidłowości: 2 475 000 zł

Składnikiem kosztu jednostkowego w ramach interwencji terapeutycznej będą: zajęcia ruchowe (2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy) dla 4 125 dzieci (50%) z grupy 8 250 dzieci poddanych wcześniejszym baniom wstępnym. Założono, że odbędą się co najmniej 24 spotkania dla każdego uczestnika modułu programu. Koszt jednego spotkania szacuje się na mniej więcej 25 zł/osobę. Biorąc pod uwagę wymienione dane, minimalny koszt cyklu spotkań w ramach terapii można określić w przybliżeniu na 600 zł/osobę.

$4125 \text{ osób} \times 24 \text{ spotkania} \times 25 \text{ zł} = 2\,475\,000 \text{ zł}$

8) Koszty badań okresowych i końcowych: 907 500 zł

Koszty obejmą przeprowadzenie okresowych badania kontrolnego monitorującego prowadzenie dotychczasowej rehabilitacji indywidualnej i badania końcowego, w tym spotkania podsumowującego z rodzicem/opiekunem oraz pomiar okresowych i końcowych efektów działań terapeutycznych w ramach programu na podstawie określonych mierników. Założono, że mają się odbyć co najmniej 2 takie spotkania dla każdego uczestnika programu (w połowie i na koniec terapii). Koszt jednego spotkania szacuje się na 110 zł. Biorąc pod uwagę te dane, minimalny koszt spotkań można określić w przybliżeniu na 220 zł na jednego uczestnika. Koszt całkowity badań: $4125 \text{ dzieci} \times 110 \text{ zł} \times 2 \text{ spotkania} = 907\,500 \text{ zł}$

9) Koszty zakupu sprzętu: 618 750 zł

W ramach programu przewidziano zakup sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu do ćwiczeń, materiałów i urządzeń sportowych na potrzeby prowadzenia rehabilitacji, zajęć korekcyjnych i ruchowych o wartości ok. $150 \text{ zł} \times 4125 \text{ dzieci} = 618\,750 \text{ zł}$.

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

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPOWZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020 oraz Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

VI.3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych RPO WZ 2014-2020 z udziałem:

- 1) 85% środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
- 2) 15% wkładu własnego beneficjenta.

VII Bibliografia

1. Gwizdała W., Grabarek E., Madej E. „Ocena postawy ciała dzieci szkół podstawowych i gimnazjów środowiska miejskiego i wiejskiego w świetle informacji z piśmiennictwa”, Kwart Ortop. 2013;
2. Kasperczyk T. Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie. Kraków: Wydawnictwo Kasper 2004.
3. Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4,
4. Rosa K., Muszkieta R., Zukow W. i wsp. „Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I–III Szkoły Podstawowej”, J Health Sci. 2013;3(12)
5. Kocka K. i inni: „Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4,
6. Górecki A, Kiwerski J, Kowalski I, i wsp. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. Warszawa 2009
7. Motow-Czyż M., Orczyk A., Orczyk M., Postural defects correction in the process of physical education and sport, Physical Activity Review 2014
8. Skorupka E., Asienkiewicz R., Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci, Rocznik Lubuski Tom 40, 2014
9. Górecki A. i in., Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania, Warszawa 2009
10. Hagner W., Bąk D., Hagner-Derengowska M., Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2010, 4 (4): 287-290
11. Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Programy Polityki Zdrowotnej. <http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/> [dostęp: 10.12.2017]
12. Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. Studia BAS Nr 2(38) 2014,
13. Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014
14. Grivas TB, Vasiliadis E, Savvidou O et al. Geographic latitude and prevalence of adolescent idiopathic scoliosis. Stud Health Technol Inform. 2006;
15. Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005-2006, Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, Poznań 2010
16. Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015
17. Bank Danych Lokalnych [data dostępu: 30.10.2017 r.]
18. Urząd Statystyczny w Szczecinie. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2015 rok, US w Szczecinie, Szczecin 2016
19. Ostręga W. Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014
20. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016 r.

21. Urząd Statystyczny w Szczecinie, Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2015 r., Szczecin, grudzień 2016 r.
22. Mrozkowiak M., Zróżnicowanie występowania postaw ciała prawidłowych, wadliwych i skolioz u dzieci i młodzieży w wieku 4 – 19 lat w wybranych regionach Polski, Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Wydawnictwo Promocyjne „Albatros”, 2007, Szczecin,
23. Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, <http://www.mpz.mz.gov.pl/wojewodztwo-zachodniopomorskie/> [dostęp: 12.11.2017]
24. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/> [dostęp: 06.11 2017]
25. Górecki A. i in., *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania*, Warszawa 2009
26. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 10/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017” realizowany przez miasto Płock.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.
29. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, Dz. U. z 2016 r., poz. 217
30. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.).
31. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.
33. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069.