

Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego

okres realizacji: lata 2018-2021

Regionalny Program Zdrowotny Samorządu Województwa Mazowieckiego

Warszawa 2017 r.¹

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

¹ Aktualizacja programu: lipiec 2018 r.

Spis treści:

1. SŁOWNICZEK	3
2. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	4
A. PROBLEM ZDROWOTNY	4
<i>Otyłość.....</i>	<i>4</i>
<i>Choroby kręgosłupa.....</i>	<i>6</i>
B. EPIDEMIOLOGIA	11
C. POPULACJA PODLEGAJĄCA JEDNOSTCE SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO I POPULACJA KWALIFIKUJĄCA SIĘ DO WZIĘCIA UDZIAŁU W PROGRAMIE	16
D. OBECNE POSTĘPOWANIE W OMAWIANYM PROBLEMIE ZDROWOTNYM ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....	17
E. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU	18
3. CELE.....	21
A. CEL GŁÓWNY.....	21
B. CELE SZCZEGÓŁOWE.....	21
C. OCZEKIWANE EFEKTY.....	21
D. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI.....	22
4. ADRESACI PROGRAMU	27
A. OSZACOWANIE POPULACJI, KTÓREJ WŁĄCZENIE DO PROGRAMU JEST MOŻLIWE	27
B. TRYB ZAPRASZANIA DO PROGRAMU.....	28
5. ORGANIZACJA PROGRAMU	30
A. CZĘŚCI SKŁADOWE, ETAPY I DZIAŁANIA ORGANIZACYJNE.....	30
<i>Działania informacyjno-promocyjne</i>	<i>34</i>
<i>Kwalifikacja uczestników do programu.....</i>	<i>34</i>
<i>Działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu.....</i>	<i>35</i>
<i>Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego otyłości.....</i>	<i>38</i>
<i>Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego chorób kręgosłupa</i>	<i>40</i>
<i>Monitoring i ewaluacja działań w ramach projektu.....</i>	<i>42</i>
B. PLANOWANE INTERWENCJE	42
C. KRYTERIA I SPOSÓB KWALIFIKACJI UCZESTNIKÓW DO PROGRAMU/ DO POSZCZEGÓLNYCH ETAPÓW PROGRAMU.....	42
D. ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU.....	44
E. SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁAŃ PROGRAMU ZE ŚWIADCZENIAMI ZDROWOTNYMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	45
F. SPÓJNOŚĆ MERYTORYCZNA I ORGANIZACYJNA	47
G. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE I MOŻLIWOŚĆ KONTYNUACJI	47
H. BEZPIECZEŃSTWO PLANOWANYCH INTERWENCJI.....	47
I. KOMPETENCJE I WARUNKI NIEZBĘDNE DO REALIZACJI PROGRAMU.....	48
J. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ.....	50

<i>Opinie ekspertów klinicznych</i>	<i>50</i>
<i>Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek.....</i>	<i>51</i>
<i>Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej</i>	<i>53</i>
<i>Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.....</i>	<i>54</i>
6. KOSZTY	57
A. KOSZTY JEDNOSTKOWE	57
B. PLANOWANE KOSZTY CAŁKOWITE	60
C. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA, PARTNERSTWO	61
D. ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄCE ZA TYM, ŻE WYKORZYSTANIE DOSTĘPNYCH ZASOBÓW JEST OPTYMALNE	61
7. MONITORING I EWALUACJA.....	63
A. OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU	63
B. OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE.....	64
C. OCENA EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU	65
D. OCENA TRWAŁOŚĆ EFEKTÓW PROGRAMU.....	65
8. OKRES REALIZACJI PROGRAMU	67
9. BIBLIOGRAFIA.....	69
10. ZAŁĄCZNIKI.....	72
A. WZÓR SPRAWOZDANIA ROCZNEGO	72
B. WZÓR ANKIETY SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU.....	76
C. WZÓR ŚWIADOMEJ ZGODY NA UDZIAŁ W PROGRAMIE	77
D. WZÓR PISEMNEJ REZYGNACJI Z DALESZEGO UDZIAŁU W PROGRAMIE.....	78

1. Słowniczek

Program/regionalny program zdrowotny (RPZ) - określony w „Krajowych ramach strategicznych Politycy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” - są to programy polityki zdrowotnej/programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Beneficjent/realizator - podmiot wykonujący działalność leczniczą lub wnioskodawca, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, realizujący/realizujące interwencje zaplanowane w programie, wyłoniony w drodze otwartego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Działania informacyjno-edukacyjne - dotyczą tematyki programu. Realizowane głównie poprzez edukację prozdrowotną. Skierowane są do odbiorców programu. Prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Działania informacyjno-szkoleniowe - związane są z wdrażaniem programu. Skierowane są do lekarzy i pielęgniarek POZ prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Koszty bezpośrednie - koszty dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie - koszty kwalifikowalne, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w ramach programu. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki, amortyzacja, najem lub zakup aktywów, środków trwałych i wartości niematerialnych, koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną projektu, koszty sprzątania pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną projektu, w tym środki do utrzymania ich czystości.

Kryteria włączenia - warunki, które musi spełnić uczestnik, aby wziąć udział w interwencjach zaplanowanych w ramach programu.

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

Uczestnik - osoba spełniająca „kryteria wejścia do programu” i bezpośrednio korzystająca z interwencji przewidzianych w programie.

2. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Okres dojrzewania charakteryzuje się wieloma zmianami w rozwoju fizycznym i psychospołecznym wśród dzieci i młodzieży. Obecność choroby przewlekłej może zaburzyć ich prawidłowy rozwój. Wśród czynników zaburzających rozwój dzieci wymienić można:

1. widoczne zmiany chorobowe, które utrudniają integrację ze środowiskiem i obniżają samoocenę;
2. konieczność przyjmowania leków lub noszenie urządzeń wymaganych do leczenia, co obniża rozwojową potrzebę integracji z rówieśnikami;
3. mniejsze oczekiwania dotyczące osiągnięć szkolnych związane z ograniczeniami wynikającymi z choroby;
4. ograniczenie możliwości realizacji wszystkich planów przyszłościowych;
5. nadopiekuńczą postawę rodziców utrudniającą dążenie do samodzielności i niezależności [1].

Populacja dzieci i młodzieży stanowi 30% ludności Polski. Jak pokazują polskie badania HBSC (ang. Health Behaviour in School-aged Children), co siódmy nastolatek (14%) cierpi na chociaż jedną przewlekłą chorobę (najczęściej są to choroby układu oddechowego). Nadmiar masy ciała występuje u 13% szkolnej młodzieży [2].

Otyłość

Otyłość należy do chorób cywilizacyjnych, a liczba osób nią dotkniętych z roku na rok wciąż wzrasta. Szczególnie niepokojący jest fakt, że zaburzenie to coraz częściej występuje u najmłodszych. W Polsce, wśród dzieci w wieku szkolnym, na nadwagę i otyłość cierpi co piąty chłopiec i co siódma dziewczynka. Z tych statystyk widać, że otyłość dzieci i młodzieży staje się wyzwaniem nie tylko dla zdrowia publicznego, ale i samych młodych ludzi oraz ich rodzin. Jedną z przyczyn występowania otyłości jest rozwijająca się technologia, szczególnie urządzenia techniczne, które zastępują wysiłek fizyczny m.in.: nieograniczony dostęp do telewizora i komputera, zastępuje często zabawy i gry wymagające aktywności fizycznej itd. Kolejną przyczyną jest sposób odżywiania się. Wpływ ma m.in. łatwy dostęp do przetworzonej, wysokokalorycznej, bogatej w tłuszcze i cukry proste żywności, zwiększanie objętości posiłków, nieregularność spożywania posiłków, ich opuszczanie lub częste podjadanie kalorycznych przekąsek. Rozwojowi otyłości sprzyjają także sytuacje stresowe i problemy emocjonalne, takie jak konflikty w szkole czy w rodzinie. Mogą one prowadzić do emocjonalnego jedzenia [3].

W ocenie masy ciała u dzieci i młodzieży należy brać pod uwagę okres rozwojowy dziecka. W okresie dorostania masa oraz wzrost ciała w sposób naturalny zmieniają swe wzajemne proporcje. Masa ciała jest silnie powiązana z wysokością. U dzieci i młodzieży dla oceny prawidłowego wzrastania i przybywania

na wadze posługujemy się tak zwanymi siatkami centylowymi. W obliczeniach proporcji masy do wzrostu jest stosowany wskaźnik - BMI (ang. Body Mass Index).

Ten wskaźnik jest wyliczany według wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała w kilogramach}}{(\text{wysokość ciała w metrach})^2}$$

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) u osób dorosłych BMI nadwagę można stwierdzić przypadku wartości omawianego wskaźnika powyżej 25kg/m², a otyłości powyżej 30kg/m². U dzieci i młodzieży wartość wskaźnika BMI zależy od płci i zmienia się wraz z wiekiem. Do oceny stanu odżywienia do 18 r.ż. stosowane są tabele lub siatki centylowe wartości BMI uwzględniające wiek, osobne według płci. Zgodnie z obowiązującą definicją WHO: „*Nadwaga to zaburzenie, w którym wartość wskaźnika BMI jest równa lub większa od 85 centyla (≥85c), a mniejsza niż 95 centyl, otyłość zaś gdy BMI jest równe lub większe od 95 centyla*”[3].

W praktyce klinicznej otyłość jest klasyfikowana według:

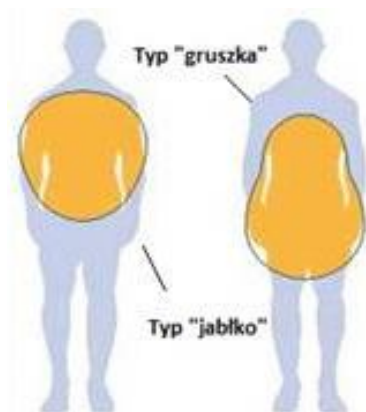
1. przyczyn jej powstawania oraz
2. pomiarów antropometrycznych.

Ze względu na etiologię otyłość dzielimy na:

1. otyłość prostą (pierwotną), spowodowaną dodatnim bilansem energetycznym, inaczej nadmiarem dostarczanych kalorii w stosunku do potrzeby organizmu. Podłożem do powstania tego typu otyłości są przede wszystkim uwarunkowania środowiskowe – w postaci nadmiernego spożycia wysoko przetworzonej żywności lub ograniczenie aktywności fizycznej. Jest to najczęstsza postać otyłości obserwowana wśród populacji dzieci i młodzieży, stwierdzana u ponad 98% dzieci zgłaszających się do diagnostyki otyłości;
2. otyłość wtórną, występującą w przebiegu endokrynopatii (np. niedoczynności tarczycy, choroby i zespołu Cushinga, niedoboru hormonu wzrostu, hipogonadyzmu), zespołów uwarunkowanych genetycznie (Pradera-Williego, Lawrence’a-Moona-Biedla, Turnera, Klinefeltera), uszkodzenia podwzgórza przez stany zapalne, choroby zwyrodnieniowe, guzy, wady rozwojowe, urazy ośrodkowego układu nerwowego oraz przewlekłego stosowania niektórych leków takich jak na przykład leki przeciwdepresyjne, insuliny i inne.

Na podstawie badań antropometrycznych wyróżniamy 2 typy otyłości:

1. typ brzuszny (androidalny, centralny, typ „jabłko”) charakteryzujący się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy zaotrzewnowej. Związany z większym ryzykiem rozwoju powikłań naczyniowo-sercowych oraz zespołu metabolicznego i niektórych nowotworów;
2. typ pośladkowo-udowy (gynoidalny, obwodowy, typ „gruszka”) z lokalizacją tkanki tłuszczowej w okolicach bioder i pośladków [3;4].



Rycina 1. Typy otyłości (źródło: Hpathy, <http://treatment.hpathy.com/homeo-medicine/homeopathy-obesity/>, dostęp 4.12.2016)

Otyłość może prowadzić do wielu nieprawidłowości już w okresie dziecięcym, jak również może być początkiem chorób, w szczególności sercowo-naczyniowych w przyszłości. Do najczęstszych problemów związanych z otyłością można zaliczyć: zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzycę typu 2, insulinooporność; nadciśnienie tętnicze; stłuszczenie wątroby, bezdech senny; zaburzenia kostno-stawowe związane z przeciążeniem kości i mięśni oraz inne. Nadmierne obciążenie układu kostno-stawowego i aparatu mięśniowego powoduje częstsze występowanie u otyłych dzieci uszkodzenia płytki wzrostowej i złuszczenia głowy kości udowej, chorobę Blauta, płaskostopie, szpotawość bioder, koślawości kolan, skoliozy, dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa i kończyn dolnych [3]. Unikanie i ograniczenie aktywności ruchowej poprzez niewłaściwe wykorzystanie czasu np. długotrwałe oglądanie telewizji w pozycji siedzącej doprowadza do wzrostu poziomu otfuszczenia, a w efekcie do przeciążeń układu kostno-stawowego, co sprzyja zaburzeniom postawy ciała i powstawaniu chorobom kręgosłupa. Rozwój sprawności motorycznych u dzieci i młodzieży jest uwarunkowany m.in. wagą ciała oraz wzrostem. Prawidłowe proporcje tych cech determinują zdolności fizyczne do wykonywania działań pozwalających funkcjonować codziennie w środowisku. Nieprawidłowa masa ciała może zaburzać rozwój sprawności motorycznych lub im zaszkodzić [5].

Choroby kręgosłupa

Choroby kręgosłupa najczęściej wynikają z wady postawy. Postawą ciała nazywany jest sposób trzymania się osobnika w swobodnej pozycji stojącej, a zewnętrznym tego przejawem jest wzajemny przestrzenny układ poszczególnych części ciała i sylwetka danej osoby. Postawa jest u wszystkich ludzi

podobna, ale nie identyczna – jest ona cechą indywidualną. Z tego względu rozgraniczenie postawy prawidłowej i nieprawidłowej bywa niekiedy trudne. Drugą istotną cechą postawy jest zmienność. Zmienia się ona bowiem w ciągu życia, a nawet w ciągu dnia, pod wpływem różnych czynników. Pojawiają się też pewne zagrożenia dla jakości postawy, występujące podczas tzw. skoków wzrostowych, przypadających na okres 6-7 i 12-16 lat, gdy dziecko jest najbardziej podatne na wpływ rozmaitych czynników zewnętrznych, a rozwój układu mięśniowego nie nadąża niejako za szybkim wzrostem kości. Wszelkie nieprawidłowości dotyczące postawy ciała dość powszechnie określa się mianem wad postawy. Przyczyny wad postawy są liczne. Poza przypadkami, w których ich podłożem są wady wrodzone lub określone schorzenia, wady postawy rozwijają się zwykle bez uchwytnej przyczyny. Znaczącą rolę odgrywają tu zapewne czynniki, powodujące częste przyjmowanie nieprawidłowego układu ciała, prowadzące z czasem do rozwoju i utrwalenia się nawyku nieprawidłowej postawy oraz sprzyjają rozwojowi wady.

Do najczęściej występujących wad postawy należą:

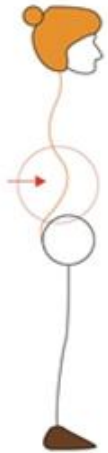
1. Kifoza piersiowa: polega na nadmiernym wygięciu kręgosłupa czyli uwypukleniu klatki piersiowej. Ogólny obraz zmian w postawie polega na nadmiernym wysunięciu barków i głowy do przodu, spłaszczeniu klatki piersiowej, odstających i często rozsuniętych łopatkach. W charakterystyce tej wady uwzględnia się uwypuklenie kręgu szyjnego, piersiowego, lędźwiowego i kości krzyżowej. W zależności od umiejscowienia zmian na konkretnych segmentach kręgosłupa wyróżnia się kifozę niską (wada przesunięta w dół), średnią (dotyczy odcinka lędźwiowego), wysoką (dotyczy odcinka piersiowego) i totalną [2].



Rycina 2. Kifoza piersiowa (źródło: opracowanie własne)

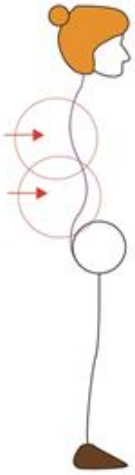
2. Lordoza lędźwiowa: polega na nadmiernym wygięciu części lędźwiowej kręgosłupa. Charakterystyczne dla tej wady jest zwiększone przodopochylenie miednicy na skutek rozciągnięcia i osłabienia mięśni pośladków i brzucha oraz nadmiernego napięcia mięśni biodrowo-lędźwiowych i mięśni prostych uda.

W zależności od umiejscowienia zmian wyróżnia się lordozę niską i wysoką. W wyniku hiperlordozy lędźwiowej dochodzi do klinowacenia krążków i trzonów międzykręgowych co jest przyczyną ostrych bólów kręgosłupa.



Rycina 3. Lordoza lędźwiowa (źródło: opracowanie własne)

3. **Plecy wklęsło-wypukłe lub plecy płaskie:** wada plecy wklęsło-wypukłe jest połączeniem hiperlordozy lędźwiowej i hiperkifozy piersiowej. Dla tej wady charakterystyczne jest zwiększone przodopochylenie miednicy, duża lordoza lędźwiowa i kifoza piersiowa, usytuowanie głowy w stosunku do ciała w przodzie, wysunięcie barków do przodu, odstające łopatki, spłaszczona klatka piersiowa i wystający brzuch. Takie nieprawidłowości postawy powstają u dzieci o słabej, węższej budowie ciała na skutek prób utrzymania przez słabe mięśnie ciała w pionie. W wyniku nadmiernego nacisku ciężarem ciała na kręgosłup nie chroniony przez mięśnie dochodzi do osiadania poszczególnych segmentów kręgosłupa. Skutkiem tego procesu jest zeszywnienie jednego z odcinków kręgosłupa - najczęściej w odcinku piersiowym jako wynik przebytej choroby lub mechanicznego urazu.



Rycina 4. Plecy wklęsło-wypukłe (źródło: opracowanie własne)

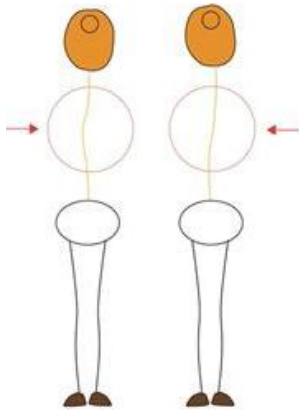
4. Wada plecy płaskie polega na spłaszczeniu naturalnych krzywizn kręgosłupa. Charakterystyczne dla tej wady jest zmniejszone przodopochylenie miednicy, zbyt mała lordoza lędźwiowa i kifoza piersiowa (nawet z możliwością występowania odwrotności krzywizn), płaska klatka piersiowa i opadające barki. Również ta wada dotyka dzieci o wątlej budowie, ponieważ jest ona wynikiem prób uzyskania zrównoważenia ciała dzięki biernemu usytuowaniu jednego kręgu na drugim [5].



Rycina 5. Plecy płaskie (źródło: opracowanie własne)

5. Skolioza: jest bocznym skrzywieniem kręgosłupa. Polega ona na wielopłaszczyznowym odchyleniu linii kręgosłupa od stanu prawidłowego. Odchylenie to występuje w płaszczyznach:
- 1) czołowej - kręgosłup wygina się w bok, lewo lub prawo;
 - 2) strzałkowej - pogłębia się wygięcie lordotyczne lub kifotyczne;
 - 3) poprzecznej - następuje rotacja kręgów, co prowadzi do powstania garbu.

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 [2].



Rycina 6. Skolioza (źródło: opracowanie własne)

Do pozostałych wad postawy należą:

1. Wady budowy klatki piersiowej:

- 1) Klatka piersiowa kurza - polega na wysunięciu ku przodowi obwodowej części mostka wraz z najbliższą częścią żeber, które są od boku jakby ściśnięte. Łuki żebrowe często tworzą falistą linię zamiast łukowej. Po nabraniu i zatrzymaniu powietrza w płucach stopień „kurzego” zniekształcenia zmniejsza się.
- 2) Klatka piersiowa lejkowata - częściej spotykana, charakteryzuje się lejkowatym zapadnięciem dolnej części mostka i przylegających odcinków żeber.

2. Wady kończyn dolnych:

- 1) Kolana koślawe - kolana skierowane są do wewnątrz, oś podudzia tworzy z osią uda kąt rozwarty na zewnątrz, podudzie jest nadmiernie oddalone od osi środkowej ciała. Gdy dziecko stoi na baczność, kolana opierają się o siebie, a między kostkami stóp jest spora przerwa.
- 2) Kolana szpowate - oś podudzia tworzy z osią uda kąt otwarty do wewnątrz. Gdy dziecko stoi prosto, ze złączonymi stopami, między kolanami tworzy mu się szczelina w kształcie litery O. Często też palce stóp skierowane są do wewnątrz [6].

3. Wady stóp:

- 1) Stopa płaska (płaskostopie czynnościowe) - posiada niski lub obniżający się łuk podłużny, który jest wynikiem niewydolności układu mięśniowo-wiązadłowego.

- 2) Stopa płasko-koślawą - istotą tego zniekształcenia jest ustawienie w nawróceniu kości stępu oraz obniżenie sklepienia podłużnego stopy, najczęściej na tle niewydolności statycznej.
- 3) Stopa szpotawą - jest odwrotnością stopy płasko-koślawej. Charakteryzuje się skręceniem pięty do wewnątrz i oparciem jej na krawędzi zewnętrznej.
- 4) Stopa wydrążoną - zniekształcenie charakteryzuje się nadmiernym wysklepieniem, w odcinku między guzem a głowami kości śródstopia, przy równoczesnym skróceniu tego odcinka. Nadmiernemu wysklepieniu stopy towarzyszy szponowate ustawienie palców i skrócenie rozciągniętego podszwowego. Zniekształcenie powoduje skrócenie stopy [6].

b. Epidemiologia

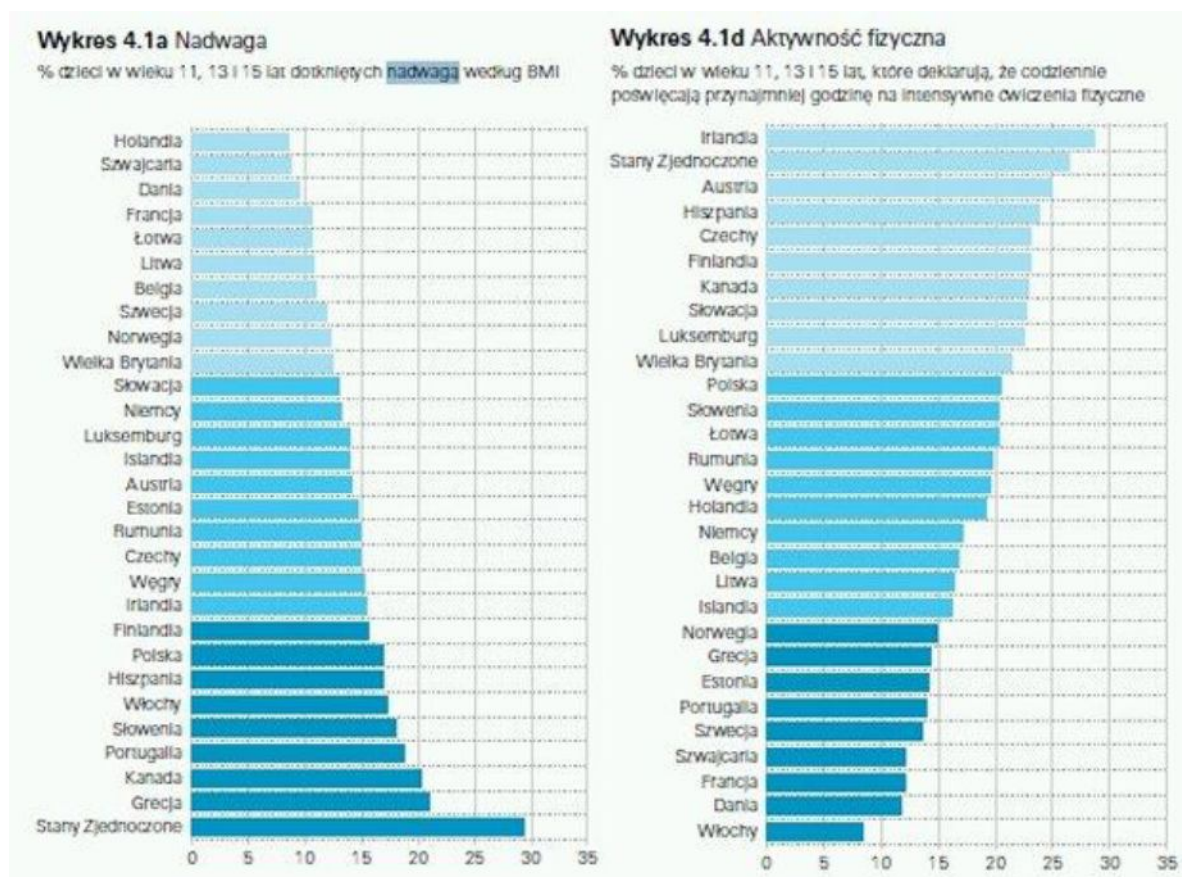
Ze względu na duże i wciąż zwiększające się rozpowszechnienie otyłości uznaje się ją za epidemię XXI wieku. W krajach europejskich wśród dzieci i młodzieży stwierdza się nadwagę lub otyłość u ponad 30% dziewczynek i u 20% chłopców w wieku 6-10 lat. Podobną częstotliwość stwierdza się na kontynencie amerykańskim, gdzie zależnie od grupy etnicznej otyłość i nadwaga dotyczy od 18 do 41% populacji dzieci między 2 a 17 rokiem życia. Według raportu International Obesity Task Force (IOTF) około 155 milionów dzieci na świecie w wieku szkolnym wykazuje nadwagę lub otyłość. Badania we wszystkich krajach rozwiniętych wykazały w tym zakresie tendencję wzrostową. W Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich 20-25 lat liczba dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 6-11 lat zwiększyła się ponad 3-krotnie, a w Japonii ponad 2-krotnie [40]. Według ostatnich badań, w Polsce w 2009 roku stwierdzono ją u 16,3% dzieci w wieku od 6 do 9 lat (u 19%, chłopców i 14% dziewcząt). Z porównania z wcześniejszymi badaniami wynika, że częstość nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce zwiększa się o około 2-3% w ciągu dziesięciu lat.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia aż 29% polskich 11-latków ma nadwagę. W badaniach WHO przeprowadzonych w 39 krajach, Polska znalazła się na jednej ze środkowych pozycji rankingu pod względem wskaźnika otyłości wśród dzieci. Na podstawie cyklicznie wykonywanych badań HBSC można zauważyć iż problem otyłości wśród dzieci w Polsce rośnie na poziomie kraju [7;8]. Najczęściej występującymi powikłaniami otyłości są: zespół metaboliczny, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, płaskostopie, problemy psychospołeczne i emocjonalne. Około 80% otyłych nastolatków cierpi na otyłość w przyszłości. Przyczyną otyłości w ponad 90% przypadków jest niewystarczająca aktywność fizyczna [9].

Obecnie w Europie nadwagę ma średnio co czwarte dziecko. Otyłość skupia nie tylko duże obciążenie zdrowotne, ale również ekonomiczne, absorbuje w niektórych państwach członkowskich UE około 6% rządowego budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną. Faktem jest, iż działania zmierzające do redukcji masy ciała poprzez odpowiednie do wieku postępowanie lecznicze i edukacyjne mają prowadzić nie tylko

do zmniejszenia nadwagi u nastolatków, częstości występowania powikłań, ale przede wszystkim do poprawy samopoczucia i relacji społecznych w środowisku, w którym spędzają większość czasu [16-19].

Światowa Organizacja Zdrowia w opublikowanej w roku 2004 „Globalnej Strategii dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia” uznała, że jedyną drogą do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne we współczesnych społeczeństwach, jest poprawa żywienia oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej. Priorytetem stała się profilaktyka nadwagi i otyłości, jako choroby nie tylko groźnej samej w sobie, lecz sprzyjającej rozwojowi wielu innych schorzeń skracających życie współczesnemu człowiekowi. Wyniki diagnozy włączyły Polskę do problemów zdrowia publicznego w skali międzynarodowej. Dlatego od 2011 roku w Polsce jest realizowany program „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”.



Rycina 7. Nadwaga oraz aktywność fizyczna wśród dzieci w wieku 11;13 i 15 lat (źródło: UNICEF: Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych)

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) wynika, iż średnia występowania otyłości wśród uczniów w szkołach podstawowych oraz gimnazjów wynosi 22,3% [Ryc.8].

Ponadto z badań prowadzonych w Polsce wynika, że otyłość dotyczy wielu milionów osób, gdyż co drugi dorosły mężczyzna lub kobieta w Polsce ma nadwagę lub otyłość, w tym co piąta osoba jest zdecydowanie otyła. Natomiast, nasilenie otyłości u dzieci i młodzieży nie przekracza obecnie 5%, co jest

wielką szansą dla naszego kraju, aby zahamować szybki rozwój otyłości i nie powtarzać błędów innych krajów. Odsetki otyłej młodzieży w wielu krajach europejskich i poza europejskich są już znacznie wyższe niż w Polsce, a leczenie otyłości w młodym wieku jest znacznie trudniejsze i kosztowniejsze od jej zapobiegania. Specyficzna sytuacja w naszym kraju umożliwia wczesną ingerencję poprzez edukację społeczeństwa i promowanie zdrowego stylu życia, w celu zatrzymania lub nawet odwrócenia wzrastającego trendu otyłości i nadwagi wśród młodej generacji i zmniejszenie nasilenia otyłości i jej skutków u osób dorosłych [10].

W badaniu przeprowadzonym w latach 1994-1995 w grupie 7–8-letnich dzieci w Polsce 4,3% i 1,8% chłopców oraz 6,4% i 1,5% dziewczynek miało odpowiednio nadwagę i otyłość. Według ostatnich populacyjnych badań w grupie wiekowej 7-9 lat nadwaga występuje u 15% chłopców i 15,8% dziewczynek, z czego otyłych jest 3,6% chłopców i 3,7% dziewcząt. Można stwierdzić, że mniej więcej co siódme dziecko w wieku wczesnoszkolnym w Polsce ma nadmierną masę ciała. Nadwaga i otyłość są także istotnym problemem zdrowotnym u starszych dzieci, a czynnikiem ryzyka jej powstania w wieku dojrzewania jest nadmierna masa ciała u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym [41;42].

Według innych populacyjnych wieloośrodkowych badań w grupie polskich dzieci w wieku 7-9 lat nadwaga występuje u 15,8% chłopców i 15% dziewcząt, a otyłych jest odpowiednio: 3,6% chłopców i 3,7% dziewczynek [11].

W Polsce aż 17% dzieci w wieku 11, 13 i 15 lat ma nadwagę. To dwukrotne więcej niż dwa lata temu - wynika z opracowanego przez UNICEF raportu „Warunki i jakość życia w państwach rozwiniętych”. Jak wskazuje Rycina 7 Polska zalicza się do grupy państw, w których częściej występuje otyłość [10].

Największy odsetek dzieci z otyłością zarejestrowano w województwie mazowieckim, a najniższy w województwie świętokrzyskim (32% vs 18%) [3].



Rycina 8. Procentowe występowanie nadmiernej masy ciała u uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w województwach (źródło: Instytut Żywności i Żywienia)

Z badań IŻŻ wynika, że na przestrzeni ostatnich 30 lat w Warszawie, częstość występowania otyłości wśród chłopców w wieku 11-15 lat zwiększyła się 3-krotnie, natomiast u dziewczynek w tym samym wieku 10-krotnie [11].

Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego. U dzieci i młodzieży podobnie jak u dorosłych do oceny stanu odżywienia stosuje się wskaźnik masy ciała (z ang. body mass index – BMI). Jednak wynik obliczony na podstawie standardowego wzoru powinien zostać odniesiony do norm właściwych dla wieku i płci zawartych w siatkach centylowych.

Wady postawy dzieci w wieku dojrzewania występują u około 50-60% populacji i najczęściej spowodowane są złymi nawykami lub nadmiernym w stosunku do wzrostu i wagi obciążeniem ciała. W efekcie wady te mogą prowadzić do trwałych zniekształceń w obrębie narządu ruchu. Z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) wynika, że zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14% populacji w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2-9 lat [9;12;13].

W rozwoju dzieci występują okresy szczególnej podatności organizmu na powstawanie wad postawy. Pierwszy okres (wiek 6-7 lat) wiąże się ze zmianą stylu życia. Rozpoczęcie nauki w szkole oznacza kilkugodzinną wymuszoną pozycję siedzącą w ławce szkolnej, przy bardzo silnie rozwiniętej potrzebie ruchu. Wśród dzieci w wieku 3-7 lat następuje rozrost organizmu, polegający na zwiększeniu się wymiarów masy ciała. W porównaniu z poprzednimi okresami rozwojowymi dziecko w wieku przedszkolnym coraz wolniej przybiera na wadze, ale szybko rośnie. Występują znaczne dysproporcje w budowie ciała (krótkie kończyny, zwłaszcza nogi, w stosunku do dużej głowy i wydłużonego tułowia). W wieku przedszkolnym dzieci mają słabą muskulaturę, dlatego łatwo może wytworzyć się wadliwa postawa ciała. W wieku 6-7 lat wzmacnia się

budowa kości oraz ustalają się naturalne krzywizny kręgosłupa. Dodatkowo początek dysfunkcji kręgosłupa, to okres kiedy dziecko spędza dużo czasu w przymusowo-siedzącej pozycji. Obok schorzeń w obrębie lędźwiowego odcinka kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe występują również w odcinku szyjnym i nadgarstkach. Szacuje się, że groźne zaburzenia podstawy występują u około 10-15% dzieci. Do nich należą: boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) występuje u 2-4% dzieci i młodzieży, młodzieńcza kifoza piersiowa (choroba Scheuermana) występuje u 3-5% nastolatków, zniekształcenia statyczne kończyn dolnych, dotyczą ok. 10-15% dzieci, wady postawy – odchylenia w ułożeniu poszczególnych części ciała względem siebie oraz osi tułowia, widoczne w pozycji stojącej itd. W zapobieganiu tym zmianom jest niezbędna aktywność fizyczna, wygodne obuwie, korzystanie ze sprzętów codziennego użytku spełniających wymagania ergonomii [9;12;13].

W fazie drugiej układ kostny zawiera znaczną ilość tkanek chrzęstnych, co umożliwia dalsze wzrastanie organizmu, ale jednocześnie sprawia, że kościec jako całość jest miękki i plastyczny, dlatego na skutek nieprawidłowej postawy przy siedzeniu może łatwo ulec deformacji. Osoby w wieku 7-10 lat wymagają szczególnej troski i stworzenia optymalnych warunków dla rozwoju. Wszelkiego rodzaju niedopatrzenia i zaniedbania w stwarzaniu odpowiednich warunków rozwoju mogą spowodować utrwalenie się złych nawyków i doprowadzić do zniekształceń w budowie i postawie ciała [43].

W wyniku wysokiej częstości występowania wad postawy u dzieci należałoby wprowadzić obowiązek wczesnych badań diagnostycznych postawy ciała przeprowadzanych przez specjalistów z tej dziedziny w celu wychwycenia dzieci zagrożonych i poddaniu ich terapii korekcyjnej [44].

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób metabolicznych [50], opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w 2017, można wskazać, że w 2014 r. w woj. mazowieckim odnotowano 663 hospitalizacje dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako otyłość (co stanowi 4,15% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy chorób metabolicznych). Liczba hospitalizacji wyniosła 67,10 na 100 tys. mieszkańców (co przekłada się na 4. wartość wśród województw w Polsce). Analogicznie, na podstawie MPZ w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego, odnotowano 294 hospitalizacji dzieci z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa (co stanowi 0,54% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy chorób układu kostno-mięśniowego). Liczba hospitalizacji wyniosła 29,76 na 100 tys. mieszkańców (co daje 7. wartość wśród województw w Polsce) [51].

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do wzięcia udziału w programie

Według danych GUS na dzień 31 grudnia 2016 r. województwo mazowieckie zamieszkiwało 5 356 838 osób. W tej grupie znajduje się 2 789 928 kobiet oraz 2 566 910 mężczyzn.

Program kierowany jest do dzieci uczęszczających do klas I-VI szkół podstawowych województwa mazowieckiego (od 6/7 do 11/12 r.ż.).

Tabela 1 przedstawia liczbę osób w wieku 4-12 lat zamieszkujących województwo mazowieckie na koniec 2016 r.

Tabela 1. Liczba mieszkańców województwa mazowieckiego w podziale na wiek (źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS)

Wiek	4	5	6	7	8	9	10	11	12	SUMA
Liczebność	58 845	60 873	62 965	63 053	60 684	57 437	54 550	52 024	50 136	520 567

Zakładając, że do klas I-VI szkół podstawowych uczęszczają tylko dzieci w wieku od 7 do 12 lat można oszacować, że w pierwszym roku trwania programu populacja bazowa będzie liczyć około 337 884 osób.

Dokonując tego samego założenia oraz po uwzględnieniu zastępowalności roczników starszych rocznikami młodszymi w latach 2018-2020 wielkość grupy spełniającej kryterium wieku to około 461 722 dzieci.

Przy założeniu, że około 22% populacji do ukończenia 18 r.ż. jest otyłe można zawęzić populację kwalifikującą się do interwencji z tego zakresu do około 101 579 osób.

Dane epidemiologiczne wskazujące, że około 17% populacji do ukończenia 18.r.ż. cierpi z powodu wad postawy oraz chorób kręgosłupa. Na tej podstawie można zawęzić populację kwalifikującą się do interwencji z tego zakresu do około 78 493 osób.

W zakresie działań informacyjno-edukacyjnych interwencje są również kierowane do rodziców/opiekunów uczestników programu. Nie są dostępne dane na temat liczebności tej grupy. Zgodnie z danymi ze Spisu Powszechnego 2011 w rodzinach niepełnych (tylko jeden rodzic/opiekun) wychowuje się 25% dzieci w wieku 0-17 lat. Zakładając zbliżony odsetek dla województwa mazowieckiego można oszacować liczbę rodziców dzieci w wieku 7-12 lat na około 591 297 osób (w oszacowaniu pominięto możliwość posiadania więcej niż jednego dziecka w wieku 7-12 lat).

Przy wyborze grupy docelowej wzięto pod uwagę, iż wyżej zdefiniowane problemy medyczne oraz ich konsekwencje zdrowotne, rozwojowe, społeczne i ekonomiczne stanowią szczególnie ważne wyzwanie dla samych dzieci, ich rodziców/opiekunów, samorządów, dla wychowawców i całej społeczności lokalnej.

Obok wskazanych powyżej bezpośrednich odbiorców wsparcia, beneficjent może fakultatywnie wesprzeć działaniami informacyjno-szkoleniowymi i informacyjno-edukacyjnymi inne grupy merytorycznie związane z tematyką RPZ np.:

1. Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego z podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną, dla pielęgniarek/higienistek szkolnych, w zakresie merytorycznym związanym z udzielanym wsparciem;
2. Działania informacyjno-edukacyjne dla osób z otoczenia dzieci uczestniczących w programie, w szczególności: personel szkolny (w tym nauczyciele), pracownicy OPS, PCPR.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Świadczenia gwarantowane w zakresie Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) 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 lat [14].

W walce z otyłością w Polsce duży wkład ma Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ). Do głównych zadań instytutu należy w szczególności szeroko zakrojona działalność naukowo-badawcza i edukacyjna w zakresie propagowania zasad racjonalnego żywienia oraz promocji zdrowego stylu życia. Działalność jednostki ma na celu zwiększenie wiedzy i stanu świadomości społecznej z zakresu produktów żywnościowych i zdrowego żywienia oraz zwalczanie chorób związanych z żywnością. Instytut analizuje również tendencje żywieniowe Polaków i wydaje zalecenia żywieniowe dla osób chorych i zdrowych. Instytucja realizuje Projekt „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”, który został inaugurowany w 2012 roku zaś był realizowany w latach 2011-2016 w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Projekt „Zachowaj równowagę”, który jest częścią wspólnych działań podejmowanych przez IŻŻ na rzecz promocji zdrowego stylu życia, skierowany jest

do kobiet ciężarnych i karmiących, dzieci i młodzieży, osób dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem osób z borykających się z nadwagą. Adresatami są również producenci żywności [14].

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 fizycznej [14].

Program może służyć do realizacji celu operacyjnego numer 1: *„Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa”* określonego w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Nadwaga i otyłość to gwałtownie narastający problem zdrowia publicznego. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z wadami postawy jest problemem złożonym. Wady powstałe z powodów określonych przyczyn, bądź wady o wysokim stopniu zaawansowania wymagają leczenia specjalistycznego, co wykracza poza sferę zainteresowań i obowiązków środowiska nauczania. Podstawowe zadania środowiska nauczania i wychowania polegają na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad oraz na kreowaniu prawidłowej postawy ciała. Wśród nauczycieli/opiekunów ważną rolę odgrywa dbanie o optymalny poziom wychowania fizycznego oraz motywację uczniów do aktywności fizycznej poza szkołą. Szczególnie ważny jest okres na początku edukacji szkolnej. Związane to jest ze zmianą trybu życia dziecka oraz przypadającym na ten okres pierwszym skokiem wzrostowym. Ważnym priorytetem krajów Unii Europejskiej jest wdrażanie programów walki z otyłością oraz zwiększeniu aktywności fizycznej wśród dzieci, gdyż dzięki tym programom można poprawić i wzmocnić prawidłowe zachowania zdrowotne oraz nawyki w okresie rozwoju ciała, co z kolei może zapobiec komplikacjom w przyszłości [13].

Ważną kwestią związaną z otyłością są powikłania, które mają duży wpływ na rozwój życia dziecka. Powikłania mogą być:

1. metaboliczne, czyli będące efektem stanu zapalnego w tkance tłuszczowej, dysfunkcji hormonalnej tkanki tłuszczowej, rozwoju w niej insulinooporności, a w konsekwencji niewydolności tkanki tłuszczowej jako magazynu energetycznego i ektopowego gromadzenia się tłuszczu w wątrobie i mięśniach, oraz powstania insulinooporności w tych tkankach,
2. niemetaboliczne, czyli spowodowane mechanicznymi konsekwencjami nadmiernego gromadzenia się tłuszczu trzewnego: refluks żołądkowo-przełykowy, przepuklina roztworu przełykowego, zaburzenia wentylacji płuc lub spowodowane nadmiernym obciążeniem i zaburzeniami postawy ciała: płaskostopie, zwłknięcia nasady kości udowej, skrzywienia kręgosłupa [15].

Postawa ciała rozwija się i doskonali przez wiele lat rozwoju osobniczego. Prawidłowo rozwinięty aparat ruchu i zawiadujący nim układ nerwowy są podłożem dla niezaburzonego rozwoju mechanizmu odruchu postawy. Warunki środowiskowe, w jakich rozwija się, wzrasta i ostatecznie kształtuje organizm człowieka mają istotny wpływ na indywidualny wzorzec postawy i zdolność utrzymania ciała w równowadze [20]. Przyczyny wad postawy są liczne. Poza przypadkami, w którym ich podłożem są wady wrodzone lub określone schorzenia, wady postawy rozwijają się zwykle bez uchwytnej przyczyny. Znaczącą rolę odgrywają czynniki takie, jak częste przyjmowanie nieprawidłowej postawy ciała, prowadzące z czasem do rozwoju i utrwalenia się nawyku nieprawidłowej postawy. Dodatkowo sprzyjać rozwojowi wad postawy może niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia, niewłaściwe pozycje przyjmowane podczas pracy oraz snu, ciężki tornister i niewłaściwe jego noszenie, nadwaga, siedzący tryb życia oraz ograniczanie aktywności fizycznej. W tych przypadkach nieprawidłowości są na początku czynnościowe i stosunkowo łatwe do usunięcia. Niestety długo lekceważony problem może za sobą nieść powikłania. Z czasem mogą pojawić się też trudne do usunięcia przykurcze, a w konsekwencji niemożliwe do usunięcia deformacje układu kostno-stawowego skutkujące poważnymi zaburzeniami zdrowia. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z tworzącymi się lub już rozwiniętymi wadami postawy jest problemem złożonym. Wady powstałe na określonym podłożu bądź o znacznym stopniu zaawansowania wymagają leczenia specjalistycznego. Ważna jest profilaktyka pierwszorzędowa, która polega na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad oraz na kreowaniu prawidłowej postawy ciała. Ponieważ zagrożenie powstaniem wady istnieje na każdym etapie życia dziecka, działania prewencyjne są niezbędne na każdym etapie jego rozwoju [13].

American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP) stwierdzają, że wczesne wykrycie i wdrożenie terapii u osób ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wymienione organizacje w swoim stanowisku z 2015 r. podają, że skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest zalecany. Dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Wytyczne

podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych w omawianym zakresie. Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie pn. Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w narzędziu nr 19 Policy paper [38]. Ponadto program jest zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [39].

3. Cele

a. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2021.

b. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2021.
2. Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2021.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego otyłości w latach 2018-2021.
4. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa w latach 2018-2021.
5. Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2021.
6. Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2021.

c. Oczekiwane efekty

1. Wzrost wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości.
2. Wzrost wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa.
3. Zmniejszenie masy ciała (mierzonej w kilogramach) o co najmniej 3% u więcej niż 25% uczestników modułu dotyczącym otyłości.
4. Poprawa stanu zdrowia u co najmniej 25% uczestników modułu w module dotyczącym chorób kręgosłupa polegająca np. na korekcji postawy, zmniejszeniu nasilenia choroby kręgosłupa, zatrzymaniu postępowania zmian chorobowych itp.
5. Wzrost poziomu wiedzy na temat przyczyn, skutków i terapii leczenia otyłości w populacji dzieci i ich rodziców/opiekunów uczestniczących w programie.
6. Wzrost poziomu wiedzy na temat przyczyn, skutków i terapii leczenia chorób kręgosłupa w populacji dzieci i ich rodziców/opiekunów biorących udział w programie.

d. Mierniki efektywności

1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:
 - 1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości,
 - 1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa.
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:
 - 2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości,
 - 2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa.
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne).
4. Liczba uczestników programu w tym:
 - 4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości,
 - 4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa.
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie w danym roku.
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program² w tym:
 - 6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości,
 - 6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa.
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:
 - 7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości,
 - 7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa.
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:
 - 8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:
 - 8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej,
 - 8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej,
 - 8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:
 - 8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej,
 - 8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej.
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:

² Za osobę, która ukończyła program rozumie się taką osobę, która otrzymała wszystkie świadczenia przewidziane w module, w którym uczestniczyła.

9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:

- 9.1.1. liczba badań początkowych,
- 9.1.2. liczba badań w środku interwencji,
- 9.1.3. liczba badań końcowych,
- 9.1.4. liczba innych badań,

9.2. liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:

- 9.2.1. liczba badań początkowych,
- 9.2.2. liczba badań w środku interwencji,
- 9.2.3. liczba badań końcowych,
- 9.2.4. liczba innych badań.

10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych³.

11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:

11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:

- 11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości,
- 11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości,

11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:

- 11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa,
- 11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa.

12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:

12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:

- 12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości,
- 12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości,

³ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącego otyłości.

- 12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:
- 12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa,
 - 12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa,
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w śródgu interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:
- 13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w śródgu interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości,
 - 13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w śródgu interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa,
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:
- 14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości,
 - 14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa.
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:
- 15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy,
 - 15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy.
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:
- 16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości,
 - 16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa.
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:
- 17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy,

17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy.

18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:

18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego w tym:

18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,

18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,

18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:

18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,

18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,

19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmienny, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego⁴.

20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmienny, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego⁵.

21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego⁶.

⁴ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącego otyłości.

⁵ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącego otyłości.

⁶ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącym chorób kręgosłupa.

22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego⁷.

23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:

23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie,

23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:

24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie,

24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

⁷ Jw.

4. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Głównym ograniczeniem wielkości populacji, której włączenie do programu jest możliwe stanowi budżet programu. W ramach drugiego naboru wniosków planowana kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów wynosić będzie 4 374 052 euro (18 862 000 zł)⁸, na lata 2018-2021. Kolejnym ograniczeniem jest koszt jednostkowy uczestnictwa w programie. Wynosi on kolejno: 5 568,00 zł w module dotyczącym otyłości oraz 6 114,00 zł w module dotyczącym chorób kręgosłupa.

Oszacowanie konkretnych wielkości poszczególnych populacji objętych wsparciem w ramach programu może mieć jedynie charakter szacunkowy ze względu na procedurę wyłonienia beneficjentów programu (zgodną z Ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020). W jej ramach potencjalni beneficjenci składają projekty, w których określają między innymi sposób realizacji programu (realizacja modułu dotyczącego otyłości lub chorób kręgosłupa lub łącznie obu modułów), liczbę osób, które mogą zostać objęte wsparciem oraz kosztorys zawierający wycenę poszczególnych interwencji.

Na potrzeby programu zostały założone 3 scenariusze:

1. realizowany jest tylko moduł dotyczący otyłości,
2. realizowany jest tylko moduł dotyczący chorób kręgosłupa,
3. realizowane są oba moduły na jednakowym poziomie pod względem liczby uczestników.

Szacunki dotyczące liczby uczestników w poszczególnych modułach oraz w różnych scenariuszach przedstawia poniższa tabela.

Tabela 2. Szacowana liczby uczestników w podziale na poszczególne moduły oraz w różnych scenariuszach (źródło: opracowanie własne)

Liczba uczestników	Scenariusz 1	Scenariusz 2	Scenariusz 3
Moduł dotyczący otyłości	3 387	0	1 693
Moduł dotyczący chorób kręgosłupa	0	3 085	1 542
SUMA	3 387	3 085	3 235

W ramach programu wsparcie otrzymają również rodzice. Ich liczba również będzie różnić się ze względu na obrany scenariusz. By oszacować liczbę tej grupy przyjęte zostały dwa założenia:

1. w rodzinach niepełnych wychowuje się 25% dzieci,

⁸Dokładna kwota zostanie wskazana w ogłoszeniu konkursowym oraz Regulaminie konkursu

2. pominięto możliwość posiadania więcej niż jednego dziecka w wieku 5-14 lat.

Szacunki dotyczące liczby rodziców, którzy mogliby otrzymać wsparcie w ramach programu w podziale na poszczególne moduły oraz w różnych scenariuszach przedstawia poniższa tabela.

Tabela 3. Szacowana liczba rodziców, którzy mogliby otrzymać wsparcie w ramach programu w podziale na poszczególne moduły oraz w różnych scenariuszach (źródło: opracowanie własne)

Liczba rodziców, którzy mogą otrzymać wsparcie w ramach programu	Scenariusz 1	Scenariusz 2	Scenariusz 3
Moduł dotyczący otyłości	5 928	0	2 963
Moduł dotyczący chorób kręgosłupa	0	5 399	2 699
SUMA	5 928	5 399	5 662

Z powyższych danych można wnioskować, że przy założonym budżecie oraz kosztach jednostkowych uczestnictwa w poszczególnych modułach w programie, będzie mogło uczestniczyć maksymalnie 3 387 uczestników oraz 5 928 rodziców/opiekunów.

Obok wskazanych powyżej bezpośrednich odbiorców wsparcia, beneficjent może fakultatywnie wesprzeć działaniami informacyjno-szkoleniowymi i informacyjno-edukacyjnymi inne grupy merytorycznie związane z tematyką RPZ, np.:

1. działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego z podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną, pielęgniarek/higienistek szkolnych, w zakresie merytorycznym związanym z udzielanym wsparciem,
2. działania informacyjno-edukacyjne dla osób z otoczenia pacjenta, w szczególności: personel szkolny (w tym nauczyciele), pracownicy OPS, PCPR.

b. Tryb zapraszania do programu

Podstawowym założeniem programu jest realizacja głównych celów wśród dzieci z województwa mazowieckiego, uzyskana dzięki szerokiej interwencji i wysokiej frekwencji. W celu ich realizacji zostaną przeprowadzone działania informacyjno-promocyjne skierowane do mieszkańców z populacji docelowej oraz ich rodziców/opiekunów, zachęcające do aktywnego udziału w programie. Mieszkańcy województwa mazowieckiego będą informowani o programie za pośrednictwem lokalnych mediów, stron internetowych jednostek samorządu terytorialnego, lokalnych forów internetowych oraz plakatów i ulotek. Rodzice/opiekunowie dzieci z grupy docelowej zostaną poinformowani o programie także poprzez placówki oświatowe, podmioty lecznicze, podmioty pomocy społecznej itp. Działania informacyjno-promocyjne są działaniem obligatoryjnym RPZ.

Sugerowanymi sposobami rozpowszechniania informacji o programie są:

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

Beneficjent może dodatkowo nawiązać współpracę m.in. z: poradniami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnymi poradniami specjalistycznymi (AOS) i innymi podmiotami leczniczymi, ośrodkami pomocy społecznej (OPS), miejskimi ośrodkami pomocy rodzinie (MOPR), powiatowymi centrami pomocy rodzinie (PCPR), organizacjami pozarządowymi i parafiami. Na podjęcie decyzji o przystąpieniu do programu będą miały wpływ m.in. prowadzone działania informacyjno-promocyjne, kampanie i akcje propagujące korzyści z prowadzenia świadczeń z zakresu wad postawy i otyłości. Informacje o realizacji programu można również przekazywać m.in. w ramach większych wydarzeń sportowych, rekreacyjnych i kulturalnych.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie zależy od beneficjenta.

5. Organizacja programu

Projekty złożone przez beneficjów będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w ramach naboru wniosków ogłoszonego przez Instytucję Zarządzającą Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. Zarząd Województwa Mazowieckiego.

Interwencje w ramach Programu mają być prowadzone zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* oraz *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* [46; 47].

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program został podzielony na 2 moduły: dotyczący otyłości oraz dotyczący chorób kręgosłupa. W każdym z modułów zostały zaplanowane działania edukacyjne i terapeutyczne. Beneficjenci mogą składać wnioski na jeden moduł dot. otyłości lub moduł dot. chorób kręgosłupa. W przypadku, gdy beneficjent chciałby złożyć wniosek na oba moduły, zobowiązany jest on do złożenia dwóch oddzielnych wniosków: jednego wniosku na moduł dot. otyłości oraz drugiego wniosku na moduł dot. chorób kręgosłupa. Okres wsparcia każdego uczestnika programu musi wynosić od 3 do 9 miesięcy. Poniżej przedstawiono działania obligatoryjne w poszczególnych modułach:

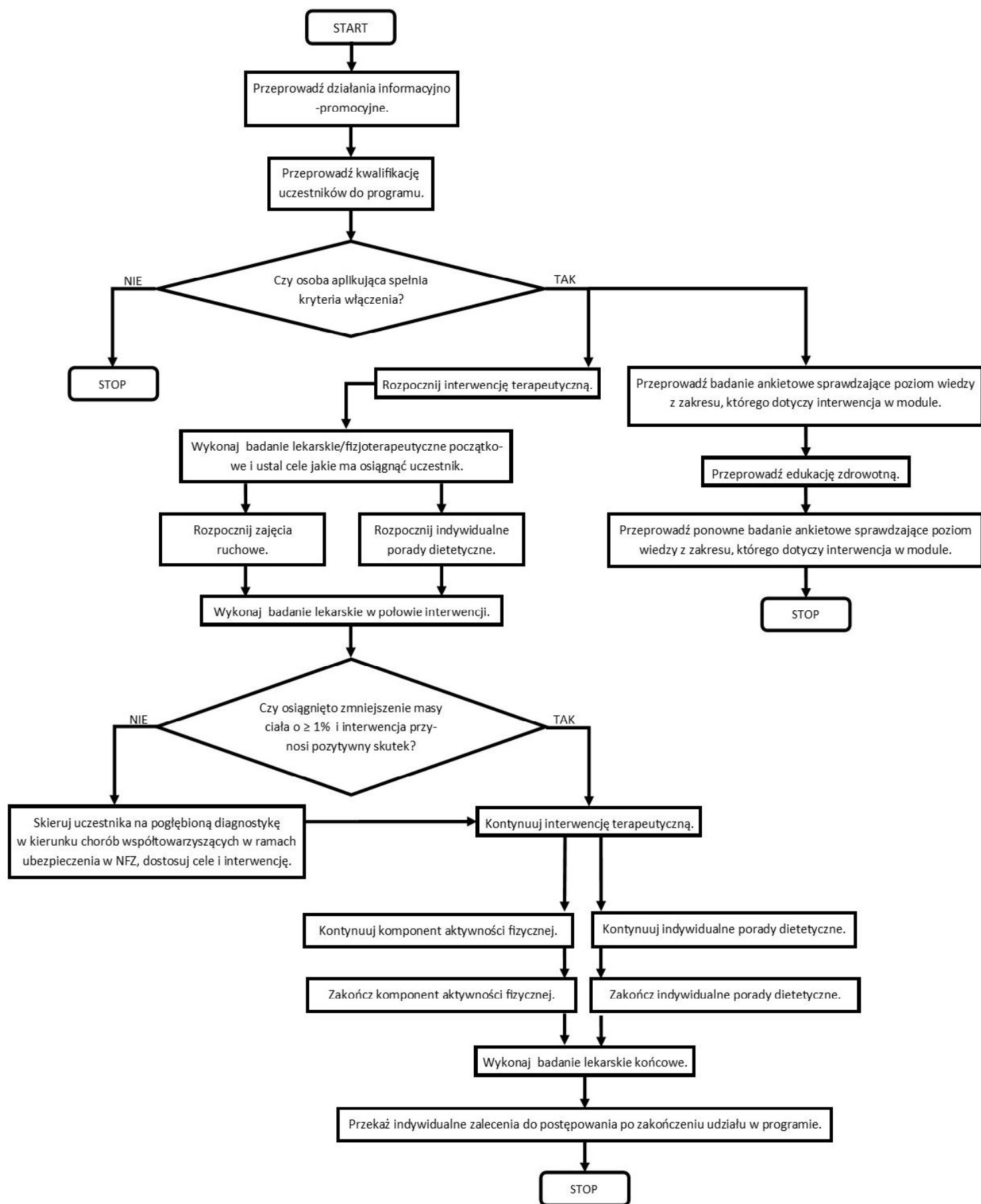
1. Moduł dotyczący otyłości:

- 1) działania informacyjno-promocyjne,
- 2) kwalifikacja uczestników,
- 3) działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu w tym:
 - a) badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module,
 - b) edukacja zdrowotna,
 - c) ponowne badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module,
- 4) interwencja terapeutyczna w tym:
 - a) zajęcia ruchowe (co najmniej 2 razy w tygodniu dla każdego uczestnika projektu),
 - b) indywidualne porady dietetyczne (co najmniej 5 dla każdego uczestnika projektu),
 - c) badania lekarskie: początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe,
- 5) monitoring i ewaluacja działań w ramach projektu.

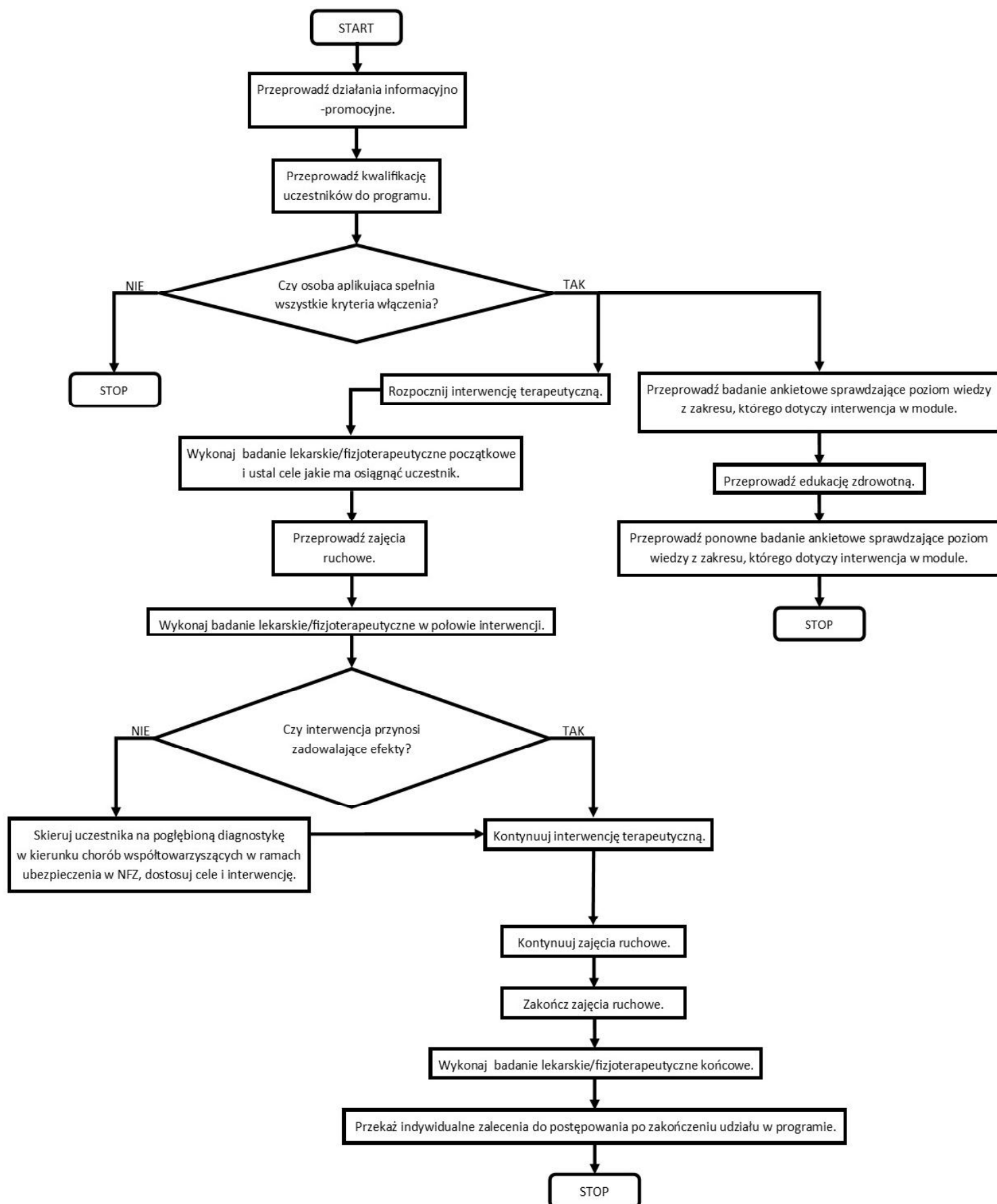
2. Moduł dotyczący chorób kręgosłupa:

- 1) działania informacyjno-promocyjne,
- 2) kwalifikacja uczestników,
- 3) działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu w tym:
 - a) badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module,
 - b) edukacja zdrowotna,
 - c) ponowne badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module,
- 4) interwencja terapeutyczna w tym:
 - a) zajęcia ruchowe (co najmniej 2 razy w tygodniu dla każdego uczestnika projektu),
 - b) badania lekarskie/fizjoterapeutyczne: początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe,
- 5) monitoring i ewaluacja działań w ramach projektu.

Poniżej przedstawiono schematy działań organizacyjnych programu w module dotyczącym otyłości oraz w module dotyczącym chorób kręgosłupa.



Rycina 9. Schemat działań organizacyjnych programu w module dotyczącym otyłości (źródło: opracowanie własne)



Rycina 10. Schemat działań organizacyjnych programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa (źródło: opracowanie własne)

Personel udzielający świadczeń w ramach programu powinien współpracować w celu osiągnięcia jak najlepszych indywidualnych efektów zdrowotnych u uczestników programu. Działania w poszczególnych modułach muszą być komplementarne i być nakierowane na osiągnięcie jak najlepszych efektów zdrowotnych.

Projekty realizujące program mogą zakończyć się w momencie wykonania badań lekarskich/fizjoterapeutycznych końcowych u ostatnich uczestników programu, natomiast beneficjent ma obowiązek przekazać do Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. Zarządu Województwa Mazowieckiego informacje wynikające z monitorowania wartości mierników efektywności o numerach od 18 do 24 zawartych w rozdziale 3. Cele, podrozdziale d. Mierniki efektywności.

Działania informacyjno-promocyjne

Szczegółowe wytyczne do przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych zostały przedstawione w rozdziale 4.b. *Tryb zapraszania do programu*.

Kwalifikacja uczestników do programu

Podczas kwalifikacji uczestników beneficjent musi zweryfikować, czy osoba zgłoszona do udziału w programie spełnia kryteria włączenia opisane w rozdziale 5. *Organizacja programu*, podrozdziale c. *Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/ do poszczególnych etapów programu*. Do programu mogą zostać zakwalifikowane tylko te osoby, które spełniają jednocześnie wszystkie kryteria włączenia. W późniejszych etapach interwencji beneficjent musi wykluczyć z udziału w programie uczestnika, u którego wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia. Kwalifikacja uczestników do programu przeprowadzana będzie na podstawie:

1. weryfikacji przedstawionej podczas kwalifikacji uczestników do programu dokumentacji medycznej stwierdzającej:
 - 1) otyłość w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego otyłości,
 - 2) chorobę kręgosłupa w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa,lub/i
2. kwalifikacji realizowanej przez beneficjenta, podczas, które zostanie stwierdzona:
 - 1) otyłość w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego otyłości,
 - 2) chorobę kręgosłupa w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa.

Weryfikacji kryteriów włączenia do programu o numerach od 1 do 4 oraz 7 może dokonać personel administracyjny lub personel medyczny. Kryteria o numerach od 1 do 4 można nazwać „kryteriami

formalnymi”. Kryterium nr 5 i 6 muszą być weryfikowane przez lekarza z aktualnym prawem wykonywania zawodu. W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dopuszczalne jest weryfikowanie kryteriów nr 5 i 6 przez fizjoterapeutę z aktualnym prawem wykonywania zawodu zamiast lekarza. Kryteria nr 5 i 6 można nazwać „kryteriami medycznymi”.

W ramach kwalifikacji realizowanej przez beneficjenta otyłość zostanie stwierdzona, kiedy wskaźnik BMI wynosie >97 centyli wg. aktualnych siatek centylowych badania OLA i OLAF przeprowadzonego przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.

W ramach kwalifikacji realizowanej przez beneficjenta choroba kręgosłupa zostanie stwierdzona na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego. W razie wątpliwości można skierować osobę aplikującą na dodatkowe badania w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Sugeruje się, żeby weryfikacja kryteriów włączenie do programu następowała w kolejności podanej w programie. Może to pomóc wychwycić osoby, które nie kwalifikują się do udziału w programie przed kontaktem z lekarzem lub fizjoterapeutą, weryfikującym spełnienie kryterium nr 5 i 6.

W momencie kiedy w ramach kwalifikacji prowadzonej przez beneficjenta stwierdzono medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu lekarz/fizjoterapeuta ma obowiązek wskazać sugerowaną dalszą ścieżkę postępowania w celu podjęcia leczenia wykrytych/podejrzewanych schorzeń w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej.

Jeśli osoba aplikująca nie spełni jednego z kryteriów włączenia do programu, kwalifikacja może zostać przerwana bez weryfikacji dalszych kryteriów.

Beneficjent wskazuje osobę upoważnioną do zakończenia kwalifikacji uczestników do programu. Ze względów praktycznych sugeruje się, żeby był to ten sam lekarz lub fizjoterapeuta, który weryfikuje spełnienie kryterium nr 5 i 6.

Działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu

Działania informacyjno-edukacyjne składają się z:

1. badania ankietowego sprawdzającego poziom wiedzy z zakresu⁹, którego dotyczy interwencja w danym module,
2. edukacji zdrowotnej,
3. ponownego badania ankietowego sprawdzającego poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module.

⁹ Szczegółowe wytyczne co do zakresów, na których musi się skupić beneficjent podane są w dalszej części tego rozdziału.

Celem tych działań jest:

1. sprawdzenie początkowego poziomu wiedzy uczestników z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module,
2. przekazanie wiedzy dzięki, której osoby z grup otrzymujących wsparcie będą w stanie utrzymać bądź poprawić stan swojego zdrowia w zakresie tematyki modułu, w którym uczestniczą,
3. sprawdzenie końcowego poziomu wiedzy uczestników z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module.

Podczas działań informacyjno-edukacyjnych beneficjent musi skupić się na następujących zakresach:

1. w przypadku modułu dotyczącego otyłości:
 - 1) przekazaniu wiedzy z zakresu:
 - a) zachowań prozdrowotnych związanych merytorycznie z modułem dotyczącym otyłości,
 - b) wpływu żywienia na zdrowie, a w szczególności skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia oraz nieprawidłowej masy ciała,
 - c) jakości i bezpieczeństwa żywności oraz sposobów oceny stanu odżywiania,
 - d) sposobów wspierania działań z zakresu żywienia innymi działaniami (np. aktywnością ruchową),
 - 2) budowaniu umiejętności z zakresu:
 - a) przygotowywania zbilansowanych posiłków,
 - b) prawidłowego żywienia w dłuższych okresach czasu,
2. w ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa:
 - 1) przekazaniu wiedzy z zakresu:
 - a) zachowań prozdrowotnych związanych merytorycznie z modułem dotyczącym chorób kręgosłupa,
 - b) ergonomii pracy i życia codziennego (w szczególności prawidłowej postawy ciała oraz prawidłowego podnoszenia, noszenia i pakowania plecaka/tornistra),
 - c) prostych ćwiczeń fizycznych, które osoby z grupy docelowej mogą wykonywać we własnym zakresie w celu utrzymania lub poprawienia stanu zdrowia,
 - 2) budowaniu umiejętności z zakresu:
 - a) aktywności fizycznej związanej merytorycznie z modułem dotyczącym chorób kręgosłupa,
 - b) innych zachowań prozdrowotnych związanych merytorycznie z modułem dotyczącym chorób kręgosłupa, a w szczególności unikaniu ryzykownych zachowań np. sprzyjających urazom.

Beneficjent może rozszerzyć zakres działań informacyjno-edukacyjnych.

Działania informacyjno-edukacyjne przeznaczone są dla uczestników programu oraz ich rodziców/opiekunów. Weryfikacja statusu rodzica/opiekuna będzie odbywała się na podstawie podpisanego wcześniej druku świadomej zgody na udział w programie zgodnego z Załącznikiem d. Druk świadomej zgody może zostać podpisany przez dwóch rodziców/opiekunów. Beneficjent ma obowiązek poinformować o tym fakcie osobę składającą druk świadomej zgody na udział w programie.

Beneficjent przedstawi kwestionariusz ankietowy, którym będzie badał wiedzę uczestników programu z przedstawionych zakresów, przed podpisaniem umowy na dofinansowanie projektu, po pozytywnej ocenie formalnej i merytorycznej. Kwestionariusz musi być przystosowany do wieku i możliwości uczestników. Zaleca się żeby:

1. stworzyć osobny kwestionariusz dla uczestników i osobny dla rodziców/opiekunów,
2. wypełnienie kwestionariusza nie zajmowało więcej niż 10 minut,
3. w przypadku młodszych dzieci kwestionariusz powinien być czytany i wypełniany przez ankietera¹⁰.

W ramach ponownego badania ankietowego sprawdzającego poziom wiedzy zostanie użyte to samo narzędzie co przy początkowym badaniu poziomu wiedzy. Zostanie ono wykonane po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej. O wzroście poziomu wiedzy świadczy wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną w ponownym badaniu wiedzy.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek, dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu ich maksymalne zainteresowanie i aktywizowanie. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta.

Obok wskazanych powyżej działań informacyjno-edukacyjnych beneficjent może fakultatywnie wesprzeć działaniami informacyjno-szkoleniowymi i informacyjno-edukacyjnymi inne grupy merytorycznie związane z tematyką RPZ, np.:

1. działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego z podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną, pielęgniarek/higienistek szkolnych, w zakresie merytorycznym związanym z udzielanym wsparciem;
2. działania informacyjno-edukacyjne dla osób z otoczenia pacjenta, w szczególności: personel szkolny (w tym nauczyciele), pracownicy OPS, PCPR.

Działania informacyjno-edukacyjne oraz informacyjno-szkoleniowe, muszą być prowadzone na zasadach określonych w Wytycznych horyzontalnych w obszarze zdrowia [46]. W zakresie omawianych

¹⁰ Ankieterem może być osoba przeprowadzająca edukację zdrowotną.

działań najważniejszym wymogiem są kompetencje osób przeprowadzających te działania. Muszą być one prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Forma, miejsce oraz liczba działań informacyjno-edukacyjnych oraz informacyjno-szkoleniowych zostanie wskazana przez beneficjenta na etapie składania wniosku o dofinansowanie projektu realizującego program.

Wiedza przekazywana uczestnikowi podczas działań informacyjno-edukacyjnych oraz informacyjno-szkoleniowych musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.

Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego otyłości

Interwencja terapeutyczna składa się z:

1. zajęć ruchowych (co najmniej 2 razy w tygodniu): mają one na celu zapoznanie uczestników z rodzajami ćwiczeń, które pozwalają zmniejszyć masę ciała oraz rozwinąć potrzebę podejmowania aktywności fizycznej. Powinny być one realizowane poprzez umiejętny dobór ćwiczeń, umożliwiających kontrolę masy ciała oraz zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej oraz przeprowadzenie zajęć przy ich użyciu. Prowadzący powinni wybrać odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak, aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane przez uczestników w warunkach środowiska domowego. Rekomendowane są zajęcia ogólnousprawniające np. na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu oraz ćwiczenia aerobowe połączone z ćwiczeniami oporowymi. Formy aktywności fizycznej powinny zostać dobrane zgodnie z preferencjami i możliwościami uczestników. Warto by zajęcia były przeprowadzone w grupach o podobnych możliwościach fizycznych oraz wśród osób w zbliżonym wieku. Ponadto istotnym elementem prowadzonych działań może być zachęcenie uczestników do aktywności fizycznej, która na stałe wpisze się w zakres codziennej aktywności życiowej, tj. jazda na rowerze, szybki chód, nadzorowane programy ćwiczeń. Zalecane będzie promowanie ograniczenia biernych aktywności, przede wszystkim oglądania telewizji i korzystania z komputera. Interwencja może być realizowana w formie zajęć grupowych lub indywidualnych. Uczestnik musi otrzymać świadczenia w ramach komponentu aktywności fizycznej co najmniej 2 razy w tygodniu przez cały okres uczestniczenia w projekcie. To działanie musi wykonywać fizjoterapeuta lub wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną,
2. indywidualnych porad dietetycznych (co najmniej 5 dla każdego uczestnika projektu): ich głównym celem jest ocenie i omówienie dotychczasowego sposobu odżywiania, wskazanie popełnianych błędów i nauka ich eliminowania. Na podstawie szczegółowego wywiadu żywieniowego i zdrowotnego

(z uwzględnieniem upodobań kulinarnych i stylu życia) zostaną opracowane zalecenia żywieniowe dopasowane do uczestnika programu. Porady dietetyczne powinny się odbywać nie rzadziej niż raz w miesiącu i trwać nie krócej niż 30 minut. W efekcie tego działania uczestnik musi otrzymać wskazania dietetyczne. Rodzic/opiekun musi otrzymać kopię wskazań dietetycznych dla jego dziecka. Minimalna łączna liczba spotkań w ramach indywidualnych porad dietetycznych dla każdego uczestnika to 5. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta i będzie oceniany w trakcie konkursu. Wskazane jest uczestnictwo rodzica/opiekuna w indywidualnych poradach dietetycznych. To działanie musi wykonywać licencjonowany dietetyk¹¹,

3. badań lekarskich początkowych, w połowie interwencji oraz końcowych: W ramach programu przewidziane są minimalnie 3 badania lekarskie. Beneficjent może połączyć badania lekarskie początkowe z kwalifikacją do programu. Badania lekarskie musi wykonywać lekarz z aktualnym prawem wykonywania zawodu. W trakcie badania początkowego lekarz przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. W ramach badania początkowego konieczne jest zmierzenie masy ciała uczestnika w kilogramach. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań. W przypadku gdy podczas badania lekarskiego w połowie interwencji uczestnik nie osiągnie zmniejszenia masy ciała, mierzonej w kilogramach, o 1% w stosunku do tej odnotowanej podczas badań początkowych lekarz powinien skierować uczestnika na pogłębioną diagnostykę w kierunku chorób współtowarzyszących w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) w kierunku chorób współtowarzyszących w ramach ubezpieczenia w NFZ. W razie konieczności interwencja oraz cele jakie ma osiągnąć uczestnik powinny zostać dostosowane do możliwości oraz stanu zdrowia uczestnika programu. Badanie końcowe ma za zadanie: sprawdzić, czy zostały osiągnięte założone cele; czy nastąpiło zmniejszenie masy ciała uczestnika, mierzonej w kilogramach, o co najmniej 3%; oraz przekazać indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Indywidualne zalecenia muszą być efektem pracy specjalistów udzielających interwencji w ramach programu. Sugeruje się, żeby indywidualne zalecenia miałyby formę pisemną. Przy badaniu końcowym beneficjent musi poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że Program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Będą one dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu oraz stosowania się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

¹¹ Osoba, która posiada ukończone studia I lub II stopnia na kierunku dietetyka.

Powyżej opisane działania muszą być komplementarne. Ich głównym celem jest uzyskanie i utrzymanie prawidłowej masy ciała w dłuższym okresie czasu. Wszystkie osoby z nadmierną masą ciała będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych, przy czym wskazana jest aktywność fizyczna co najmniej 2 razy w tygodniu. Zaleca się, aby w każdym projekcie znalazł się komponent psychologiczny, w którego skład wchodziłby zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Warto przewidzieć organizowanie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w projekcie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów np. wspólne gry i zabawy, które uatrakcyjnią dzieciom udział w projekcie. Mogą one być prowadzone przez psychiatrę, psychologa lub terapeutę (w tym behawioralnego). Rodzice/opiekunowie powinni brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci, w tym dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznych.

Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego chorób kręgosłupa

Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego chorób kręgosłupa składa się z:

1. zajęć ruchowych (co najmniej 2 razy w tygodniu): celem podejmowanych w tym zakresie działań jest poprawa lub zahamowanie pogłębiania się występowania schorzeń kręgosłupa oraz dążenie do prawidłowej postawy ciała i jej utrzymanie w dłuższym okresie czasu. Dodatkowo uczestnicy zostaną zapoznani z ćwiczeniami, które pozwalają na (co najmniej) zahamowanie pogłębiania się występowania schorzeń kręgosłupa. Żeby realizować te cele beneficjent musi przeprowadzić zajęcia ruchowe dla uczestników programu. Uczestnik musi otrzymać świadczenia w ramach zajęć ruchowych co najmniej 2 razy w tygodniu przez cały okres uczestniczenia w projekcie. Zajęcia ruchowe mogą być prowadzone w formie: gimnastyki korekcyjnej, zabiegów fizykalnych, masaży, kinezyterapii, terapii manualnych, technik specjalnych. Będą one realizowane poprzez umiemytny dobór ćwiczeń, umożliwiających poprawę lub zachowanie organizmu w dobrej kondycji fizycznej. Ćwiczenia mogą odbywać się grupowo oraz indywidualnie w zależności o stanu zdrowia uczestnika. Prowadzący wybiorą odpowiednie zestawy ćwiczeń, tak aby mogły być one realizowane zarówno na sali ćwiczeń, jak również kontynuowane w warunkach domowych. Zajęcia ruchowe muszą być ściśle powiązane z badaniami lekarskimi/fizjoterapeutycznymi na początku, w trakcie oraz na końcu interwencji. Rekomendowane będą zajęcia rekreacyjno-sportowe posiadające ciekawą oprawę i charakter oraz będą dostosowane do potrzeb odbiorcy w danym wieku oraz jego poziomu sprawności. Aby wzmocnić atrakcyjność tych 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. Należy zaznaczyć, że aktywność fizyczna skierowana do dzieci w ich czasie wolnym, powinna być prowadzona w sposób atrakcyjny, w formie zabawy i dostosowanej do danej

grupy wiekowej. Wybór odpowiedniej formy, czasu i miejsca realizacji tego etapu zależy od możliwości organizacyjnych, kadrowych i logistycznych beneficjenta. Ze względu na grupę docelową interwencje mogą odbywać się na terenie placówek edukacyjnych lub w innych miejscach spełniających odpowiednie wymogi sanitarne w godzinach dostosowanych do możliwości uczestników. Wszystkie osoby z chorobą kręgosłupa będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych w środowisku domowym. Beneficjenci zapewnią kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń,

2. badań lekarskich/fizjoterapeutycznych początkowych, w połowie interwencji oraz końcowych: w ramach programu przewidziane są minimalnie 3 badania lekarskie/fizjoterapeutyczne. Beneficjent może połączyć badania lekarskie/fizjoterapeutyczne początkowe z kwalifikacją do programu. Badania lekarskie/fizjoterapeutyczne musi wykonywać:

- 1) lekarz z aktualnym prawem wykonywania ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologia narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej, albo
- 2) fizjoterapeuta z aktualnym prawem wykonywania zawodu.

W trakcie badania początkowego lekarz/fizjoterapeuta przeprowadzi wywiad, odpowiednie badania przedmiotowe i podmiotowe oraz ustali cel, który powinien osiągnąć uczestnik programu. W ramach badania początkowego musi zostać określona sprawność fizyczna rozumiana jako zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego. Może ona być oceniana na przykład na podstawie wskaźników siły zacisku dłoni, prędkości chodu, czasu wstawania z krzesła, czasu zachowywania równowagi w pozycji stojącej itp. Beneficjent na etapie składania projektu określi metodę jaką będzie oceniał sprawność fizyczną uczestnika wraz z podaniem uzasadnienia w postaci odpowiednich źródeł z literatury specjalistycznej. Kolejne spotkania mają za zadanie zweryfikować efektywność prowadzonych w ramach programu działań. Jeśli w trakcie badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w połowie interwencji okaże się, że prowadzone działania nie przynoszą zadowalających efektów to uczestnik powinien zostać skierowany na pogłębioną diagnostykę w kierunku chorób współtowarzyszących w ramach ubezpieczenia w NFZ. W razie konieczności interwencja oraz cele jakie ma osiągnąć uczestnik powinny zostać dostosowane do możliwości oraz stanu zdrowia uczestnika programu. Badanie końcowe ma za zadanie: sprawdzić, czy zostały osiągnięte założone cele; czy nastąpiła poprawa sprawności fizycznej uczestnika w stosunku do badania początkowego; oraz przekazać indywidualne zalecenia do postępowania po zakończeniu udziału w programie. Indywidualne zalecenia muszą być efektem pracy specjalistów udzielających interwencji w ramach programu. Sugeruje się, żeby indywidualne zalecenia miałyby formę pisemną. Przy badaniu końcowym beneficjent musi poinformować uczestnika programu lub/i jego opiekuna, że Program zakłada zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania. Będą one dotyczyć stanu zdrowia

względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego (czy się utrzymał bądź poprawił) oraz stosowania się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

Powyżej opisane działania muszą być komplementarne. Ich głównym celem jest zachowanie bądź poprawa stanu zdrowia w dłuższym okresie czasu. Wszystkie osoby z chorobami kręgosłupa będą zachęcane do podejmowania regularnych ćwiczeń fizycznych, przy czym wskazana jest aktywność fizyczna co najmniej 2 razy w tygodniu. Zaleca się, aby w każdym projekcie znalazł się komponent psychologiczny, w którego skład wchodziłyby zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Warto przewidzieć organizowanie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w projekcie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów np. wspólne gry i zabawy, które uatrakcyjnią dzieciom udział w projekcie. Mogą one być prowadzone przez psychiatrę, psychologa lub terapeutę (w tym behawioralnego). Rodzice/opiekunowie powinni brać udział w zmianie postaw prozdrowotnych swoich dzieci i aktywności fizycznych.

Monitoring i ewaluacja działań w ramach projektu

Szczegóły dotyczące monitoringu i ewaluacji opisane są w rozdziale 7. *Monitoring i ewaluacja*.

b. Planowane interwencje

Program zakłada dwa typy interwencji: edukacyjną i terapeutyczną. Szczegóły ich dotyczące zawiera rozdział 5. *Organizacja programu*, podrozdział a. *Części składowe, etapy i działania organizacyjne* w częściach:

1. *Działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu.*
2. *Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego otyłości.*
3. *Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego chorób kręgosłupa.*

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/ do poszczególnych etapów programu

Kryteriami włączenia do programu:

1. Przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu wypełnionego druku świadomej zgody na udział w programie zgodnego z Załącznikiem c.
2. Przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu podpisanego oświadczenia¹², że dziecko wymienione w świadomej zgodzie na udział w programie nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

¹² Treść oświadczenia znajduje się w druku świadomej zgody na uczestnictwo w programie (Załącznik c.).

oraz nie bierze i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

3. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji musi być uczniem klas I-VI szkoły podstawowej.
4. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego.
5. Potwierdzona u uczestnika otyłość w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego otyłości lub potwierdzona u uczestnika choroba kręgosłupa w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa. Weryfikacja tych kryterium nastąpi na podstawie:
 - 1) weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej potwierdzającej otyłość lub chorób kręgosłupa uczestnika lub/i
 - 2) badania podczas kwalifikacji uczestników.
6. U uczestnika programu w momencie aplikowania nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu.
7. W przypadku grupy, która dodatkowo otrzyma wsparcie w ramach programu tj. rodziców/opiekunów, konieczne będzie potwierdzenie statusu rodzica/opiekuna dziecka zakwalifikowanego do programu.

Do programu będą mogły zostać włączone tylko osoby, które spełniły jednocześnie wszystkie kryteria włączenia do programu.

Kryteria wyłączenia z programu:

1. Przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu zgodnej z Załącznikiem d.
2. Nieusprawiedliwiona absencja na 5 spotkaniach w ramach programu¹³.

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

W przypadku gdy rodzic/opiekun uczestnika programu złoży pisemną rezygnację z udziału dziecka w dalszych działaniach programu beneficjent zobligowany jest poinformować rodzica/opiekuna o skutkach takiego postępowania (np. brak osiągnięcia określonego poziomu sprawności fizycznej czy właściwej masy ciała).

¹³ Beneficjent uzna za usprawiedliwioną nieobecność kiedy będzie ona wynikała: ze stanu zdrowia uczestnika tymczasowo uniemożliwiającego uczestniczenie w działaniach w ramach programu popartego dokumentacją medyczną, bądź ze zdarzenia losowego o szczególnym znaczeniu - do oceny przez beneficjenta).

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

1. Beneficjent będzie wykonywał działania w ramach programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
2. Beneficjent zapewni uczestnikowi najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie programu.
3. Personel udzielający świadczeń w ramach programu powinien współpracować ze sobą w celu osiągnięcia jak najlepszych indywidualnych efektów zdrowotnych u uczestników RPZ.
4. Działania w poszczególnych modułach muszą być komplementarne i być nakierowane na osiągnięcie jak najlepszych efektów zdrowotnych
5. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne muszą być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującym prawem.
6. Świadczenia w ramach programu są udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
7. Udział w programie jest dobrowolny.
8. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń.
9. Do programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
10. Uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki beneficjent zadeklarował na etapie konkursu na realizację programu.
11. Świadczenia programu będą przerywane, a uczestnik zakończy udział w programie w przypadku kiedy zaistnieje co najmniej jedno kryterium wyłączenia.
12. W przypadku wyłączenia uczestnika z programu beneficjent otrzyma wynagrodzenie za realnie udzielone świadczenia wycenione zgodnie z ofertą złożoną na etapie konkursu na realizację programu
13. Świadczenia w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa [31;34].
14. Do udzielania świadczeń w ramach programu zostaną użyte wyroby medyczne oraz środki lecznicze dopuszczone do użytku na terenie Polski oraz Unii Europejskiej.
15. Sprzęt stosowany w programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty.
16. Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego beneficjenta.
17. Uczestnicy programu będą poinformowani o źródłach finansowania programu.
18. Dopuszczalne jest jednokrotne uczestnictwo w programie.
19. Dopuszczalne jest uczestnictwo tylko w jednym module programu.

20. Dziecko wymienione w świadomej zgodzie na udział w programie nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.
21. Decyzja, do którego modułu będzie aplikować dziecko należy do rodzica/opiekuna.
22. W przypadku gdy beneficjent realizuje program w ramach modułu dotyczącego otyłości i chorób kręgosłupa, a u osoby aplikującej w ramach prowadzonej kwalifikacji zostanie stwierdzona otyłość i choroba kręgosłupa decyzję o wyborze modułu, do którego będzie aplikować dziecko podejmuje rodzic po konsultacji z lekarzem/fizjoterapeutą prowadzącym tą kwalifikację.
23. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa [34].
24. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [29;35].

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego, powinna być wykonywana u dzieci w ramach testów przesiewowych prowadzonych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Poniżej przedstawiono zakres testów przesiewowych wykonywanych w szkołach, opisanych w załączniku nr 4 ww. Obwieszczenia:

Tabela 4. Warunki realizacji testów przesiewowych przez pielęgniarki i higienistki szkolne (źródło: Załącznik nr 4 Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86))

Lp.	WIEK LUB ETAP EDUKACJI	TESTY PRZESIEWOWE
1	Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne (w wyniku niewykonania badania w terminie testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej)	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; - w kierunku zeza (<i>Cover test</i>, <i>test Hirschberga</i>); - ostrości wzroku; - sluchu (badanie orientacyjne szeptem); - ciśnienia tętniczego krwi. - Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała. - Orientacyjne wykrywanie wad wymowy.
2	Klasa III szkoły podstawowej	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa; - ostrości wzroku; - widzenia barw; - ciśnienia tętniczego krwi.
3	Klasa V szkoły podstawowej	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa; - ostrości wzroku; - widzenia barw; - ciśnienia tętniczego krwi.
4	Klasa I gimnazjum	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej; - ostrości wzroku; - sluchu (badanie orientacyjne szeptem); - ciśnienia tętniczego krwi.
5	Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej; - ostrości wzroku; - ciśnienia tętniczego krwi.
6	Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19. roku życia	- Test do wykrywania zaburzeń: - rozwoju fizycznego - pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (<i>Body Mass Index</i> - BMI); - ostrości wzroku; - ciśnienia tętniczego krwi.

Zaznaczyć należy, że niniejszy program uzupełnia wymieniony w ww. Obwieszczeniu zakres badań przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwoju fizycznego o świadczenia wśród uczniów klas II, IV i VI szkół podstawowych.

f. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy regionalny program zdrowotny dotyczy problemów, które nie są objęte 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 wchodzi w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu; przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy; 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.

Należy podkreślić, że zakres merytoryczny oraz organizacyjny niniejszego RPZ oparty jest na aktualnych podstawach naukowych.

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

1. zaistnieje jedno z kryteriów wyłączenia,
2. zostaną mu udzielone wszystkie świadczenia przewidziane w programie.

Należy zaznaczyć, że jednym z kryteriów wyłączenia jest: „*przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału dziecka w dalszych działaniach programu zgodnej z Załącznikiem d.*”. Rodzic/opiekun uczestnika programu ma możliwość złożenia rezygnacji z udziału w programie na każdym etapie jego realizacji.

Uczestnicy będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszej diagnostyki i/lub terapii.

h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Poniżej przedstawiono argumenty świadczące o bezpieczeństwie planowanych interwencji:

1. Zgodnie z opiniami ekspertów, zarówno programy edukacyjne jak i profilaktyka i leczenie otyłości w ramach ocenianych interwencji są bezpieczne dla pacjentów.
2. Otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa. Zasadnym jest łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.

3. Beneficjentem/realizatorem może być jedynie podmiot wykonujący działalność leczniczą lub wnioskodawca, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Przed rozpoczęciem udzielania świadczeń przeprowadzana będzie kwalifikacja, podczas której lekarz z aktualnym prawem wykonywania zawodu stwierdzi czy nie występują medyczne przeciwwskazania do świadczeń udzielanych podczas realizacji programu. W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dopuszczalne jest przeprowadzenie kwalifikacji uczestników przez fizjoterapeutę z aktualnym prawem wykonywania zawodu.
5. Świadczenia w ramach programu muszą być realizowane w pomieszczeniach spełniających wszelkie wymagania określone w obowiązującym prawie.
6. Świadczeń będzie udzielał personel z odpowiednimi kwalifikacjami określonymi obowiązującym prawem, zapisami programu oraz wytycznymi dotyczącymi procedowania projektów dofinansowywanych przez Unię Europejską.
7. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne muszą być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującym prawem.
8. Dokumentacja zgromadzona podczas trwania programu musi być chroniona na zasadach ochrony dokumentacji medycznej zgodnych z obowiązującym prawem.
9. Dane osobowe zebrane w trakcie realizacji RPZ nie będą udostępniane osobom trzecim a ich administratorem będzie beneficjent programu.
10. Interwencje zaplanowane w programie nie stanowią zagrożenia dla zdrowia uczestnika.
11. Interwencje zaplanowane w programie znajdują swoje odzwierciedlenie w wytycznych polskich oraz międzynarodowych towarzystwach naukowych.
12. Do udzielania świadczeń w ramach programu muszą zostać użyte wyroby medyczne oraz środki lecznicze dopuszczone do użytku na terenie Polski oraz Unii Europejskiej.
13. Edukacja zdrowotna przewidziana w programie musi być prowadzona przez personel charakteryzujący się odpowiednim wykształceniem oraz wiedzą.
14. Wiedza przekazywana uczestnikowi przez beneficjenta będzie opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.

i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

1. Beneficjentem realizującym program może zostać jedynie podmiot wykonujący działalność leczniczą lub wnioskodawca, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, realizujący/realizujące interwencje zaplanowane

w programie, wybrany podczas naboru wniosków, zgodnie z ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

2. Beneficjenci realizujący program będą dysponowali sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji, warunkującym uzyskanie założonych celów i wskaźników programu.

3. Beneficjent musi dysponować wymaganą kadrą do realizacji zadań przewidzianych w programie. Program przewiduje działania, które powinien przeprowadzać personel o określonych kompetencjach. Należą do nich:

1) działania informacyjno-edukacyjne: osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

2) działania informacyjno-szkoleniowe: osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

3) kwalifikacja uczestników:

- Weryfikacji kryteriów włączenia do programu o nr od 1 do 4 oraz 7 może dokonać personel administracyjny lub personel medyczny;
- Weryfikacji kryterium włączenia do programu nr 5 i 6 musi dokonać lekarz z aktualnym prawem wykonywania zawodu. W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dopuszczalne jest weryfikowanie kryteriów nr 5 i 6 przez fizjoterapeutę z aktualnym prawem wykonywania zawodu zamiast lekarza.

b) Interwencja terapeutyczna w zakresie modułu dotyczącego otyłości:

- komponent aktywności fizycznej: fizjoterapeuta lub wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną,
- indywidualne porady dietetyczne: licencjonowany dietetyk¹⁴,
- badania lekarskie początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe: lekarz z aktualnym prawem wykonywania zawodu;

4) w przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa:

- a) komponent aktywności fizycznej: fizjoterapeuta lub wykwalifikowany personel zajmujący się aktywnością fizyczną,
- b) badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe: lekarz z aktualnym prawem wykonywania ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji z ortopedii

¹⁴ Osoba, która posiada ukończone studia I lub II stopnia na kierunku dietetyka.

i traumatologia narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej, albo fizjoterapeuta z aktualnym prawem wykonywania zawodu,

5) kompetencje kadry zatrudnionej przy innych działaniach założonych w programie zależą od beneficjenta i obowiązujących przepisów prawa.

4. Interwencje zaplanowane w ramach programu będą miały miejsce w budynkach i pomieszczeniach spełniających aktualne przepisy prawa [34;32].

j. Dowody skuteczności planowanych działań

Opinie ekspertów klinicznych

„Trzeba o tym ciągle głośno mówić. Nadwaga i otyłość są obecnie największym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w Polsce i na świecie. Wciąż nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że otyłość jest główną przyczyną takich chorób przewlekłych, jak: cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia (udar mózgu, nadciśnienie tętnicze), nowotwory złośliwe (rak jelita grubego i inne), kamica żółciowa, niealkoholowe stłuszczenie wątroby, zaburzenia hormonalne (zespół policyklicznych jajników), zmiany zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego czy nocny bezdech” – mówi prof. Mirosław Jarosz, dyrektor IŻŻ [21].

„Otyłość ma bardzo szeroki i dewastujący wpływ na nasze zdrowie. Dlatego trzeba wykorzystywać każdą nadarzającą się okazję do edukowania społeczeństwa na temat jej skutków. Zwłaszcza, że liczba osób z nadwagą i otyłością w Polsce systematycznie rośnie. Coraz więcej mamy w szpitalach pacjentów z otyłością olbrzymią, co stanowi bardzo duże obciążenie diagnostyczne, terapeutyczne i ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia. Aby zapobiec katastrofie i skrócić kolejki w służbie zdrowia, musimy zrobić w Polsce wszystko, co tylko się da, aby zahamować epidemię otyłości, zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży” – mówi prof. Mirosław Jarosz [21; 23].

„Kształtowanie postawy ciała u dziecka jest procesem uzależnionym od wielu czynników, z których najważniejszymi są prawidłowa aktywność ruchowa i genetycznie uwarunkowana budowa ciała. Na formowanie postawy wpływają zaś ujemnie: nieprawidłowe odżywianie, czynniki chorobowe i środowiskowe, w tym nadmierne obciążenie noszonymi przez uczniów tornistrami lub plecakami”- mówi Rzecznik Janusz Kochanowski [22].

Dla zachowania zdrowej postawy uczniowie powinni wykonywać ćwiczenia fizyczne przez minimum 60 minut każdego dnia. Tymczasem, według raportu z badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka, codziennie ćwiczy 24,2 proc. chłopców i 18,8 proc. dziewcząt w wieku 11 lat. Co gorsza, wraz z wiekiem aktywność fizyczna spada. Wśród 15-latków każdego dnia ćwiczy już tylko 21,4 proc. chłopców i 9,6 proc. dziewcząt. To m.in. skutek tego, że dzieci bardzo łatwo mogą się zwalniać z WF-u.- dane z raportu przeprowadzonego przez dr Pawła Michalskiego [24].

„Jak wynika z przeprowadzonych w Polsce badań epidemiologicznych już co drugi Polak ma nadwagę, a co piąty jest otyły. Problem ten z roku na rok staje się coraz bardziej poważny, z tego powodu tak istotne jest wczesne diagnozowanie tych schorzeń, nawet jeśli pacjent zgłosił się do lekarza po poradę w związku z inną dolegliwością” – mówi dr Wioleta Respondek z IŻŻ [25].

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

Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży realizowana jest poprzez:

1. codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy;
2. eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady;
3. zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny;
4. regularną kontrolę stanu zdrowia.

Skuteczność działań profilaktycznych opiera się na systemowym realizowaniu zadań przez osoby odpowiedzialne za wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży: rodziców, pracowników oświaty i ochrony zdrowia, w zakresie posiadanych przez te osoby uprawnień. Szczególny wpływ na poprawę ogólnego stanu zdrowia, podnoszenie wydolności i sprawności fizycznej oraz rozwijanie zainteresowań i uzdolnień dzieci i młodzieży przypisuje się odpowiedniej dla dziecka ilości ruchu. Kultura fizyczna, realizowana w szkole w formie zajęć wychowania fizycznego jest dla większości uczniów jedyną, systematyczną i zorganizowaną formą ruchu. W zajęciach powinni uczestniczyć wszyscy uczniowie, bez względu na uzdolnienia ruchowe. Realizacja zajęć wychowania fizycznego musi uwzględniać wiek rozwojowy uczniów, ich zainteresowania, posiadaną przez szkołę bazę sportową i warunki klimatyczne. Dla dzieci uczęszczających do przedszkoli oraz klas nauczania początkowego szkoły podstawowej aktywność fizyczna winna być realizowana w formie gier i zabaw ogólnorozwojowych, stymulujących rozwój motoryki dziecka; w klasach starszych szkoły podstawowej oraz w szkołach ponadpodstawowych – w formie zajęć rekreacyjno- -sportowych [13].

Wytyczne dotyczące dzieci:

1. Pomiary antropometryczne stanowią integralną część oceny rozwoju somatycznego.
2. U dzieci i młodzieży podobnie jak u dorosłych do oceny stanu odżywienia stosuje się wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI). Jednak wynik obliczony na podstawie standardowego wzoru powinien zostać odniesiony do norm właściwych dla wieku i płci zawartych w siatkach centylowych.
3. Nadwagę rozpoznaje się jeżeli wyliczona wartość BMI mieści się w zakresie 90-97 centyla dla płci i wieku, a otyłość przy wartościach BMI mieszczących się powyżej 97 centyla.
4. Otyłość trzewną rozpoznaje się jeżeli wartość pomiaru obwodu talii przekracza 90 centyl dla płci i wieku.

5. Każde dziecko z BMI > 85 centyla powinno być monitorowane pod względem powikłań współistniejących z nadwagą i otyłością. U takiego dziecka należy kontrolować ciśnienie tętnicze krwi (pamiętając o właściwym doborze mankietu) oraz raz na dwa lata wykonać oznaczenia stężeń w surowicy glukozy, profilu lipidowego, a także aktywności aminotransferaz.
6. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego u dzieci powyżej 10 roku życia (lub wcześniej, gdy okres dojrzewania się już rozpoczął), z BMI powyżej 95 centyla, zaleca się wykonanie testu OGTT co 2 lata (należy również oznaczyć stężenie insuliny).
7. Dziecko z rozpoznaniem nadwagi lub otyłości, u którego występują związane z tym powikłania powinno być skonsultowane we właściwej, ze względu na ich rodzaj, poradni specjalistycznej (kardiologicznej, diabetologicznej, endokrynologicznej, ortopedycznej, psychologicznej).
8. W każdym okresie życia należy zalecać żeby dziecko spożywało 3-5 posiłków o stałych porach, w tym codziennie śniadania oraz żeby nie dojadało między posiłkami.
9. Zalecenia żywieniowe dotyczące zapobiegania rozwojowi nadwagi i otyłości wśród młodocianych pacjentów są takie same jak zalecenia żywieniowe dotyczące prawidłowego rozwoju i wzrastania zdrowych dzieci i młodzieży.
10. W zapobieganiu rozwojowi nadwagi i otyłości bardzo ważną rolę odgrywa również kształtowanie właściwych nawyków związanych z aktywnością fizyczną. Należy zalecać co najmniej 60 minut codziennej aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności (na poziomie 60 - 70% tętna maksymalnego, wyliczonego na podstawie wzoru $220 - \text{wiek}$).
11. Szczególnie zalecaną formą ruchu są szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie.
12. U dzieci z rozpoznaniem nadwagi oraz u dzieci otyłych rodziców, należy wdrożyć działania, których celem jest utrzymanie stałej masy ciała w miarę zwiększania się wzrostu u młodszych dzieci oraz ułatwienie powolnej redukcji masy ciała u nastolatków (ok. 0,5 kg/mies.). Zmiany stylu życia jakie należy rekomendować powinny obejmować m. in.:
 - 1) codzienne spożywanie świeżych warzyw i owoców ze szczególnym naciskiem na jedzenie warzyw;
 - 2) ograniczenie picia napojów słodzonych cukrem do 1 w tygodniu i zastąpienie ich głównie wodą,
 - 3) nie spożywanie lub ograniczenie do 1 razu w miesiącu posiłków typu fastfood itd.
13. U dzieci młodszych z rozpoznaniem otyłości bez występujących powikłań należy dążyć do utrzymania stałej masy ciała.
14. U nastolatków z rozpoznaniem otyłości należy zalecić zmiany stylu życia, które spowodują redukcję masy ciała o 1 - 2 kg na miesiąc.
15. Pierwszą zasadą żywienia dzieci otyłych jest regularne spożywanie 5 posiłków w odstępach około 3-godzinnych, dzięki czemu dziecko nie będzie głodne między posiłkami i nie będzie dojadało.

16. W pierwszym okresie leczenia należy zastosować dietę o obniżonej energetyczności, która musi być normo białkowa i prawidłowo zbilansowana (o właściwych proporcjach makro- i mikro- składników pokarmowych).
17. W leczeniu otyłości u dzieci zalecany jest następujący skład diety o obniżonej energetyczności:
- 1) białko, z przewagą białka zwierzęcego powinno stanowić 20% całodiennej podaży energii;
 - 2) tłuszcze (z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych o 50% przyjętej normy) powinny pokrywać 30% podaży energii,
 - 3) węglowodany 30 – 50% podaży energii z ograniczeniem węglowodanów prostych < 10% spożywanej energii,
 - 4) spożycie błonnika co najmniej 20 g dziennie (warzywa, owoce, kasze, pieczywo razowe, rośliny strączkowe),
 - 5) woda niegazowana co najmniej 1 l. dziennie.
18. Po uzyskaniu redukcji masy ciała należy zalecać dietę normoenergetyczną, odpowiednią do wieku.
19. Podstawę leczenia wszystkich powikłań otyłości stanowią działania zmierzające do uzyskania redukcji masy ciała. U patologicznie otyłych nastolatków (powyżej 16. roku życia) poza leczeniem dietetycznym oraz zmianą trybu życia można zastosować dodatkowo leczenie farmakologiczne (orlistat).
20. Rozważenie farmakologicznego leczenia powikłań jest również wskazane u otyłych dzieci jeżeli utrzymują się one mimo zastosowania odpowiedniej diety i aktywności fizycznej, szczególnie, gdy w rodzinie występuje cukrzyca typu 2 lub choroby układu sercowo-naczyniowego.
21. Do leczenia chirurgicznego mogą być kwalifikowane dzieci, które osiągnęły dojrzałość kostną i rozwojową oraz spełniają kryteria rozpoznania otyłości III stopnia (99,5 percentyl dla płci i wieku), stwierdzono u nich co najmniej jedno powikłanie otyłości i przeszły nieskuteczny 6 miesięczny okres leczenia zachowawczego.
22. Jeżeli lekarz rodzinny dostrzega konieczność wdrożenia tej formy leczenia powinien skierować dziecko do specjalisty chirurga zajmującego się tego rodzaju leczeniem, który we współpracy z psychologiem może dokonać kwalifikacji do leczenia operacyjnego.
23. Pacjent i jego opiekun powinni zostać poinformowani, że leczenie chirurgiczne nie stanowi ostatecznego wyleczenia, a po operacji dziecko musi uczestniczyć w wielospecjalistycznym pooperacyjnym programie leczenia [15].

Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

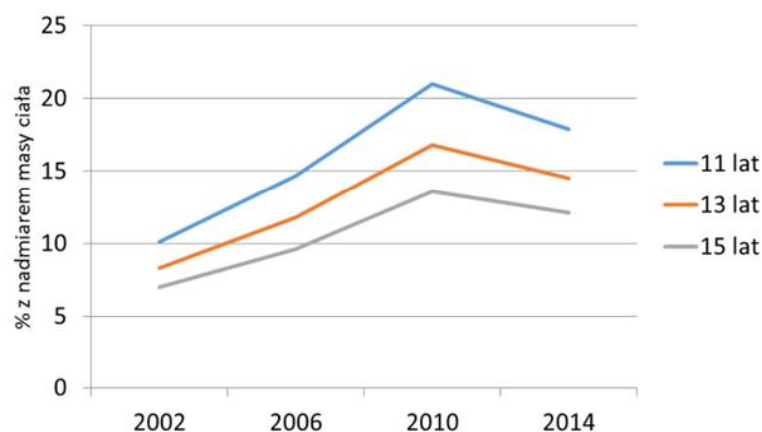
Z najnowszych badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka wynika, że dzięki wysiłkom rodziców i opiekunów, nauczycieli, lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia, mediów, organizacji pozarządowych wzmacniających działania administracji rządowej i samorządowej na rzecz

poprawy zdrowia publicznego udało się w ostatnich latach uzyskać poprawę sytuacji dotyczącej rozpowszechnienia nadwagi i otyłości w Polsce [26].

Równocześnie zaobserwowano korzystne zmiany zachowań zdrowotnych:

1. bardziej regularne jedzenie śniadań (wzrost o 4,1%);
2. częstsze spożywanie owoców i warzyw (wzrost o 5,1%);
3. rzadsze spożywanie słodczy (spadek o 3,4%) i słodkich napojów (spadek o 5,7%);
4. większa aktywność fizyczna (wzrost o 4% uprawiania sportu 7 dni w tygodniu);
5. ograniczanie czasu spędzanego w bezruchu przed ekranem/monitorem (więcej nastolatków spędza czas przed komputerem mniej niż 2 godziny dziennie) [26].

Te pozytywne zmiany obejmują przede wszystkim zmniejszenie odsetka dzieci z nadmiarem masy ciała, co przedstawia poniższy wykres:



Rycina 11. Odsetek dzieci z nadmiarem masy ciała w latach 2002-2014 (źródło: Ministerstwo Zdrowia: „Pierwsze efekty walki z nadwagą i otyłością”)

Informacja o sytuacji dotyczącej nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży została opracowana na podstawie wyników badania HBSC 2014. To unikalne w skali Polski i Europy międzynarodowe badania prowadzone w Polsce od 1989 r., w ramach których analizuje się zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle uwarunkowań socjodemograficznych.

Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Ogólnopolskie Centrum Dietetyki jest poradnią dietetyczną, w której pracują eksperci Instytutu Żywności i Żywienia, wiodącej jednostki naukowo-badawczej specjalizującej się w prewencji i leczeniu wielu chorób żywieniowozależnych. To właśnie specjaliści Instytutu Żywności i Żywienia opracowują krajowe normy i standardy żywieniowe: „...Jako eksperci w dziedzinie dietetyki, w pracy z pacjentami wykorzystujemy najnowszą wiedzę i wieloletnie doświadczenie. Wyróżnia nas w pełni profesjonalne i indywidualne podejście

do każdego pacjenta. Nie tylko układamy diety, ale także uczymy prawidłowych nawyków żywieniowych na całe życie” [27].

IŻŻ dzięki wsparciu organizacji Swiss Contribution realizuje w Polsce globalną strategię Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącą propagowania zdrowego stylu życia i zapobiegania otyłości. W Polsce średnia długość życia ciągle odbiega od średniej w Unii Europejskiej. To nie kwestia klimatu, szczęścia, ani genów. To głównie problem niewłaściwego odżywiania, złych nawyków i braku aktywności fizycznej. Podstawowym celem projektu „Zachowaj równowagę” jest promocja zdrowego stylu życia, w tym zapobieganie nadwadze i otyłości, oraz innym przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej. Zadania projektu obejmują teren całej Polski i są skierowane do najbardziej wrażliwych grup ludności: kobiet ciężarnych i karmiących, dzieci i młodzieży, osób dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem osób z nadmierną masą ciała. Adresatami są także producenci żywności.

Projekt obejmuje 4 główne zadania:

1. Wdrożenie zasad prawidłowego żywienia wśród kobiet w ciąży i matek karmiących i poszerzenie wiedzy o roli aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia;
2. Edukacja i wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach, szkołach: podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz ocena wpływu tej edukacji na sposób żywienia, stan odżywienia, aktywność fizyczną i poziom wiedzy dzieci i młodzieży;
3. Wdrażanie zasad racjonalnego stylu życia wśród osób z nadwagą i otyłością w systemie ochrony zdrowia w Polsce;
4. Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej żywności, oświadczeniach żywieniowych i zdrowotnych, znakowaniu żywności celem wpływu na kształtowanie racjonalnych wyborów produktów spożywczych oraz o roli aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia [16].

Celami strategicznymi obowiązującego „Programu przeciwdziałania wybranym problemom zdrowotnym w województwie mazowieckim na lata 2012-2017”¹⁵ są między innymi:

1. cel nr 3 - Zapobieganie, wczesne wykrywanie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom chorób metabolicznych ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy, nadwagi i otyłości,
2. cel nr 8 - Wzrost wiedzy i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych,
3. cel nr 10 - Zwiększenie aktywności fizycznej ludności,

¹⁵ Dokument obowiązujący na moment opracowywania niniejszego programu.

4. cel nr 14 - Przeciwdziałanie innym istotnym problemom zdrowotnym występującym na terenie województwa mazowieckiego.

W Polsce, w innych różnych województwach są realizowane na przykład programy zdrowotne umiejscowione w problematyce otyłości i wad postawy jako:

1. Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój,
2. Powiatowy Program Zwalczania Otyłości i Nadwagi „CZAS NA ZDROWIE” realizowany przez: powiat tczewski.

Dodatkowo w Polsce są realizowane projekty propagujące zdrowe odżywianie, skierowane do dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych i gimnazjalnych. Projekt o akronimie „Zdrowie kieszonkowe” zapewnia uczniom na terenie szkoły dostęp do zdrowych produktów żywnościowych, które mogą zakupić w specjalnie oznakowanych maszynach (automatach), posługując się dedykowanymi do projektu kartami płatniczymi lub brelokami z wykorzystaniem technologii NFC - komunikacji zbliżeniowej. Projekt wspiera dzieci z najuboższych rodzin poprzez finansowanie im doładowań kart i breloków. Projekt Zdrowe Kieszonkowe to również edukacja prozdrowotna: „oferując dzieciom zdrowe produkty przekazujemy im wiedzę o wartościach odpowiednio zbilansowanej diety, potrzebie prawidłowego odżywiania się oraz zachęcamy do aktywności ruchowej. Proponujemy dzieciom i młodzieży atrakcyjną formę edukacji z wykorzystaniem konkursów, gier i zabaw. Wspieramy również kadrę pedagogiczną oferując im do wykorzystania w codziennej pracy materiały dotyczące zdrowego stylu życia” [28].

6. Koszty

Zgodnie z Uchwałą nr 1049/351/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 26 czerwca 2018 r. zmieniającą uchwałę w sprawie zatwierdzenia harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym realizowanych dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020 na 2018 rok, na realizację programu w ramach drugiego naboru, została przeznaczona kwota 4 374 052 euro (18 862 000 zł) z EFS na 3 lata trwania RPZ [49].

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020* [46,47].

Beneficjenci na etapie tworzenia projektu przygotowują szczegółowy budżet. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki, zostaną zweryfikowane podczas oceny projektu, na warunkach określonych przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

a. Koszty jednostkowe

W związku z opracowywaniem programu pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie o wycenę głównych świadczeń programu do 65 potencjalnych beneficjentów. W przewidzianym na odpowiedź terminie wpłynęło 5 wycen. Analizę wycen poszczególnych świadczeń zaproponowanych przez podmioty przedstawia Tabela 4. i 5.

Tabela 5. Minimalne i maksymalne koszty poszczególnych elementów kosztu bezpośredniego RPZ modułu dotyczącego otyłości RPZ, które zostały zaproponowane w przesłanych wycenach (źródło: opracowanie własne)

Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Minimalny koszt jednostkowy elementu	Maksymalny koszt jednostkowy elementu
Koszt bezpośredni	kwalifikacja uczestnika do programu	30 zł	200 zł
	badanie lekarskie początkowe	100 zł	350 zł
	działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu	50 zł	500 zł
	interwencja terapeutyczna: komponent aktywności fizycznej (2 razy w tygodniu)	1 080 zł	5 040 zł
	interwencja terapeutyczna: indywidualne porady dietetyczne (5 dla każdego uczestnika projektu)	200 zł	1 000 zł
	badanie lekarskie kontrolne w połowie interwencji	100 zł	240 zł
	badanie lekarskie końcowe uczestników programu	100 zł	350 zł

Tabela 6. Minimalne i maksymalne koszty poszczególnych elementów kosztu bezpośredniego RPZ modułu dotyczącego chorób kręgosłupa RPZ, które zostały zaproponowane w przesłanych wycenach (źródło: opracowanie własne)

Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Minimalny koszt jednostkowy elementu	Maksymalny koszt jednostkowy elementu
Koszty bezpośrednie	kwalifikacja uczestnika do programu	30 zł	200 zł
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne początkowe	100 zł	350 zł
	działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu	50 zł	500 zł
	interwencja terapeutyczna: indywidualne porady lekarskie/fizjoterapeutyczne (3 dla każdego uczestnika projektu)	300 zł	600 zł
	interwencja terapeutyczna: zajęcia ruchowe (2 razy w tygodniu)	1 800 zł	5 040 zł
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne kontrolne w połowie interwencji	100 zł	240 zł
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne końcowe uczestników programu	100 zł	350 zł

Suma kosztów jednostkowych programu w poszczególnych wycenach miały rozpiętość między 1 320,00 zł a 8 064,00 zł w przypadku modułu dotyczącego otyłości, a 4 620,00 zł do 7 824,00 zł w przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa. W związku z tak dużymi rozbieżnościami kwot, aby określić koszty jednostkowe na potrzeby programu zastosowano średnią arytmetyczną poszczególnych elementów z uzyskanych wycen.

Proponowane koszty jednostkowe oraz wartości poszczególnych jego składników w ramach poszczególnych modułów wykazane są w Tabelach 6 i 7. Na potrzeby przygotowania budżetu programu ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich wynoszącą 20% wartości kosztów bezpośrednich. W zależności od wartości kosztów bezpośrednich projektu Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 regulują proporcję kosztów pośrednich do bezpośrednich w zakresie od 25-10% [47].

Tabela 7. Proponowany koszt jednostkowy oraz wartości poszczególnych jego składników modułu dotyczącego otyłości zakładając maksymalny okres wsparcia uczestnika programu (9 miesięcy) (źródło: opracowanie własne)

Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu	Koszt kategorii
Koszty bezpośrednie	kwalifikacja uczestnika do programu	110,00 zł	4 640,00 zł
	badanie lekarskie początkowe	180,00 zł	
	działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu	340,00 zł	
	interwencja terapeutyczna: komponent aktywności fizycznej (2 razy w tygodniu dla każdego uczestnika projektu)	3 112,50 zł	
	interwencja terapeutyczna: indywidualne porady dietetyczne (5 dla każdego uczestnika projektu)	550,00 zł	
	badanie lekarskie kontrolne w połowie interwencji	147,50 zł	
	badanie lekarskie końcowe uczestników programu	200,00 zł	
Koszty pośrednie			928,00 zł
		Koszt jednostkowy	5 568,00 zł

Tabela 8. Proponowany koszt jednostkowy oraz wartości poszczególnych jego składników modułu dotyczącego chorób kręgosłupa zakładając maksymalny okres wsparcia uczestnika programu (9 miesięcy) (źródło: opracowanie własne)

Kategoria kosztu	Nazwa elementu	Koszt jednostkowy elementu	Koszt kategorii
Koszty bezpośrednie	kwalifikacja uczestnika do programu	112,50 zł	5 095,00 zł
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne początkowe	180,00 zł	
	działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu	300,00 zł	
	interwencja terapeutyczna: indywidualne porady lekarskie/ fizjoterapeutyczne (3 dla każdego uczestnika projektu)	375,00 zł	
	interwencja terapeutyczna: zajęcia ruchowe (2 razy w tygodniu)	3 780,00 zł	
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne kontrolne w połowie interwencji	147,50 zł	
	badanie lekarskie/ fizjoterapeutyczne końcowe uczestników programu	200,00 zł	
Koszty pośrednie*			1 019,00 zł
		Koszt jednostkowy	6 114,00 zł

Powyższe koszty są wartościami szacunkowymi i posłużą do określenia kryterium dostępu pn.: „koszt jednostkowy”. Zostanie ono zastosowane podczas oceny wniosków złożonych na dofinansowanie projektów w ramach niniejszego RPZ. Projekty w których koszt jednostkowy poszczególnych modułów będzie przekraczał wysokość kosztów przyjętych w tym kryterium, nie otrzymają dofinansowania.

Na etapie tworzenia projektów dopuszczalna jest zmiana wysokości kosztu jednostkowego poszczególnych elementów, jednak projekt musi spełniać kryterium kosztu jednostkowego określonego w regulaminie konkursu.

Koszty pośrednie mogą się różnić w zależności od projektów. Ich katalog został wskazany w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 [47].

W ramach poszczególnych projektów dozwolone jest zakup środków trwałych pod warunkiem, spełnienia wszystkich kryteriów opisanych w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności” [47].

b. Planowane koszty całkowite

Zgodnie z Uchwałą nr 948/255/17 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 27 czerwca 2017 r. zmieniającą uchwałę w sprawie zatwierdzenia harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie projektów w trybie konkursowym na 2017 rok realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 roku, na realizację Regionalnego Programu

Zdrowotnego pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”, w ramach pierwszego naboru została przeznaczona kwota 2 647 630,68 euro (11 466 000 zł) z EFS na 2 lata trwania RPZ. Dodatkowo, zgodnie z Uchwałą nr 1049/351/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 26 czerwca 2018 r. zmieniającej uchwałę w sprawie zatwierdzenia harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym realizowanych dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020 na 2018 rok, na drugi nabór wniosków planowana kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów dotyczących realizacji tego RPZ wynosi 4 374 052 euro (18 862 000 zł) z EFS.

Dokładna kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów realizujących program zostanie wskazana każdorazowo w ogłoszeniu i regulaminie konkursu.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie w 80% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Pozostałe 20% mogą stanowić środki pochodzące np. z Budżetu Państwa oraz wkładu własnego beneficjentów (w formie pieniężnej lub niepieniężnej).

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

Opieka nad dziećmi i młodzieżą z wadami postawy jest problemem złożonym. Wady powstałe z powodów określonych przyczyn bądź wady o wysokim stopniu zaawansowania wymagają leczenia specjalistycznego. Podstawowe zadania środowiska nauczania i wychowania polegają na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad oraz na kreowaniu prawidłowej postawy ciała. Wśród nauczycieli/opiekunów ważną rolę odgrywa dbanie o optymalny poziom wychowania fizycznego oraz motywację uczniów do aktywności fizycznej poza szkołą. Szczególnie ważny jest okres na początku edukacji szkolnej, związane to jest ze zmianą trybu życia dziecka oraz przypadającym na ten okres pierwszym skokiem wzrostowym. Ważnym priorytetem jest wdrażanie programów walki z otyłością oraz zwiększeniu aktywności fizycznej wśród dzieci, gdyż dzięki tym programom można poprawić i wzmocnić prawidłowe zachowania zdrowotne oraz nawyki w okresie rozwoju ciała, co z kolei może zapobiec komplikacjom w przyszłości [13].

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma na celu wczesne wykrywanie wad postawy i kierowanie dzieci do leczenia, zanim wady te się utrwalą. Takie działania są szeroko popierane w opiniach ekspertów z zakresu ortopedii i rehabilitacji. Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powieleły

świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie, tak jak zostało to zaplanowane w niniejszym programie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie. Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej.

AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych niosą potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest zalecany. Dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat [45].

Należy przypomnieć, że otyłość jest jednym z podstawowych czynników etiologicznych choroby zwyrodnieniowej kolan, bioder oraz kręgosłupa. Zasadnym jest łączenie diagnostyki i terapii choroby zwyrodnieniowej stawów z profilaktyką i leczeniem otyłości.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich (zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą) na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy zdrowotne takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza, deficyt aktywności fizycznej oraz zaburzenia rozwoju psychicznego. Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jednostek samorządów terytorialnych. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

7. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu będzie prowadzona w trzech podstawowych zakresach:

1. ocena zgłaszalności do programu,
2. ocena jakości świadczeń w programie,
3. ocena efektywności programu.

Beneficjent zobowiązany jest do złożenia do Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. Zarządu Województwa Mazowieckiego do 31 stycznia roku następnego biorąc pod uwagę wykonane działania w ramach projektu, następujące dokumenty:

1. corocznie, w ramach monitoringu:
 - 1) sprawozdanie roczne z wykonania świadczeń w ramach programu - zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik a.,
 - 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu - zgodnych ze wzorem stanowiącym Załącznik b.,
2. jednorazowo, po zakończeniu projektu, w ramach ewaluacji sprawozdanie końcowe ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu w całym okresie trwania projektu.

Sprawozdanie końcowe musi zawierać takie same elementy jak sprawozdanie roczne. Sprawozdanie roczne i końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nie określone w programie, które beneficjent uzna za niezbędne.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Beneficjent ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Ma on obowiązkowo zawierać takie dane jak:

1. imię i nazwisko dziecka ubiegającego się o udział w programie;
2. imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka ubiegającego się o udział w programie;
3. kontakt do rodzica/opiekuna dziecka ubiegającego się o udział w programie (sugeruje się zebranie takich danych jak: numer telefonu, adres korespondencyjny, adres e-mail).

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań w zakresie programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowania i ewaluowana na podstawie wartości mierników efektywności o numerach 1 i 4 wymienionych w rozdziale 3. *Cele*, podrozdziale d. *Mierniki efektywności*.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń będzie oceniana na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z Załącznikiem b. Rodzic/opiekun każdego z uczestników biorących udział w programie zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie beneficjentowi kwestionariusza zgodnego z Załącznikiem b. po:

1. udzieleniu uczestnikowi wszystkich świadczeń zaplanowanych w module w którym uczestniczył lub
2. rezygnacji z dalszego udziału w programie lub
3. wykluczeniu uczestnika z dalszego uczestnictwa w programie.

Poniżej zostały przedstawione wytyczne do sporządzenia analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu:

1. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:
 - 1) liczbę uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji uczestników programu,
 - 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji uczestników programu,
 - 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet - jeśli taka różnica zaistniała,
 - 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego,
 - 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.
2. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu może zawierać:
 - 1) wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych,
 - 2) inne elementy, które beneficjent uzna za niezbędne lub pomocne.

Fakultatywnie, beneficjent może wynająć zewnętrznego, niezależnego audytora, który okresowo będzie dokonywał oceny jakości świadczeń udzielonych w ramach programu.

Ponadto każdy beneficjent musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników lub ich rodziców/opiekunów. Beneficjent ma obowiązek poinformowania podanych grup o takiej możliwości.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność programu będzie oceniana na podstawie danych pochodzących z monitorowania i ewaluacji wartości mierników efektywności o numerach od 5 do 17 zawartych w rozdziale 3. *Cele*, podrozdziale d. *Mierniki efektywności*. Analiza osiągniętych wartości w omawianych miernikach będzie podstawą do oceny czy zostały osiągnięte założone oczekiwane efekty programu wymienione w rozdziale 3 *Cele*, podrozdziale c. *Oczekiwane efekty*. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku miernika nr 5 beneficjent musi raportować powody rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie wraz z ich liczebnościami (przypis 19 w Załączniku a.).

d. Ocena trwałość efektów programu

Zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Clinical Excellence w zakresie monitorowania programów dotyczących nadwagi i otyłości [48], w przypadku dzieci i młodzieży czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo otyłości dziecięcej i/lub chorób współtowarzyszących powinny być oceniane co najmniej raz w roku. Wskaźnik BMI powinien być oceniony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu. Zgodnie z niniejszymi zaleceniami Program zakłada zbieranie danych od uczestników programu po przeprowadzeniu badania końcowego. Dla celów niniejszego programu omawiane zalecenia zostały również przystosowane do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa. Trwałość programu będzie oceniana na podstawie danych pochodzących z monitorowania i ewaluacji wartości mierników efektywności o numerach od 18 do 24 zawartych w rozdziale 3. *Cele*, podrozdziale d. *Mierniki efektywności*. W pierwszym sprawozdaniu rocznym ich wartości mogą osiągnąć wartość „0”. Działania związane z monitorowaniem tych wskaźników mogą zostać wykonane po zakończeniu projektu oraz po zakończeniu 2021 r. Do oceny trwałości programu mogą zostać również użyte inne dane.

W celu zebrania danych dotyczących mierników efektywności od numeru 18 do 24 beneficjent może skontaktować się z uczestnikiem programu lub/i rodzicem/opiekunem uczestnika programu: bezpośrednio, telefonicznie lub przy pomocy poczty elektronicznej. Kontakt z uczestnikiem programu w celu zebrania omawianych danych jest możliwy jedynie za zgodą rodzica/opiekuna. Beneficjenci na etapie tworzenia projektu wybiorą formę w jakiej będą się kontaktować z uczestnikiem programu lub/i rodzicem/opiekunem uczestnika programu. W przypadku mierników efektywności o numerach 19 i 20 (dotyczących wartości wskaźnika BMI po 6 miesiącach i 12 miesiącach od badania końcowego) sugeruje się, żeby beneficjent skontaktował się z uczestnikiem programu bezpośrednio i wykonał odpowiednie pomiary (w tym przypadku pomiar masy ciała i wzrostu).

Program planowany jest na lata 2018-2021, niemniej możliwa jest jego kontynuacja w kolejnych interwałach czasowych. Na podstawie między innymi analizy raportów rocznych oraz końcowych Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i realizacji niniejszego programu w kolejnych latach. Możliwe jest również ogłoszenie dodatkowych konkursów na dofinansowanie projektów realizujących omawiany RPZ w bieżącej perspektywie finansowanej.

O trwałości efektów programu świadczą również interwencje, które mają na celu zdobycie wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki otyłości i chorób kręgosłupa. Nakierowane są one na zmianę i wykształcenie prawidłowych nawyków, zachowań prozdrowotnych w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa. Edukacja grup otrzymujących wsparcie w programie będzie miała pozytywny efekt nawet po zakończeniu interwencji. Co więcej, osoby, które otrzymały wsparcie w ramach programu będą mogły przekazać innym zdobytą wiedzę i umiejętności. Jeśli beneficjent zakupi sprzęt w ramach dofinansowania będzie mógł go używać w podobnych interwencjach.

8. Okres realizacji programu

Realizacja programu zaplanowana jest na lata 2018-2021. Proponowany harmonogram wdrażania i realizacji RPZ przedstawia poniższa tabela. Terminy realizacji poszczególnych działań mogą ulec zmianie ze względu na opóźnienia lub szybszą ich realizację.

Tabela 9. Planowany harmonogram wdrażania i realizacji RPZ (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Opracowanie projektu programu	ZD	9 listopada 2016 r.	28 lipca 2017 r.
2.	Wycena świadczeń przewidzianych w ramach RPZ	ZD, potencjalni beneficjenci	14 kwietnia 2017 r.	19 maja 2017 r.
3.	Zaakceptowanie projektu programu	ZWM	1 sierpnia 2017 r.	1 sierpnia 2017 r.
4.	Opiniowanie projektu programu	AOTMiT	2 sierpnia 2017 r.	5 października 2017 r.
5.	Aktualizowanie projektu programu	ZD	6 października 2017 r.	13 października 2017 r.
6.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	RF, MJWPU	13 października 2017 r.	31 października
7.	Konsultacje programu	ZD, JST,	16 października 2017 r.	2 listopada 2017 r.
8.	Ogłoszenie naboru na dofinansowanie projektów w ramach RPZ (pierwszy nabór)	RF, MJWPU	31 października 2017 r.	30 listopada 2017 r.
9.	Składanie wniosków na dofinansowanie projektów w ramach RPZ (pierwszy nabór)	ZWM, Beneficjenci	30 listopada 2017 r.	29 grudnia 2017 r.
10.	Ocena formalna i merytoryczna (pierwszy nabór)	MJWPU	styczeń 2018 r.	czerwiec 2018 r.
11.	Ogłoszenie wyników konkursu (pierwszy nabór)	ZWM	czerwiec 2018 r.	czerwiec 2018 r.
12.	Podpisywanie umów (pierwszy nabór)	MJWPU, Beneficjenci	czerwiec 2018 r.	lipiec 2018 r.
13.	Realizacja projektów w ramach RPZ (pierwszy nabór)	Beneficjenci	czerwiec 2018 r.	31 grudnia 2020 r.
14.	Aktualizacja treści RPZ	Zarząd, ZD	10 lipca 2018 r.	20 lipca 2018 r.
15.	Ogłoszenie naboru na dofinansowanie projektów w ramach RPZ (drugi nabór)	RF, MJWPU	31 lipca 2018 r.	30 sierpnia 2018 r.
16.	Składanie wniosków na dofinansowanie projektów w ramach RPZ (drugi nabór)	ZWM, Beneficjenci	31 sierpnia 2018 r.	21 września 2018 r.
17.	Ocena formalna i merytoryczna (drugi nabór)	MJWPU	październik 2018 r.	styczeń 2019 r.
18.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji poszczególnych projektów w 2018 r. (pierwszy nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2019 r.	31 stycznia 2019 r.
19.	Ogłoszenie wyników konkursu (drugi nabór)	RF, MJWPU	styczeń 2019 r.	styczeń 2019 r.
20.	Podpisywanie umów (drugi nabór)	MJWPU, Beneficjenci	kwiecień 2019 r.	maj 2019 r.
21.	Realizacja projektów w ramach RPZ (drugi nabór)	Beneficjenci	maj 2019 r.	grudzień 2021 r.
22.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji poszczególnych projektów w 2019 r. (pierwszy i drugi nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2020 r.	31 stycznia 2020 r.
23.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji poszczególnych projektów w 2020 r. (pierwszy i drugi nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2021 r.	31 stycznia 2021 r.
24.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji poszczególnych projektów w 2021 r. (drugi nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2022 r.	31 stycznia 2022 r.

25.	Przekazanie sprawozdań końcowych z realizacji RPZ realizacji projektów (pierwszy nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2019 r. ¹⁶	31 stycznia 2021 r.
26.	Przekazanie sprawozdań końcowych z realizacji RPZ realizacji projektów (drugi nabór)	Beneficjenci	1 stycznia 2021 r. ¹⁷	31 stycznia 2022 r.
27.	Przygotowanie raportu końcowego z realizacji RPZ (pierwszy i drugi nabór)	ZD, RF	1 lutego 2022 r.	31 marca 2022 r.
28.	Zaakceptowanie raportu końcowego przez ZWM (pierwszy i drugi nabór)	ZWM	12 kwietnia 2022 r.	12 kwietnia 2022 r.
29.	Przekazanie do AOTMiT raportu końcowego z realizacji RPZ	ZD	12 kwietnia 2022 r.	12 kwietnia 2022 r.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,

MJWPU - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych,

RPZ - Regionalny Program Zdrowotny,

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

RF - Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie,

ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

¹⁶ Istnieje możliwość, że dofinansowanie otrzyma projekt realizujący RPZ w krótszym wymiarze czasu niż wskazany w programie.

¹⁷ Jw.

9. Bibliografia

1. Małkowska-Szkutnik M.: „Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny”, *Studia BAS* Nr 2(38) 2014, s. 89–112;
2. 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;
3. Kerney Alicja i inni: „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców.”, Instytut Matki i Dziecka, ISBN: 978-83-88767-70-8;
4. Przybylska D., Kurowska M., Przybylski P.: „Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej”, *Hygeia Public Health* 2012, 47(1): 28-35;
5. T. Kasperczyk: „Wady postawy ciała. Diagnostyka i leczenia”, Kraków 1999;
6. Giczewska A.: „Charakterystyka wad postawy”, <http://www.lili-plaf.pl/charakterystyka-wad-postawy-a-giczewska.html>, [dostęp: 28.11.2016];
7. World Health Organization: „Nutrition, Physical Activity and Obesity Poland”, 2013, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1, [dostęp: 02.11.2016];
8. Kołodziej W., Galeja K.: „Problem otyłości wśród populacji trzynastoletków na przykładzie uczniów Miejskiego Zespołu Szkół nr 2 w Będzinie”, *Nowa Pediatria* 2013;
9. Woynarowska B., Oblacińska A.: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce”, Warszawa 2014, ISSN 1896 6659;
10. UNICEF: „Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych”, <https://www.unicef.pl/Co-robimy/Publikacje/Warunki-i-jakosc-zycia-dzieci-w-krajach-rozwinietych>, [dostęp: 29.11.2016];
11. Małeczka-Tendera E, Klimek K, Matusik P, Olszanecka-Glinianowicz M, Lehingue Y. On behalf of the Polish Childhood Obesity Study Group: Obesity and overweight prevalence in Polish 7- to 9-year-old children. *Obes Res* 2005, 13: 964-968;
12. Ośrodek Rozwoju edukacji: „Wady postawy u dzieci i młodzieży”, Warszawa 2014;
13. Górecki A. i inni: „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania”, Warszawa 2009, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/zdrowie-ucznia/aktywnosc-fizyczna-i-sport/>, [dostęp: 09.11.2016];
14. Informacje o kampanii „Rodzina w Formie”, <http://www.rodzinawformie.pl/>, [dostęp: 06.11.2016];
15. Olszanecka-Glinianowicz i inni: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością;
16. Informacje o projekcie „Zachowaj równowagę”, <http://www.zachowajrownowage.pl/>, [dostęp: 06.11.2016];
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
18. Najwyższa Izba Kontroli (NIK): „NIK o otyłości wśród uczniów”, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-otylosci-u-uczniow.html>, [dostęp: 08.11.2016];
19. Oblacińska A.: „Wspieranie dziecka z nadwagą i otyłością w społeczności szkolnej”, Warszawa 2013, ISBN 978-83-62360-47-5;

20. Skorupka E., Asienkiewicz R.: „Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci”, Rocznik Lubuski Tom 40, 2014;
21. Instytut żywności i żywienia: „Należy zatrzymać epidemię otyłości”, <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci>, [dostęp: 28.11.2016];
22. Polska Agencja Prasowa: „RPO: tornistry noszone przez uczniów są przeciążone”, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/1191824571.pdf>, [dostęp: 03.12.2016];
23. Portal Ekologia.pl: „Epidemia otyłości w Polsce – polskie dzieci tyją najszybciej” <http://www.ekologia.pl/kobieta/dziecko/epidemia-otylosci-w-polsce-polskie-dzieci-tyja-najszybciej,20455.html>, [dostęp:29.11.2016];
24. Polska Agencja Prasowa: „90 proc. dzieci ma wady postawy”, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4759206.html>, [dostęp:03.12.2016];
25. Instytut Żywności i Żywienia: „Instytut Żywności i żywienia walczy z otyłością”, <http://www.zachowajrownowage.pl/pl/instytut-zywnosci-i-zywienia-walczy-z-otyloscia-polakow/>, [dostęp:29.11.2016];
26. Ministerstwo Zdrowia: „Pierwsze efekty walki z nadwagą i otyłością”, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/pierwsze-efekty-walki-z-nadwaga-i-otyloscia/>, [dostęp:29.11.2016];
27. Instytutywności i Żywienia: „Należy zatrzymać epidemię otyłości”, <http://www.izz.waw.pl/pl/strona-gowna/3-aktualnoci/aktualnoci/541-musimy-zatrzymac-epidemie-otylosci> [dostęp:2016.11.28];
28. Zdrowie kieszonkowe, <http://zdrowekieszonkowe.pl/o-nas/o-projekcie/> [dostęp:29.11.2016];
29. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych;
30. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
31. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
32. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
34. 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;
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
36. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
37. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, <http://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/wytyczne-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/>, [dostęp 29.05.2017];
38. Krajowe ramy strategiczne Politycy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>, [dostęp 29.09.2016];
39. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;

40. Milona M., Pastucha E., Drozd-Dąbrowska M., Szych Z., Walczak A., Olszowski T.: "Nadwaga i otyłość wśród 7-8-letnich dzieci szczecińskich oraz percepcja własnej sylwetki i drugie śniadanie w szkole", *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(2): 376-381;
41. Oblacińska A., Wrocławska M., Woynarowska B.: Częstość występowania nadwagi i otyłości w populacji w wieku szkolnym w Polsce oraz opieka zdrowotna nad uczniami z tymi zaburzeniami. *Ped. Pol.* 1997; 72: 241–245;
42. Mazur A. i inni: „Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce”, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów* 2011, 2, 158–163, ISSN 2082-369X;
43. Szczepanik M., Wlaka J., Stępień E. i inn.: „Ocena wad postawy jako test przesiewowy dla dzieci zagrożonych skoliozą”, *Studia Medyczne* 2012; 26(2): 31– 37;
44. Hagner W., Bąk D., Hagner-Derengowska M.: „Zmiany w postawie ciała u dzieci w pierwszych trzech latach nauki szkolnej”, 2010 *Via Medica* ISSN 1897–3590;
45. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 101/2017 z dnia 17 maja 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Zdrowego Kręgosłupa” Regionalny Program Zdrowotny Województwa Śląskiego na lata 2017-2021 w zakresie wczesnego wykrywania deformacji kręgosłupa u dzieci w wieku szkolnym oraz edukacja w zakresie ergonomii w codziennym życiu dziecka”;
46. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
47. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020;
48. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2016 z dnia 1 kwietnia 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w ramach nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego”;
49. Uchwała nr 1049/351/18 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 26 czerwca 2018 r. zmieniającej uchwałę w sprawie zatwierdzenia harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym realizowanych dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020 na 2018 rok.
50. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób metabolicznych dla województwa mazowieckiego, Ministerstwo Zdrowia, 2017, http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/16_choroby_metaboliczne_mazowieckie.pdf [dostęp 9.10.2017];
51. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego, Ministerstwo Zdrowia, 2017, http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_mazowieckie.pdf [dostęp 9.10.2017];
52. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86).

10. Załączniki

a. Wzór sprawozdania rocznego

Dane beneficjenta: (nazwa, adres, REGON, NIP)

Nr umowy:

Sprawozdanie z realizacji Regionalnego programu zdrowotnego w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego za rok ...

Nr.	Nazwa miernika	Wartość miernika	Uwagi
1.	Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:		
1.1	Liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości,		
1.2	Liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa.		
2.	Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym		
2.1	Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości,		
2.2	Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
3.	Liczba osób, które nie spełniły kryteriów Nr 5 i 6 (kryteria medyczne).		
4.	Liczba uczestników programu w tym:		
4.1	Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości,		
4.2	Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
5.	Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie w danym roku.		18
6.	Liczba uczestników, którzy ukończyli program ¹⁹ w tym:		
6.1	Liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości,		
6.2	Liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
7.	Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:		
7.1	Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości,		
7.2	Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa.		
8.	Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:		
8.1	Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:		
8.1.1	Liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej		
8.1.2	Liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej		
8.2	Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:		
8.2.1	Liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej		

¹⁸ W tej części proszę podać przyczyny rezygnacji jakie podawali rodzice/opiekunowie uczestników w pisemnej rezygnacji z udziału w programie wraz z ich liczebnością.

¹⁹ Za osobę, która ukończyła program rozumie się taką, która otrzymała wszystkie świadczenia przewidziane w module, w którym uczestniczyła.

8.2.2	Liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej		
9.	Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:		
9.1	Liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:		
9.1.1	Liczba badań początkowych,		
9.1.2	Liczba badań w środku interwencji,		
9.1.3	Liczba badań końcowych,		
9.1.4	Liczba innych badań,		
9.2	Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:		
9.2.1	Liczba badań początkowych,		
9.2.2	Liczba badań w środku interwencji,		
9.2.3	Liczba badań końcowych,		
9.2.4	Liczba innych badań.		
10.	Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych ²⁰ .		
11.	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:		
11.1	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:		
11.1.1	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości,		
11.1.2	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości,		
11.2	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym		
11.2.1	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
11.2.2	Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
12.	Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:		
12.1	Liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:		
12.1.1	Liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości,		
12.1.2	Liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości		
12.2	Liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:		
12.2.1	Liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa,		
12.2.2	Liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa,		
13.	Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:		
13.1	Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości.		
13.2	Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
14.	Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:		

²⁰ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącego otyłości

14.1	Liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości,		
14.2	Liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
15.	Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:		
15.1	Liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy,		
15.2	Liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy.		
16.	Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:		
16.1	Liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości,		
16.2	Liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa.		
17.	Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:		
17.1	Liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy,		
17.2	Liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy.		
18.	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:		
18.1	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego w tym:		
18.1.1	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,		
18.1.2	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,		
18.2	liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:		
18.2.1	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego,		
18.2.2	Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego.		
19.	Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, wskaźnik BMI pozostał niezmienny, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego ²¹ .		
20.	Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, wskaźnik BMI		

²¹ Jw.

	pozostał niezmienny, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego ²² .		
21.	Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego ²³ .		
22.	Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego ²⁴ .		
23.	Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:		
23.1	Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie,		
23.2	Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.		
24.	Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:		
24.1	Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie,		
24.2	Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.		

.....
(podpis, data i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania beneficjenta)

²² Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącego otyłości.

²³ Wskaźnik raportowany tylko w ramach realizacji modułu dotyczącym chorób kręgosłupa.

²⁴ Jw.

b. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW REGIONALNEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat realizacji programu pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości Programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej przez beneficjenta osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w Programie.

1. Czy Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

☐ tak

☐ nie

2. W skali od 1 do 5 oceń personel pracujący przy realizacji Programu (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).

1 2 3 4 5

3. W skali od 1 do 5 oceń organizację Programu (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).

1 2 3 4 5

4. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

☐ podmiotu leczniczego

☐ Internetu

☐ znajomych/innych rodziców

☐ ulotki/plakatu

☐ inne (jakie?)

5. Czy Pani/Pana zdaniem stan zdrowia dziecka uczestniczącego w programie zauważalnie poprawił się po świadczeniach udzielonych w ramach Programu?

☐ tak

☐ nie

6. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

☐ tak

☐ nie

7. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakiegóś zmiany w organizacji Programu? Jeśli tak to jakie?

☐ tak

☐ nie

.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

c. Wzór świadomej zgody na udział w programie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

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

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w programie pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem wyżej wymienionego dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. wyżej wymienione dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

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

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

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

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) *data i podpis*

ORYGINAŁ/KOPIA

d. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka/podopiecznego

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w Regionalnym programie zdrowotnym w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci
z województwa mazowieckiego.

Powodem mojej rezygnacji jest:

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

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) *data i podpis*