ZARZĄDZENIE NR OR.I.0050.17.0050.2024
BURMISTRZA GOGOLINA

z dnia 1 lutego 2024 r.

w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w 2024 r. pn."Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027"

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688), art. 48 ust. 1 i art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561. z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872, 1938 i 2730), art. 114 ust. 1 pkt 1, art. 115 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 i 1675) zarządzam, co następuje:

§ 1. Ogłaszam otwarty konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej, pn. "Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027", przyjęty do realizacji uchwałą Nr LXXIV/784/2023 Rady Miejskiej w Gogolinie z dnia 22 listopada 2023 r., który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. Treść ogłoszenia stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

2. Ogłoszenie, o którym mowa w § 1 zamieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Gogolinie www.bip.gogolin.pl, na stronie internetowej gminy www.gogolin.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Miejskiego w Gogolinie.

§ 3. Zarządzanie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Burmistrz Gogolina

Joachim Wojtala

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr OR.I.0050.17.0050.2024
Burmistrza Gogolina
z dnia 1 lutego 2024 r.

Program polityki zdrowotnej
Gminy Gogolin
na lata 2024-2027

Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.)

Gogolin, maj 2023 r.

Spis treści

Spis rycin **4**

Spis tabel **5**

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu ***7***

I.1 Opis problemu zdrowotnego **7**

Wady słuchu 7

Wady wzroku: 10

I.2 Dane epidemiologiczne **12**

Wady słuchu: 12

Wady wzroku: 14

Województwo opolskie **15**

Wady słuchu: 18

Wady wzroku: 21

I.3 Obecne postępowanie **26**

Wnioski z badań i analiz naukowych (za AOTMiT): 30

Obecne postępowanie badania przesiewowe słuchu 32

Obecne postępowanie badania przesiewowe wzroku 33

Alternatywne świadczenia 35

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ***36***

II.1 Cel główny **36**

II. 2 Cele szczegółowe **36**

II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu **36**

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu ***38***

III.1 Populacja docelowa **38**

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu **41**

Kryteria włączenia do programu 41

Kryteria wyłączenia z programu 41

III.3 Planowane interwencje **42**

Etap I – działania organizacyjne 42

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne 43

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze 49

III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu 49

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie 51

IV. Organizacja programu 52

IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów 52

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych 53

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu 56

V.1 Monitorowanie 56

V.2 Ewaluacja 58

VI. Budżet programu 60

VI.1 Koszty jednostkowe 60

VI.2 Koszty całkowite 61

1. Koszty organizacyjne 61
2. Koszty interwencji 62

VI.3 Źródła finansowania 64

VII. Bibliografia 65

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora 67

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór 67

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór 68

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne - wzór 69

Spis rycin

Rycina 1. Choroby i urazy powodujące łącznie najwięcej zgonów i niesprawności w Polsce w 2019 r. 14

Rycina 2. Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0-14 lat w 2019 roku (w odsetkach) 15

Rycina 3. Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat z chorobami oka, 2014 r. 15

Rycina 4. Wyzwana dla lecznictwa szpitalnego w województwie opolskim. 16

Rycina 5. Najczęstsze świadczenia z pozostałych grup rozpoznań w SOR 17

Rycina 6. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby ucha i wyrostka sutkowatego 18
Rycina 7. Wskaźnik chorobowości rejestrowanej – Choroby ucha i wyrostka sutkowatego .. 19
Rycina 8. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby narządu słuchu i równowagi 19
Rycina 9. Współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu rozpoznań „Choroby narządu słuchu i równowagi” 20
Rycina 10. Liczba pacjentów z powodu rozpoznań „Choroby narządu słuchu i równowagi” .. 20
Rycina 11. Wskaźniki zapadalności rejestrowanej – Zez oraz niedowidzenie. 21
Rycina 12. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet - Zez oraz niedowidzenie 22
Rycina 13. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. mężczyzn Zez oraz niedowidzenie 22
Rycina 14. Wskaźniki chorobowości rejestrowanej – Zez oraz niedowidzenie. 23
Rycina 15. Współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu rozpoznań „chorób oka i okolic” 23
Rycina 16. Liczba pacjentów z powodu rozpoznań „chorób oka i okolic” 24
Rycina 17. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia okulistyczna dla dzieci 25
Rycina 18. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia otolaryngologiczna dla dzieci 25
Rycina 19. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia logopedyczna 26
Rycina 20. Piramida wieku mieszkańców Gminy Gogolin 38

Spis tabel

Tabela 1. Stopnie niepełnosprawności słuchowej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 9
Tabela 2. Liczba ludności gminy Gogolin w podziale na miejscowości 39
Tabela 3. Struktura wiekowa mieszkańców gminy Gogolin ogółem w podziale na wiek i płeć 39
Tabela 4. Koszt jednostkowy badań przesiewowych 60
Tabela 5. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych 61
Tabela 6. Planowany budżet roczny programu 63

Tabela 7. Planowany całkowity budżet programu w zł. 63

I. Opis problemu zdrowotnego wraz z uzasadnieniem wprowadzenia programu

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Zmysły słuchu i wzroku są istotnymi narzędziami komunikacji człowieka z otaczającym go światem zewnętrznym. Poprzez zmysł wzroku i słuchu człowiek poznaje kształty, barwy, fale dźwiękowe oraz wyraża stany emocjonalne takie jak: krzyk, płacz czy śmiech.

Uszkodzenie zmysłów słuchu i wzroku powoduje zaburzenia rozwoju procesu komunikatywnego. Oko oraz ucho to kluczowe przekaźniki informacji, która jest odbierana ze środowiska, przekazywana do mózgu a następnie przetwarzana. Defekt tych organów (oka, ucha) może doprowadzić do błędów w interpretowaniu danych przez mózg dziecka. Rzutuje to również na skłonność do upośledzenia mowy dziecka, a także do wystąpienia wad mieszanych, które odbijają się na dalszym rozwoju intelektualnym.

Kluczowe jest wczesne wykrycie wad wzroku i słuchu, a także ich odpowiednia korekcja, ma to decydujący wpływ na edukację oraz życie zawodowe podopiecznych. Rozwój intelektualny, adaptacja do nowego środowiska szkolnego, sukcesy szkolne a później zawodowe, pozostają w bezpośrednim związku z możliwością komunikowania się za pomocą zmysłu wzroku i słuchu. Zaburzony wzrok i słuch u dzieci są przyczyną poważnych trudności w nauce.

<u>Wady słuchu</u>

Na wady słuchu składają się różne zaburzenia funkcji ucha i zmysłu słuchu, które upośledzają zdolność słyszenia. Wada może polegać na uszkodzeniu odbierania dźwięków z otoczenia lub zaburzeniu przewodzenia dźwięków do mózgu. Najczęściej występują wady mieszane. Mogą występować różne stopnie uszkodzeń słuchu, od lekkiego niedosłuchu po całkowitą głuchotę. W populacji dzieci i młodzieży ubytki słuchu mają różny charakter zależny od przyczyny powstawania. Przyczyną nabytych zaburzeń słuchu u dzieci w wieku szkolnym najczęściej są infekcje górnych dróg oddechowych prowadzące do stanów zapalnych ucha środkowego. Większość tych zapaleń można skutecznie leczyć zachowawczo. W niektórych przypadkach występują wady wrodzone, powstałe w wyniku nieprawidłowego rozwoju w życiu płodowym lub dziedziczne. Czasem do utraty słuchu dochodzi w okresie okołoporodowym, np. z powodu urazu lub niedotlenienia. W późniejszym okresie wady słuchu powstają w wyniku chorób zakaźnych, np. różyczki, odry, świnki, grypy. Przyczyniają się do nich również zatrucia, a także cukrzyca i niedoczynność tarczycy.

Nadmierny, ciągły hałas, powyżej 80 dB może spowodować trwały, nieodwracalny ubytek słuchu. Niebezpieczne, wysokie natężenie hałasu jest stale obecne w życiu dziecka, w szkole może nawet dochodzić do 100dB. Niebezpieczne są również urządzenia medialne, np. słuchanie głośnej muzyki przez słuchawki. Wczesne rozpoznanie wad i zaburzeń słuchu zapobiega ich pogłębianiu się, a jednocześnie zwiększa szansę na całkowite wyleczenie.

Do najczęściej występujących wad słuchu u dzieci można zaliczyć:

- **choroby zapalne ucha środkowego**- około 90% dzieci chorobę przebyło chociaż raz, a 60% chorowało wielokrotnie. Wynika to ze specyficznej budowy anatomicznej trąbki słuchowej – jest szersza, krótsza i ustawiona bardziej poziomo, co sprzyja przeniesieniu się zakażenia z jamy nosowo-gardłowej do ucha środkowego. Zapalenie ucha środkowego może przebiegać jako:
    - ostre zapalenie ucha środkowego;
    - wysiękowe zapalenie ucha środkowego;
    - przewlekłe zapalenie ucha środkowego;
- **nawracalne wysiękowe zapalenie ucha** – występuje najczęściej między 6 miesiącem a 4 rokiem życia. Badania przeprowadzone w USA wskazują, że choroba może dotyczyć 53-61% dzieci w wieku przedszkolnym i ponad 20% w wieku szkolnym.
- **przerośnięty migdałek gardłowy** – skutkuje uporczywymi i nawracającymi zapaleniami gardła i dolnych dróg oddechowych. Spowodowane jest to niedrożnością przewodu nosowego
- **zatkanie ucha przez czop woskowinowy** – czop powstaje w wyniku nagromadzenia się woskowiny w przewodzie słuchowym. Problem może dotyczyć 1 na 10 dzieci, objawy jakie są z tym związane to m.in. niedosłuch, szumy uszne, uczucie pełności w uchu, kłucie w uchu, swędzenia, ból, kaszel oraz zwroty głowy.

O niedosłuchu mówimy, gdy pojawia się pogorszenie zdolności słyszenia dźwięków. Uzależniając go od stopnia uszkodzenia aparatu słuchu wymienia się:

- niedosłuch lekki;
- niedosłuch umiarkowany;
- niedosłuch znaczny;
- niedosłuch głęboki;

Problemy ze słyszeniem i rozumieniem mowy ludzkiej, nawet tej bardzo głośnej, pojawiają się w niedosłuchu umiarkowanym i znacznym. W przypadku niedosłuchu głębokiego człowiek słyszy tylko bardzo głośne dźwięki, jak np. krzyk. Jednak pierwsze stadium niedosłuchu rozpoczyna się bardzo niewinnie – niemożnością słyszenia np. szeptu, szczegółowe informacje zawarte są w tabeli 1.

Tabela 1. Stopnie niepełnosprawności słuchowej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

Stopień upośledzenia	Wartość audiometryczna ISO (średnia dla 500. 1000, 2000, 4000 Hz)	Opis upośledzenia
0 (brak upośledzenia)	25 dB HL lub mniej	Brak lub niewielkie problemy ze słuchem. Możliwość słyszenia szeptu.
1 (lekkie)	26–40 dB HL	Zdolność słyszenia i powtarzania słów wypowiadanych normalnym tonem z odległości 1 metra.
2 (umiarkowane)	41–60 dB HL	Zdolność słyszenia i powtarzania słów wypowiadanych podniesionym tonem z odległości 1 metra.
3 (ciężkie}	61–80 dB HL	Zdolność usłyszenia kilku słów wykrzyczanych.
4 (głębokie, łącznie z głuchotą)	81 dB HL lub więcej	Niezdolność do słyszenia i rozumienia krzyku.

Źródło: A. Frankowska: Jakość życia dzieci i młodzieży z wadą słuchu, Poznań 2014.

Zaniedbane lub niedoleczone infekcje mogą spowodować ubytek słuchu dziecka, bardzo często w stopniu nieodwracalnym, mogą też doprowadzić do głuchoty.

Według Stowarzyszenia Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących wczesne rozpoznanie zaburzeń słuchu i zastosowanie odpowiedniej terapii pozwala uzyskać zadawalające efekty w 92% przypadków oraz prawie czterokrotnie obniżyć koszty leczenia w porównaniu z kosztami opóźnionej terapii.

Trzeba mieć na uwadze, że organizm dziecka rozwija się niezwykle dynamicznie i wymaga szczegółowej kontroli zdrowia, by wykryć powstające nieprawidłowości najwcześniej jak to możliwe.

Badania u dzieci rozpoczynających naukę szkolną, prowadzone od wielu lat przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z jednostkami naukowymi z Polski oraz innych krajów, wykazały, że:

- co piąte dziecko ma różnego rodzaju problemy ze słuchem,
- co trzecie dziecko wykazuje problemy ze wzrokiem,
- co czwarte dziecko wykazuje zaburzenia artykulacji.

Jednym z najskuteczniejszych narzędzi pozwalających na wczesne rozpoznawanie dzieci zagrożonych trudnościami w uczeniu się z powodu zaburzeń słuchu czy wzroku są powszechne badania przesiewowe. Ich wykonanie umożliwia podjęcie właściwej interwencji i terapii – najpóźniej w momencie rozpoczęcia nauki w szkole.

Wady wzroku:

Wykrywanie wad wzroku nie zawsze jest proste, gdyż objawy mogą być różne i często niecharakterystyczne. U dziecka mogą pojawić się kłopoty z czytaniem i pisaniem, bóle głowy, pieczenie i łzawienie oczu oraz mruganie powiekami. Dziecko skarży się na zamazywanie obrazu z bliska lub z daleka, przyjmuje nieprawidłową postawę przy czytaniu, pisaniu, patrzeniu na monitor. Wczesna i prawidłowa korekcja wady wzroku pozwala uzyskać całkowitą poprawę widzenia i zapobiec rozwojowi niedowidzenia. Brak leczenia wad wzroku może prowadzić do pogłębiania się niedowidzenia i braku możliwości uzyskania w późniejszym czasie pełnej ostrości wzroku i widzenia obuocznego.

W związku z ciągłym postępem cywilizacyjnym, ludzie coraz bardziej narażeni są na uszkodzenia i degradację słuchu związane z dużą ilością decybeli, które generuje nasze otoczenie. Powstałe defekty słuchu mogą mieć zróżnicowany charakter oraz źródło powstania. Erę cyfryzacji możemy rozpatrywać dwojako: z jednej strony jako duże ułatwienie w funkcjonowaniu w życiu codziennym, a z drugiej strony jako zagrożenie dla naszego zdrowia m.in. poprzez wpływ na osłabienie naszego wzroku, co jest konsekwencją zbyt dużej ilości czasu spędzonego przed ekranami telewizorów, komputerów, smartfonów.

U dzieci do najczęstszych wad wzroku można zaliczyć:

- **astygmatyzm** – zwany także „niezbornością" jest wadą refrakcji, która objawia się zniekształconym widzeniem, spowodowanym niesferycznością rogówki oka. Gdy niezborność wynosi do 0,5 dioptrii mówi się o astygmatyzmie fizjologicznym, który nie wymaga korekcji. Jednak, gdy wada wynosi więcej jak 0,75 dioptrii wówczas może

stanowić to dyskomfort oraz utrudniać funkcjonowanie. Astygmatyzm sprawia, że obraz, który widzimy jest zamazany oraz zniekształcony. Towarzyszą temu inne objawy takie jak:

- nawracające bóle głowy;
- przekrzywianie głowy;
- widzenie linii prostych jako krzywych;
- uczucie widzenia jak przez mgłę;
- mrużenie oczu;
- częste mruganie;
- tarcie oczu;
- zaburzenia poczucia przestrzeni;

- **krótkowzroczność** – wada polegająca na wyraźnym widzeniu przedmiotów, które znajdują się w bliży, podczas gdy przedmioty w oddali wydają się zamazane, występuje u około 10% dzieci i młodzieży. Wyróżnia się trzy typy:
  - osiowa – oko jest zbyt wydłużone;
  - krzywiznowa – konkretne elementy oka są wypukłe, zazwyczaj dotyczy to rogówki i soczewki;
  - refrakcyjna – związana z współczynnikiem załamania soczewki, soczewka zbyt mocno załamuje docierające do niej promienie;
- **nadwzroczność** – inaczej dalekowzroczność, jest to sytuacja, w której obraz powstaje nie na siatkówce, ale poza nią. Przyczyną może być gałka oczna lub zbyt płaska rogówka. Wada polega na wyraźnym widzeniu przedmiotów znajdujących się w pewnej odległości, zaś występuje utrata wyraźności przedmiotów znajdujących się blisko. Wada ta jest najczęściej spotykana u dzieci, szacuje się, że dotyczy około 20% dzieci;
- **zez** – choroba polegająca na nierównoległym ustawieniu gałek ocznych. Wynikają z niej różnego rodzaju zaburzenia widzenia jednoocznego i obuocznego. Szacuje się, że zez może dotyczyć około 4% populacji. Stosuje się rożne podziały zeza:
  - jednostronny – sytuacja, gdy stale zezuje jedno oko;
  - dwustronny – sytuacja, gdy zezuje raz jedne, a raz drugie oko;

  Ze względu na kierunek:
  - zbieżny – oko odchylone w kierunku nosa;
  - rozbieżny – oko odchylone w kierunku skroni;

- ku górze;
- ku dołowi;
- skośny;

Rodzaj zeza:

- zez ukryty;
- zez jawny towarzyszący;
- zez jawny nietowarzyszący (porażenny).

Przyczyny zeza nie są do końca znane, uważa się, że mogą mieć charakter:

- sensoryczny – związany z wadami refrakcji, chorobami siatkówki, nerwu wzrokowego, a także zaburzeń przezierności ośrodków optycznych;
- motoryczny – wynikające z zaburzeń unerwienia mięśni gałkoruchowych, ukształtowania oczodołów;
- centralny – urazy psychiczne, urazy okołoporodowe uszkadzające centralne mechanizmy sterowania.

- **zaburzenie widzenia barw** – uszkodzenie fotoreceptorów siatkówki, najczęściej jest wadą wrodzoną, uwarunkowaną genetycznie, częściej dotyczy populacji chłopców 5-6%, niż dziewcząt 0,5%;
- **amblyopia** (tzw. „leniwe oko”) – jeden z najczęstszych przyczyn pogorszenia widzenia u dzieci, może dotyczyć około 1-5% populacji. Jest to osłabiona zdolność widzenia w jednym oku.

I.2 Dane epidemiologiczne

W dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia *„Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”* wykazano, że duże znaczenie i szansę na poprawę zdrowia społeczeństwa ma zachowanie zdrowego stylu życia, a także wykonywanie badań przesiewowych pozwalających na wczesne wykrycie zaburzeń zdrowotnych.

Wady słuchu:

Szacunki WHO mówią, że 1,1 mld młodych ludzi na całym świecie może być narażonych na utratę słuchu, którego przyczyną mogą być nieprawidłowe zachowania, takie jak słuchanie głośnej muzyki przez słuchawki lub przebywanie w pomieszczeniach, w których jest głośna muzyka (koncerty, puby, dyskoteki).

WHO wskazuje, że wczesne rozpoznawanie zaburzeń słuchu powinno odbywać się przez odpowiednio dobrane interwencje w celu minimalizowania opóźnień rozwojowych. Programy przesiewowe wśród noworodków i małych dzieci pozwalają na wczesną identyfikację zaburzeń. Ubytki słuchu mogą również rozwinąć się u dzieci w późniejszym wieku, dlatego regularne prowadzenie badań przesiewowych w wieku przedszkolnym i szkolnym jest równie ważne.

W latach 1994-2006 w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono Ogólne Badanie Zdrowia i Prawidłowego Odżywiania. Wyniki wykazały, że zjawisko niedosłuchu w grupie 6 do 19 lat wzrosło z 3,5 do 5,3%.

W świetle danych Światowej Organizacji Zdrowia powyżej 5% ludności na świecie ma wadę słuchu – 328 mln dorosłych i 32 mln dzieci. Na uwagę zasługuje fakt, że połowy przypadków można by uniknąć przy zastosowaniu profilaktyki pierwotnej.

Według Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce, 3 na 1000 noworodków ma diagnozowane zaburzenia słuchu. Szacunki mówią, że wśród dzieci w wieku szkolnym problem ten może dotyczyć niemal 20% dzieci w kraju. Powoduje to trudności w adaptacji do środowiska szkolnego, a także problemy w nauce czy zaburzenia w komunikacji. Niepokojący jest wniosek z badań Narodowego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu mówiący, że niemal 60% rodziców nie miało świadomości o ubytku słuchu u swojego dziecka, pomimo nieprawidłowego wyniku badania przesiewowego.

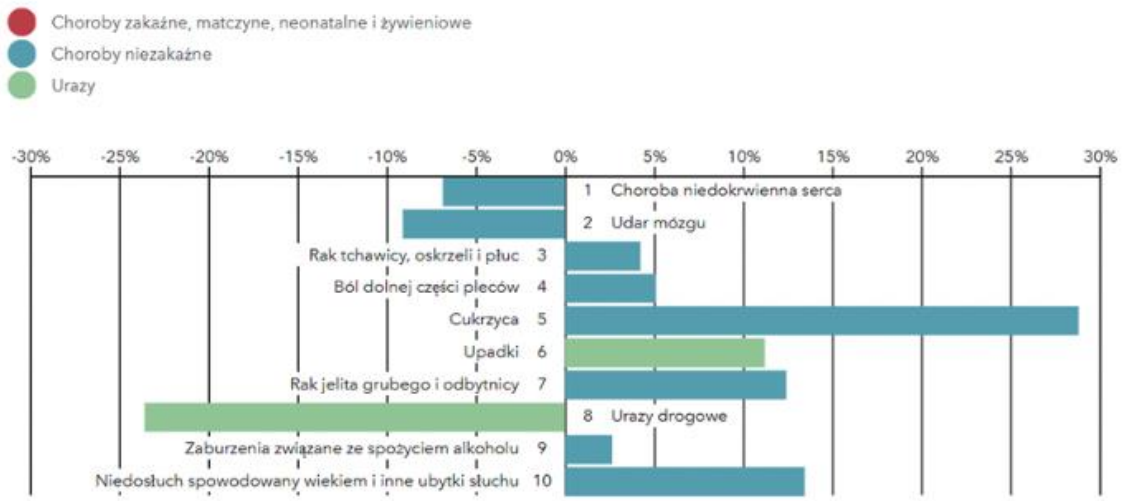
Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzonego w Polsce w 2019 r. wskazują, że w populacji osób w wieku 2-14 lat u niemal 12% (118 na 1000) wszystkich dzieci w tej grupie, stwierdzono występowanie trudności w funkcjonowaniu narządów zmysłu lub ruchu.

Wśród dzieci z kłopotami zdrowotnymi i trudnościami, problemy ze wzrokiem – wystąpiły u 659 na 1000. Wyraźnie częściej dotykały one dziewczynek (751) niż chłopców (580). Dość często również występowały u dzieci trudności w mówieniu. Ten problem z kolei w większym stopniu dotyczył chłopców (359) niż dziewczynek (217).

Najliczniejszą grupę, która miała trudności w funkcjonowaniu narządów zmysłu lub ruchu, stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat, wśród których najczęstszym problemem były kłopoty ze wzrokiem (wystąpiły one u 870 na 1000 dzieci z wyżej wskazanymi problemami).

Według badania Global Burden of Disease 2019 (GBD), prowadzonego przez Institute for Health Metrics and Evaluation (Seattle, USA), które jest jak dotąd najbardziej wszechstronnym

badaniem zdrowotnym na świecie, ze względu na analizę poziomu obciążenia chorobowego 286 przyczyn zgonów, 369 chorób i urazów oraz 87 czynników ryzyka w 204 krajach i terytoriach wynika, iż w pierwszej 10 chorób i urazów powodujących zgony i niepełnosprawność w Polsce znajduje się niedosłuch spowodowany wiekiem i inne ubytki słuchu.



Rycina 1. Choroby i urazy powodujące łącznie najwięcej zgonów i niesprawności w Polsce w 2019 r.
Źródło: https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/gbd/gbd-2019/

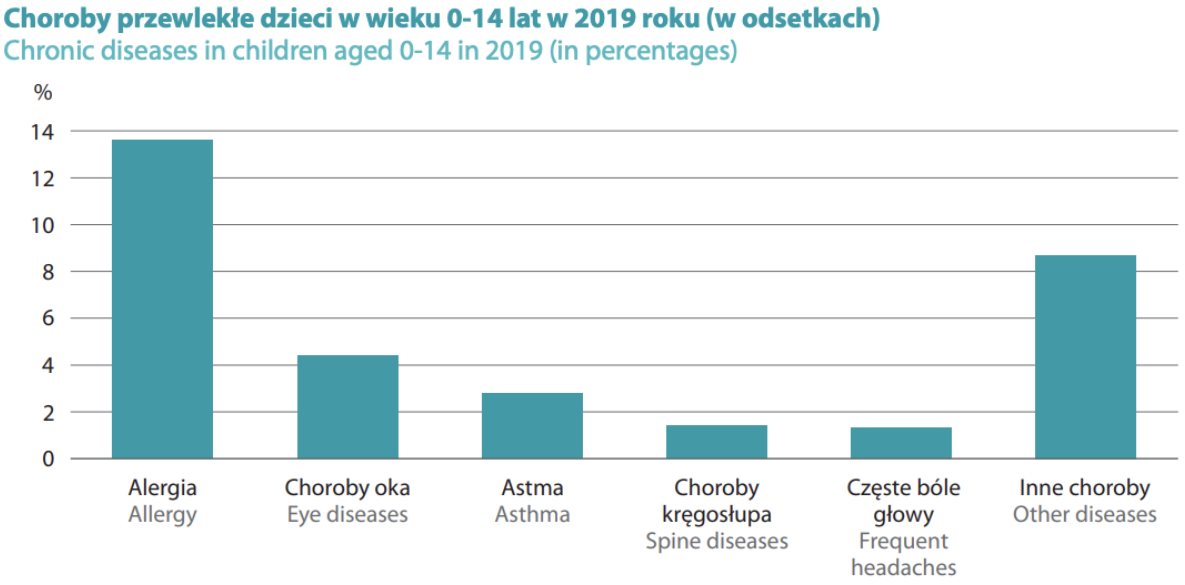
Wady wzroku:

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku, powinno być prowadzone w ramach populacyjnych programów zdrowotnych zintegrowanych ze szkolnymi programami zdrowia, w połączeniu z edukacją dzieci i rodziców oraz kampaniami uświadamiającymi istotność problemu.

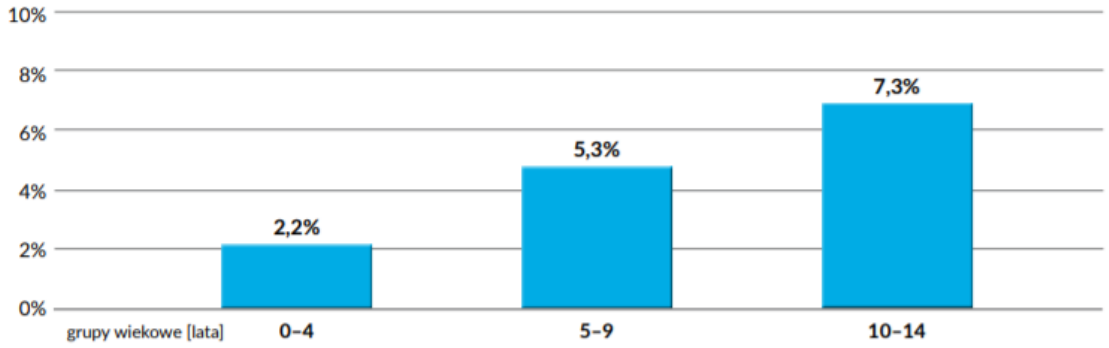
Jak szacuje Światowa Organizacja Zdrowia, profilaktyka i właściwa terapia mogą zapobiec upośledzeniu wzroku u 80% chorych.

Choroby oczu stanowią wielowymiarowy problem dla zdrowia publicznego. Mogą prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia, w tym do niepełnosprawności i wykluczenia społecznego. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że zaburzenia wzroku dotyczą ponad 4% populacji świata, z czego ok. 90% mieszka w krajach o niskich dochodach. Dodatkowo Światowa Organizacja Zdrowia szacuje również, że 80% wad wzroku można uniknąć poprzez wczesne wykrywanie i właściwe leczenie.

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzonego w Polsce w 2019 r. wskazują, że ponad 4% dzieci w wieku 0-14 lat miało choroby oka. W grupie dzieci 2-14 lat problemy ze wzrokiem dotyczyły prawie 8%. Wśród tych z poważnymi dolegliwościami zdrowotnymi, dominowały problemy ze wzrokiem (65,8%). Dane ukazane na rycinie 2 i 3.



Rycina 2. Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0-14 lat w 2019 roku (w odsetkach*)*
Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.



Rycina 3. Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat z chorobami oka, 2014 r.
Źródło: Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzejącej się populacji

Województwo opolskie

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), w 2019 r., według map potrzeb zdrowotnych dla woj.

opolskiego, w części dotyczącej *„Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa opolskiego na podstawie danych za 2019 r.”*, załącznik 8, strona 829, wskazano, iż w województwie w 2050 r. notowany będzie najwyższy wiek środkowy (mediana wieku) – 56,1 lat, tj. o 3,6 lat wyższy niż dla Polski ogółem. W województwie w okresie 2013-2050 liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się o 75,0% do 268,9 tys. w 2050 r., a osób w wieku 80 lat i więcej o 138,4% do 90,7 tys., przy czym odsetek tych osób w ludności województwa w 2050 r. wyniesie 12,2%. Prognozowana liczba ludności ogółem w 2050 r. dla województwa ma wynieść 744,58 tys. i będzie najniższa względem Polski. Zagęszczenie ludności w województwie opolskim jest poniżej średniej dla kraju. Prognoza wskazuje, że spośród wszystkich województw proces starzenia się społeczeństwa będzie przebiegać najszybciej w województwie opolskim względem kraju. Będzie to wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej, dodatkowo należy wskazać, iż ewentualne choroby zmysłów wzroku i słuchu w starszej populacji województwa opolskiego będą znacznie częściej występujące niż w ogólnej populacji dla Polski.

Na stronie 838, punkt 6.1 w części „*Leczenie szpitalne*” stawia wyzwania dla województwa w zakresie opieki pediatrycznej, co jest szczególnie istotne w zakresie planowanego programu polityki zdrowotnej, gdyż wczesne wykrycie wad zmysłów, odpowiednia edukacja rodziców pozwoli na przyszłe odciążenie systemu lecznictwa szpitalnego, dzięki skanalizowaniu wcześniej potencjalnych pacjentów do niższego poziomu opieki medycznej, jakim jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

6.1.	W 2019 r. na terenie województwa zlokalizowanych było 40 szpitali, a liczba szpitali w podziale na PSZ kształtowała się następująco: szpitale poza siecią: 13, szpitale I stopnia: 13, II stopnia: 5, szpitale ogólnopolskie: 5, szpitale pulmonologiczne: 3 i jeden szpital onkologiczny. Są to proporcje porównywalne ze średnią dla Polski, za wyjątkiem szpitali III stopnia i szpitali pediatrycznych, których na terenie województwa opolskiego brakuje.	Obecna infrastruktura jest niewystarczająca dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitali III stopnia i szpitala pediatrycznego względem innych województw.	Wskazane jest maksymalne zabezpieczenie opieki pediatrycznej.

Rycina 4. Wyzwana dla lecznictwa szpitalnego w województwie opolskim.
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych dla woj. opolskiego, 2021

Analizując zróżnicowanie regionalne pomiędzy województwami Polski, wzrost chorobowości w ciągu prognozowanych lat w przypadku **chorób narządów zmysłów** będzie się mieścił w

przedziale od 7,86% (2 246,65 na 100 tys. ludności więcej w 2028 r.) w województwie mazowieckim, do **11,93%** (3 598,31 na 100 tys. ludności) **w województwie opolskim**. Będzie to najwyższa wartość w kraju.

Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej trafiali na rehabilitację dzienną, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (45,5%), choroby układu nerwowego (14,5%), choroby układu krążenia (5,7%), zaburzenia psychiczne (4,8%), **choroby narządów zmysłu (4,8%)**, inne choroby niezakaźne (3%) schorzenia matki i noworodków (2,2%), nowotwory (1,6%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,8%).

Wśród pacjentów w rehabilitacji dziennej 36,1% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 35,8% w wieku 18-64 lata i 28,1% w wieku od 65 lat wzwyż.

W przypadku każdego zakresu wystąpiły znaczące różnice w liczbie realizowanych świadczeń pomiędzy województwami, w szczególności:

- udzielało się bardzo mało świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń słuchu i mowy w województwach łódzkim, małopolskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim,
- **nie udzielało się świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku** w województwach lubuskim, **opolskim**, podlaskim, pomorskim i zachodniopomorskim, a także udzielało się ich bardzo mało w lubelskim i kujawsko- pomorskim.

Wśród 3 najczęstszych świadczeń z pozostałych grup rozpoznań w SOR w 2018 r. w województwie opolskim były schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu – rycina 5.

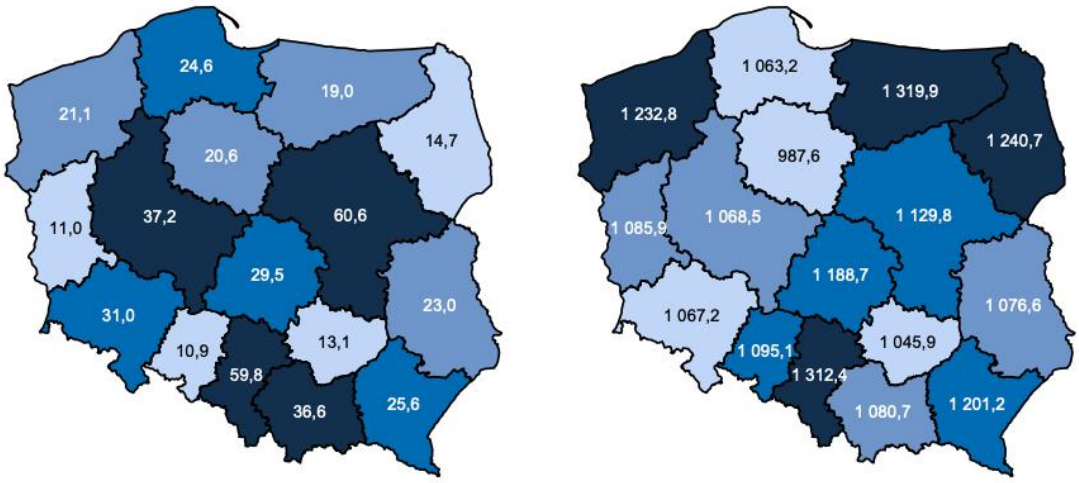
Województwo	Rozpoznanie	Udział [%]
opolskie	Schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu	3,15
	Nadciśnienie tętnicze	2,47
	Urazy klatki piersiowej	1,66

Rycina 5. Najczęstsze świadczenia z pozostałych grup rozpoznań w SOR
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych dla woj. opolskiego, 2018

Wniosek z map potrzeb zdrowotnych wskazuje, że celowym jest prowadzenie wczesnego przesiewu wad wzroku wśród dzieci zamieszkujących w Gminie Gogolin, aby jak najwcześniej wykryć ewentualne nieprawidłowości.

Wady słuchu:

Według Danych z Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018 - zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy – „Choroby ucha i wyrostka sutkowatego" w roku 2016 wyniosła 438,2 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł w Polsce 1 140,2. Dane dla poszczególnych województw w tym opolskiego zawarte są na rycinie 6, gdzie wykazano, iż wskaźnik ten wynosi 1 095,1 co jest wartością niższą niż średni dla całego kraju.

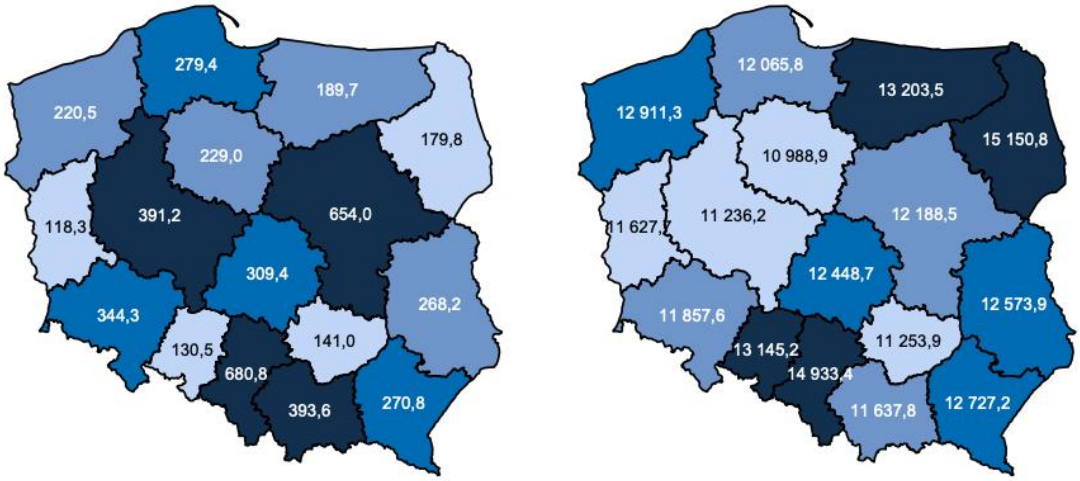


Rycina 6. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby ucha i wyrostka sutkowatego
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018

W Mapach potrzeb zdrowotnych chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2016 r. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku, którzy nie zmarli do 31.12.2016 r.

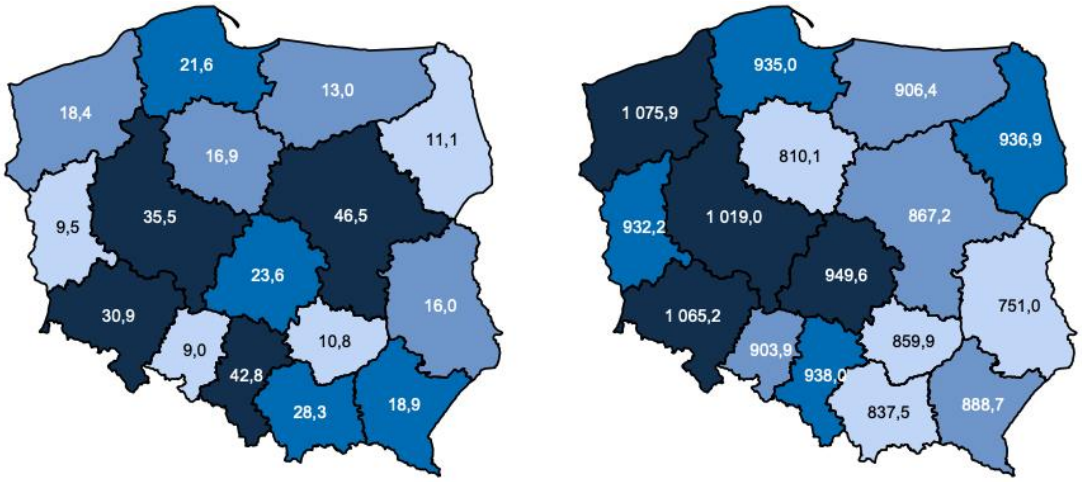
Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 4 800,6 tys. (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 12,5 tys.). Rycina 7 zawiera informacje o liczbie chorych w poszczególnych województwach (w wartościach bezwzględnych) oraz w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w poszczególnych województwach.

Co ważne w wartościach bezwzględnych województwo opolskie ma drugi najniższy wynik w kraju – 130,5 tys. pacjentów, ale po przeliczeniu już na 100 tys. ludności mamy 4 najwyższy wynik w Polsce – 13 145,2, po województwach podlaskim, śląskim i warmińsko-mazurskim.



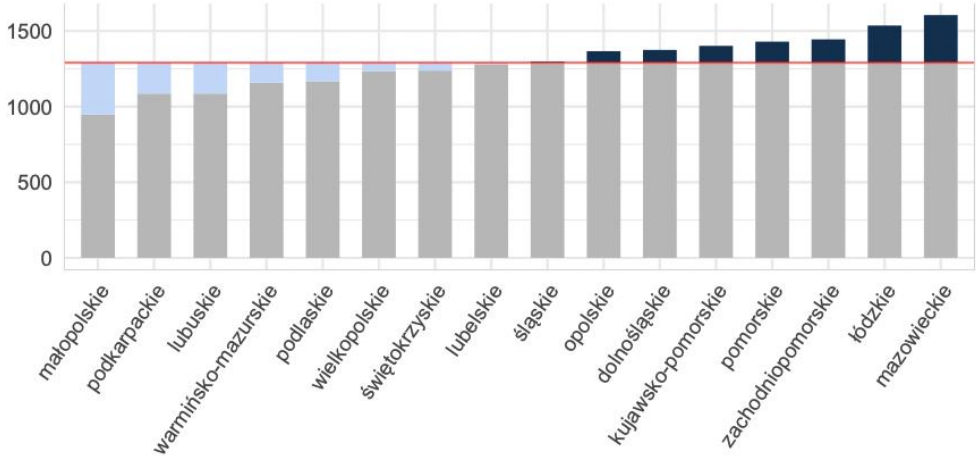
Rycina 7. Wskaźnik chorobowości rejestrowanej – Choroby ucha i wyrostka sutkowatego
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018

Zapadalność rejestrowana z grupy „Choroby narządu słuchu i równowagi" w roku 2016 r. wyniosła 352,8 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 918,1. Dane dla województw zawarte są na rycinie 8 województwo opolskie ma wskaźnik o wartości 903,9.



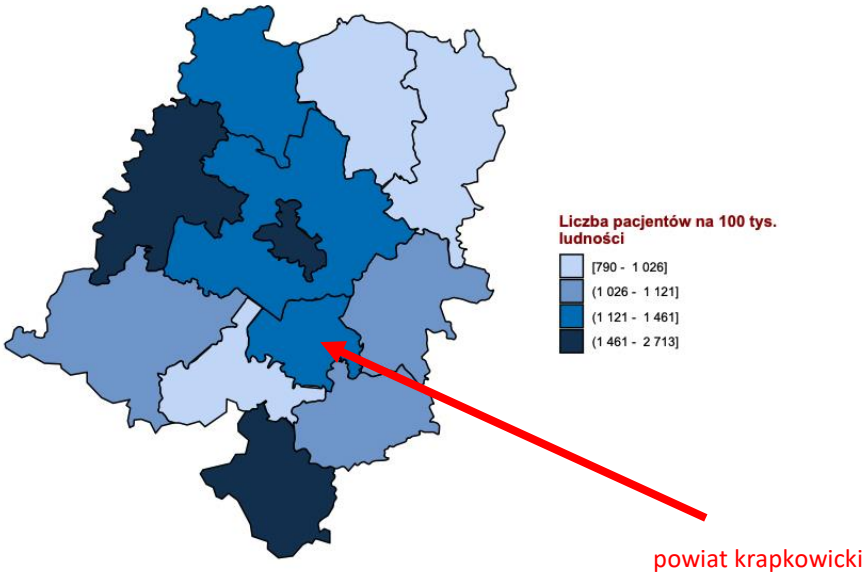
Rycina 8. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej – Choroby narządu słuchu i równowagi
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu grupy rozpoznań „Choroby narządu słuchu i równowagi" w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Województwo opolskie ma ten wskaźnik powyżej średniej dla Polski.



Rycina 9. Współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu rozpoznań „Choroby narządu słuchu i równowagi"
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018

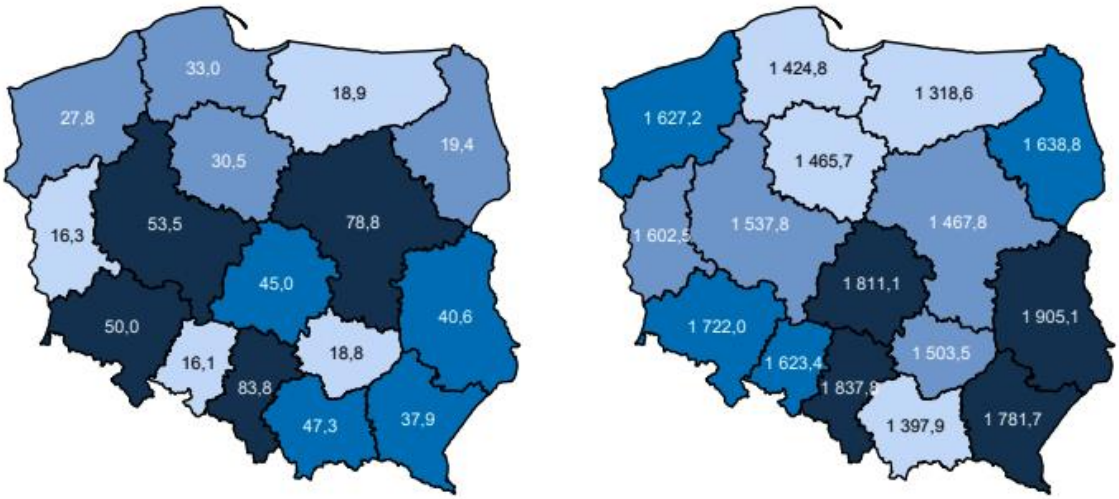
Liczba pacjentów z terenu Powiatu Krapkowickiego jest wyraźnie większa niż średnia dla województwa opolskiego.



Rycina 10. Liczba pacjentów z powodu rozpoznań „Choroby narządu słuchu i równowagi"
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018

Wady wzroku:

W Mapach potrzeb zdrowotnych *w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego* zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Zez oraz niedowidzenie" w roku 2016 wyniosła 617,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1 607,8. Wskaźniki dla poszczególnych województw ukazane są na rycinie 11, co ważne w wartościach bezwzględnych województwo opolskie ma najniższy wynik w kraju – 16,1 tys. pacjentów, ale wynika to z liczby mieszkańców, w przeliczeniu na 100 tys. ludności mamy już wynik powyżej średniej w Polsce – 1 623,4.



Rycina 11. Wskaźniki zapadalności rejestrowanej – Zez oraz niedowidzenie.
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018

Chorobowość rejestrowaną oszacowano na dzień 31.12.2016 r. Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów, zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku, którzy nie zmarli do 31.12.2016 r.

Ryciny 12 i 13 przedstawiają zapadalność według grup wiekowych w ramach płci, w ramach grupy schorzeń Zez oraz niedowidzenie. Rycina 14 wskazuje zapadalność rejestrowaną dla rozpoznań z grupy „Zez oraz niedowidzenie" roku 2016 - współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności oraz w wartościach bezwzględnych.

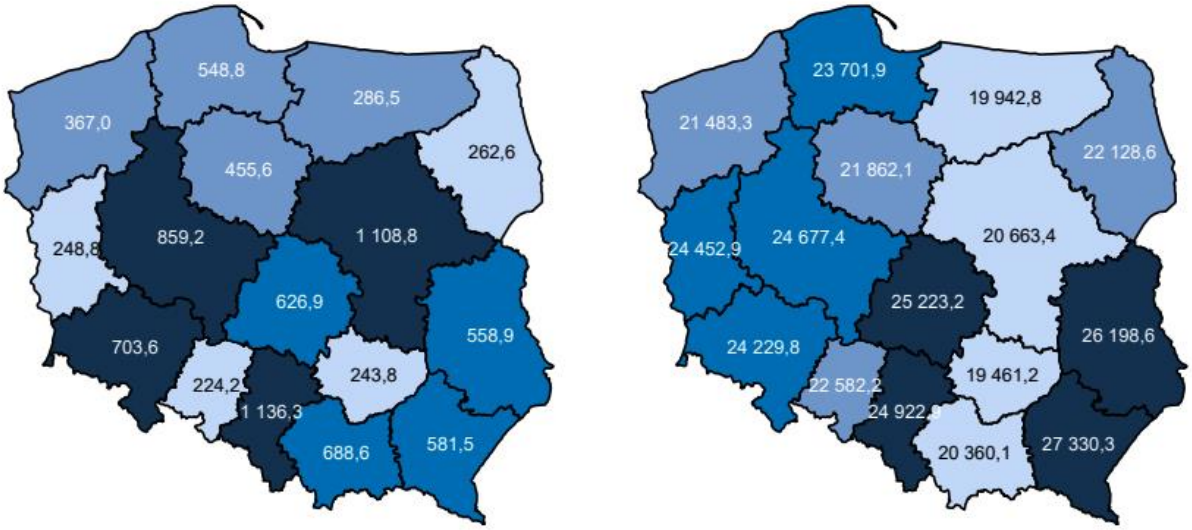
W grupie pacjentów <18 r.ż. dla kobiet średnia dla Polski wynosi 2 536,1 – dla województwa opolskiego 2 782,0, wskaźniki dla mężczyzn wynoszą odpowiednio 2 175,9 vs. 2 276,6.

Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	2 759,9	1 243,8	2 077,7	2 462,8	2 295,6
kujawsko-pomorskie	1 917,7	1 010,4	2 120,2	2 107,2	2 231,1
lubelskie	3 240,2	1 565,2	2 498,4	2 307,9	2 214,0
lubuskie	2 624,8	1 242,7	2 093,4	2 030,5	2 032,2
łódzkie	2 676,9	1 389,8	2 615,2	2 456,6	2 132,7
małopolskie	2 238,6	1 012,3	1 920,9	1 955,5	1 786,6
mazowieckie	2 285,3	1 019,2	1 900,6	2 119,9	2 004,3
opolskie	2 782,0	1 205,9	1 951,6	2 151,2	2 104,1
podkarpackie	2 810,8	1 494,0	2 607,0	2 253,3	1 951,2
podlaskie	2 805,2	1 241,9	2 318,7	2 332,0	1 993,0
pomorskie	2 354,3	1 004,9	1 697,5	1 838,4	1 855,7
śląskie	3 003,0	1 355,7	2 342,6	2 403,7	2 130,8
świętokrzyskie	2 657,2	1 134,2	1 930,1	2 029,2	1 863,3
warmińsko-mazurskie	2 272,4	975,1	1 516,0	1 747,5	1 756,8
wielkopolskie	2 181,3	1 118,8	2 026,2	2 094,5	2 108,4
zachodniopomorskie	2 618,6	1 160,6	2 143,6	2 207,8	2 295,7
Polska	**2 536,1**	**1 187,5**	**2 118,0**	**2 183,1**	**2 058,8**

Rycina 12. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. kobiet - Zez oraz niedowidzenie
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018

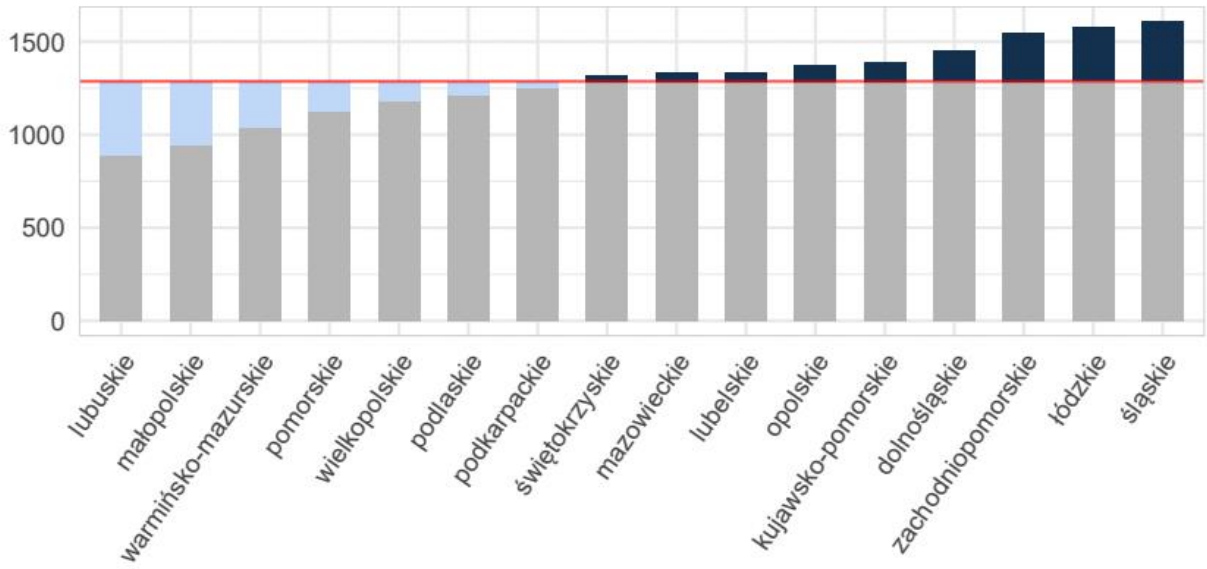
Woj.	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	2 374,2	644,6	1 331,5	1 733,5	2 169,0
kujawsko-pomorskie	1 560,6	494,9	1 493,1	1 617,7	2 068,1
lubelskie	2 766,2	747,5	1 755,5	1 716,3	2 099,9
lubuskie	2 134,4	576,4	1 503,5	1 577,9	2 034,9
łódzkie	2 371,9	718,3	1 823,6	1 773,7	2 050,3
małopolskie	1 919,2	456,1	1 289,9	1 452,0	1 736,7
mazowieckie	1 937,0	510,0	1 240,5	1 450,6	1 867,0
opolskie	2 276,6	569,1	1 509,6	1 586,9	1 971,1
podkarpackie	2 313,8	778,1	1 923,2	1 717,2	1 876,7
podlaskie	2 271,1	599,2	1 462,3	1 503,5	1 761,6
pomorskie	2 118,2	502,5	1 218,7	1 421,8	1 795,8
śląskie	2 709,6	730,6	1 771,2	1 825,8	2 057,2
świętokrzyskie	2 179,1	530,5	1 243,0	1 442,7	1 677,3
warmińsko-mazurskie	1 896,3	460,5	1 097,3	1 336,7	1 618,0
wielkopolskie	1 920,1	576,3	1 560,5	1 618,5	2 108,2
zachodniopomorskie	2 225,5	522,1	1 345,7	1 544,5	2 141,0
Polska	**2 175,9**	**592,7**	**1 483,8**	**1 600,8**	**1 958,0**

Rycina 13. Zapadalność rejestrowana w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. mężczyzn Zez oraz niedowidzenie
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018



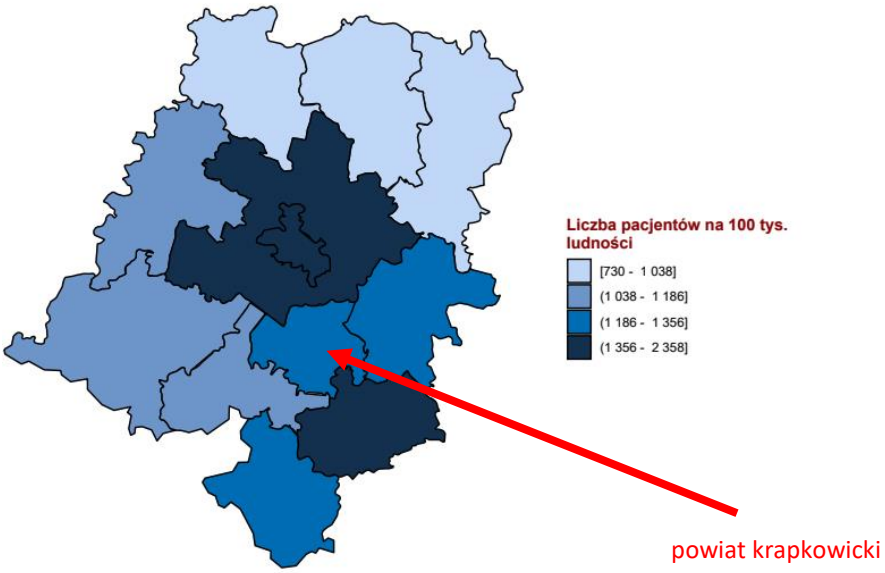
Rycina 14. Wskaźniki chorobowości rejestrowanej – Zez oraz niedowidzenie.
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018

Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu grupy rozpoznań w zakresie „chorób oka i okolic" w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Województwo opolskie ma ten wskaźnik powyżej średniej dla Polski.



Rycina 15. Współczynnik chorobowości szpitalnej z powodu rozpoznań „chorób oka i okolic"
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018

Liczba pacjentów z terenu Powiatu Krapkowickiego w tej grupie schorzeń jest powyżej średniej dla terenu całego województwa opolskiego.



Rycina 16. Liczba pacjentów z powodu rozpoznań „chorób oka i okolic”
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa opolskiego, 2018

Z danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych realizowanych przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia pozyskano także wybrane zagadnienia dotyczące udzielanych świadczeń w roku 2021, na terenie województwa opolskiego w 3 kategoriach:

- poradnia okulistyczna dla dzieci;
- poradnia otolaryngologiczna dla dzieci;
- poradnia logopedyczna.

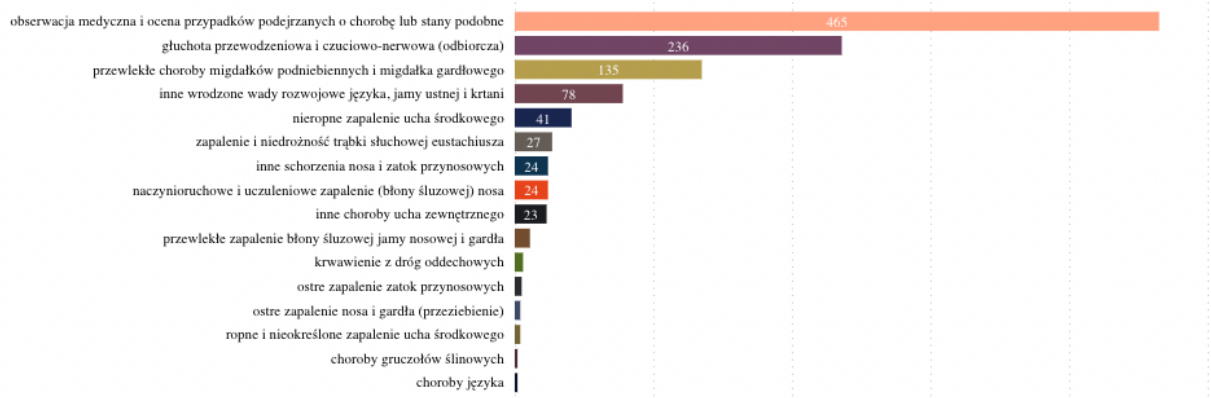
Szczegółowe dane dotyczące grup świadczeń na rycinach poniżej.

Poradnia	Liczba porad
poradnia okulistyczna dla dzieci	4 977
Suma	**4 977**

Grupa wiekowa	Płeć	Liczba porad
<18	K	2 524
<18	M	2 453
Suma		**4 977**

Rok	Liczba porad
2021	4 977
Suma	**4 977**

Rycina 17. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia okulistyczna dla dzieci
Źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-opolskie/#



Poradnia	Liczba porad
poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci	1 100
Suma	**1 100**

Grupa wiekowa	Płeć	Liczba porad
<18	K	466
<18	M	634
Suma		**1 100**

Rok	Liczba porad
2021	1 100
Suma	**1 100**

Rycina 18. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia otolaryngologiczna dla dzieci
Źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-opolskie/#

Poradnia	Liczba porad
poradnia logopedyczna	12 283
Suma	**12 283**

Grupa wiekowa	Płeć	Liczba porad
<18	K	4 242
<18	M	8 041
Suma		**12 283**

Rok	Liczba porad
2021	12 283
Suma	**12 283**

Rycina 19. Szczegółowy zakres świadczeń i struktura zasobów i pacjentów w rodzaju poradnia logopedyczna
Źródło: https://basiw.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-opolskie/#

I.3 Obecne postępowanie

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. (Dz. U. z 2021, poz. 540 z późn. zm.) 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.

Zgodnie z w/w obwieszczeniem 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 zakresy testów przesiewowych wykonywanych w szkołach, opisanych w załączniku nr 4 w/w dokumentu:

1. Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – (w przypadku niewykonania badania w terminie testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej)

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

1) badanie podmiotowe:
   a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,
   b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego,
   c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:

a) rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),

b) rozwoju psychomotorycznego,

c) mowy,

d) lateralizacji,

e) układu ruchu,

f) jamy ustnej,

g) u chłopców – obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego;

3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych;

4) wykrywanie zeza (Cover test, test Hirschberga);

5) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;

6) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień;

7) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy;

8) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu;

9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

10) badanie lekarskie specjalistyczne i diagnostyczne w razie potrzeby;

11) podsumowanie badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

2. Klasa III szkoły podstawowej

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

1) badanie podmiotowe:

a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,

b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,

c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;

2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:

a) rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),

b) rozwoju psychospołecznego,

c) układu ruchu,

d) układu moczowo-płciowego,

e) dojrzewania płciowego według skali Tannera,

f) tarczycy,

g) jamy ustnej;

3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa;

4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw;

5) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

6) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;

7) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;

8) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

3. Klasa I gimnazjum

Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje:

1) badanie podmiotowe:

a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,

b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy,

c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;

2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:

a) rozwoju fizycznego (pomiary: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),

b) rozwoju psychospołecznego,

c) układu ruchu,

d) tarczycy,

e) dojrzewania płciowego,

f) układu moczowo-płciowego,

g) jamy ustnej,

h) skóry;

3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej;

4) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;

5) wykrywanie zaburzeń słuchu (badanie orientacyjne szeptem);

6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

7) badania specjalistyczne lekarskie i diagnostyczne w razie potrzeby;

8) podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego;

9) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022, poz. 1355) pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówkach do tego przeznaczonych, w tym wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, zgodnie z warunkami określonymi w części II; czyli wcześniej wymienionymi badaniami przesiewowymi w ściśle określonych grupach wiekowych.

Ponadto 12 kwietnia 2019 roku weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019, poz. 1078), która nakłada na szkoły obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej nad uczniami, poprzez m.in. wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka.
Zadania te mają być realizowane przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego z 23.03.2020 r. (PTO/PTP 2020, https://www.pto.com.pl/wytyczne?page=2) wskazują na następujące badania przesiewowe u dzieci:

- 6-9 tydzień życia (ocena zewnętrzna powiek oraz gałek ocznych, test czerwonych odblasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
- 6-9 miesiąc życia (test refleksów świetlnych Hirschberga, test czerwonych odblasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
- 3-4 rok życia (badanie ostrości wzroku, test refleksów świetlnych Hirschberga, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
- 6-7 rok życia (badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
- 12-13 rok życia (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw);

W zakresie profilaktyki wad słuchu odnalezione wytyczne wskazują natomiast, że podstawową populacją docelową dla badań profilaktycznych powinny być wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, tj. od 4 do 7 lat (UKNCS 2019, CDE 2017, ECS 2012, AAA 2011).

<u>Wnioski z badań i analiz naukowych (za AOTMiT):</u>

- **Wzrok:**

Wśród zalecanych badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wymienia się: test Hirschberga (test odblasków rogówkowych) (CPS 2016, IMD 2002), badanie ustawienia gałek ocznych (CPS 2016, AAPOS 2014B, IMD 2002), ocena ruchów gałek ocznych (CPS 2016, AAPOS 2014B, IMD 2002), cover test (naprzemienne zasłanianie) (CPS 2016, IMD 2002), test czerwonego refleksu (USPSTF 2017, CPS 2016, AAPOS 2014B, AAO 2007, RCO/OSC 2009, AAO 2007), tablice optometryczne: z symbolami HOTV (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A), z symbolami Lea (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A), z optotypami w kształcie litery E (CPS 2016, stosowanie tego rodzaju optotypów odradzane jest w rekomendacjach NCCVEH 2015A), z symbolami Sloan'a (AAPOS 2014A), odpowiednie urządzenia automatyczne:

photoscreening lub autorefraktometry (USPSTF 2017, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, AAP 2012);

Badanie ostrości wzroku przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku (USPSTF 2017, CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, AAPOS 2014B, RCO/OSC 2009, AAO 2007, IMD 2002), chyba że dziecko nie jest zdolne do wykonania takiego testu – w takim wypadku rekomenduje się wykonanie badań przy użyciu zautomatyzowanych urządzeń np. refraktometrii automatycznej lub photoscreeningu (NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, USPSTF 2017, AAP 2012). W rekomendacjach wskazuje się również na występowanie fałszywie pozytywnych wyników skryningu (szczególnie u dzieci poniżej 3 r.ż.) które prowadzić mogą do nadmiernego przepisywania okularów korygujących (USPSTF 2017).

W przypadku dzieci, które uzyskały nieprawidłowy wynik badania przesiewowego, jako najlepszą praktykę wskazuje się skierowanie do specjalisty na dalsze, kompleksowe badania (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, USPSTF 2017).

Zasłanianie zdrowego oka jest skuteczną metodą korekcji tzw. „leniwego oka" (UK NSC 2013).

Zaleca się rutynowe, dostosowane do wieku dziecka badania przesiewowe wzroku u niemowląt i dzieci, prowadzone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pediatrę (badanie „czerwonego refleksu", test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu oraz ocenę ostrości wzroku). W przypadku stwierdzenia anomalii wzroku u niemowlęcia lub dziecka, należy skierować je do odpowiedniego specjalisty (CAO/COS/CFPC/CPS/2019).

Nie udowodniono korzyści dla rutynowego badania oczu u zdrowych dzieci bez czynników ryzyka powyżej 6 r.ż. (CPS 2016).

Zaleca się, aby badania przesiewowe wzroku rozpoczynały się w wieku około 3 lat i odbywały co roku w wieku 4 i 5 lat, a po ukończeniu 5 lat o 1 do 2 lat (AAO 2017).

Zaleca się, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat. Następnie należy je przeprowadzać w wieku 8, 10, 12 i 15 lat (AAP 2017).

- **Słuch:**

Badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. Badanie z użyciem audiometrii tonalnej powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. Pozytywny wynik badania to taki, gdzie dla obydwu uszu następuje prawidłowa

odpowiedź przy każdej z zastosowanych częstotliwości (ASHA 2018, CDE 2017, SoA 2016, AAA 2011, AAP 2009).

Nieleczony ubytek słuchu powyżej 20 dB może mieć negatywny wpływ na rozwój mowy, języka oraz rozwój kognitywny, a w następstwie na osiągnięcia w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym nawet z niewielkim ubytkiem słuchu, które wydają się funkcjonować prawidłowo, istnieje istotne ryzyko problemów w szkole, a także problemów z zachowaniem. Dlatego też identyfikacja nawet niewielkiego ubytku słuchu jest istotna i umożliwia podjęcie efektywnego leczenia zanim powstaną znaczące uszkodzenia (ECS 2012).

Odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (AAP 2016, ECS 2012, AAA 2011). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat (AAP 2016, AAA 2011) oraz w wieku 11 lat (ASHA 2016).

Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w audiometrycznym badaniu przesiewowym. W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, który posiada odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiające właściwe przeprowadzenie badania (AAP 2009), badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. (m. in. AAP 2016, AAA 2011).

Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB (ASHA 2016, AAP 2010).

Natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowalający wynik podczas początkowego skryningu na poziomie 20 dB może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich. Wykonanie audiometrii tonalnej i tympanometrii tego samego dnia również redukuje liczbę skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich (AAP 2016).

<u>Obecne postępowanie badania przesiewowe słuchu</u>

W Polsce prowadzony jest wieloletni program: *Program powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków*, prowadzony od 2002 r. przez Fundację „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy", którego celem jest wykrywanie wrodzonych zaburzeń słuchu. Dzięki niemu wykrywane są głębokie ubytki słuchu u 1–2 noworodków na tysiąc nowo narodzonych dzieci.

Jako test przesiewowy wybrano rejestrację otoemisji akustycznych. Badanie wykonuje się na oddziale noworodkowym w drugiej dobie życia dziecka, a jeśli test wypadnie nieprawidłowo - powtarza się go w dniu wypisu ze szpitala. Dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego oraz dzieci, u których stwierdzono obecność czynników ryzyka uszkodzenia słuchu kierowane są do ośrodków, w których wykonywane są badania diagnostyczne.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540), dzieciom odbywającym roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne lub warunkowo pierwszoklasistom (w wyniku niewykonania badania w terminie) – populacja wskazana w treści projektu – przysługuje kompleksowa ocena stanu zdrowia, która obejmuje testy do wykrywania nieprawidłowości słuchu oraz wad wymowy. Ponadto, należy zauważyć, że rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, stanowi świadczenie gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 r. poz. 265 z późn. zm.). Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy w ramach świadczeń gwarantowanych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. Dodatkowo wymagane jest skierowanie od lekarza oddziału lub poradni: otolaryngologicznej, otolaryngologicznej dziecięcej, audiologii i foniatrii, audiologicznej, foniatrycznej, neurologicznej, rehabilitacyjnej. Badanie audiometryczne jest świadczeniem gwarantowanym dostępnym w ramach świadczeń z zakresu Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Obecne postępowanie badania przesiewowe wzroku

W obowiązki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki szkolonej wpisana jest kompleksowa ocena stanu zdrowia, która uwzględnia funkcję narządu wzroku. Aktem regulującym jest w tym przypadku Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U. 2021 r. poz. 540 z późn. zm.)

Dzieci w wieku przedszkolnym i wczesno szkolnym w ramach systemu opieki zdrowotnej mają gwarantowane następujące świadczenia:

- Bilans zdrowia – profilaktyczne badanie lekarskie, dla dzieci objętych obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym. Wykonywane przez lekarza POZ, obejmuje ono:
  - wykrywanie zeza – Cover test, test Hirschberga,
  - wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku.
- Badanie wykonywane przez pielęgniarkę POZ kierowane dla dzieci 4 i 5 lat – orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;
- Badanie wykonywane przez pielęgniarki lub higienistki szkolne – dla dzieci objętych obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym:
  - test do wykrywania zaburzeń w kierunku zeza - Cover test, test Hirschberga,
  - ostrość wzroku.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad wzroku, może być przeprowadzana u dzieci w wieku 4-7 lat w ramach świadczeń gwarantowanych przez:

- lekarza POZ (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne - wykrywanie zeza (cover test, test Hirschberga), wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku);
- pielęgniarkę POZ (4 lata, 5 lat - orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu);
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – wykrywanie zeza (cover test, test Hirschberga), badanie ostrości wzroku).

Zgodnie z wykazem oraz warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn.), świadczeniem gwarantowanym jest rehabilitacja wzroku osób z dysfunkcją narządu wzroku realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację wzroku jest wystawiane przez lekarza poradni: 1) okulistycznej; 2) neurologicznej; 3) rehabilitacyjnej. Czas trwania rehabilitacji wzroku wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny system wykrywania wad zmysłów, w tym brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką i edukacją prozdrowotną.

Działania w zakresie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów stanowią wartość dodaną programu. Planowane interwencje są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Połączenie w jednym czasie i miejscu realizacji świadczeń, bez konieczności posiadania skierowania stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Eksperci cytowani za AOTMiT są:

- zgodni, że wczesne wykrywanie i odpowiednia korekcja wad wzroku jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju dziecka, a ich opóźnione wykrycie może niekiedy powodować nieodwracalne zmiany;
- za finansowaniem programów polityki zdrowotnej dotyczących badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci;
- zgodni w kwestii prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób wzroku;

  Działania te powinny być adresowane do grup m.in.: dzieci i rodzice/opiekunowie.
- za finansowaniem ze środków publicznych badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym;

  Przemawia za tym waga problemu zdrowotnego, jako że niedosłuch u małego dziecka, niewykryty wcześnie, przekładać się może negatywnie na jego postępy w nauce, posługiwanie się językiem, perspektywy edukacyjne, a także na więzi społeczne.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem programu jest zmniejszenie o co najmniej 20% liczebności dzieci z niezdiagnozowanymi wadami wzroku i/lub słuchu zamieszkujących gminę Gogolin, uczniów klas I szkoły podstawowej, w latach 2024-2027.

II. 2 Cele szczegółowe

1) Podniesienie poziomu wiedzy u co najmniej 50% rodziców/opiekunów dzieci zamieszkujących gminę Gogolin w zakresie czynników powodujących nabyte wady wzroku i słuchu, w latach 2024-2027;
2) zwiększenie o 20% liczby dzieci z podejrzeniem wady wzroku/słuchu objętych opieką okulisty/laryngologa, którym postawiono rozpoznanie,
3) Zwiększenia o 20% liczby dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary) lub słuchu (np. aparat słuchowy).

II.3 Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1) Iloraz liczebności niezdiagnozowanych wad wzroku i słuchu wśród uczniów klas I szkoły podstawowej, w latach 2024-2027 zamieszkujących gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach;
2) Iloraz uzyskanych punktów z wyników pre- i post testu wśród rodziców/opiekunów dzieci, zamieszkujących gminę Gogolin w zakresie czynników powodujących nabyte wady wzroku i słuchu u dzieci, w latach 2024-2027; wynik wyrażony w procentach.
3) Liczba wykrytych wad wzroku i słuchu u uczniów klas I szkoły podstawowej zamieszkujących gminę Gogolin, uczestniczących w programie w latach 2024-2027; wynik wyrażony liczbowo.
4) Liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dziecka w ramach NFZ;
5) Odsetek odnotowanych przypadków wad wzroku/słuchu wśród dzieci w stosunku do wszystkich dzieci poddanych badaniom przesiewowym w ramach programu, w latach 2024-2027 zamieszkujących gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach;
6) Odsetek dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę w związku z wykrytą w programie wadą wzroku/słuchu, w latach 2024-2027 zamieszkujących gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach;

7) Odsetek dzieci ze zdiagnozowaną – w ramach programu – wadą wzroku ze wskazaniem rodzaju schorzenia, w latach 2024-2027 zamieszkujących gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach;
8) Odsetek dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku/słuchu, w latach 2024-2027 zamieszkujących gminę Gogolin, wynik wyrażony w procentach.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

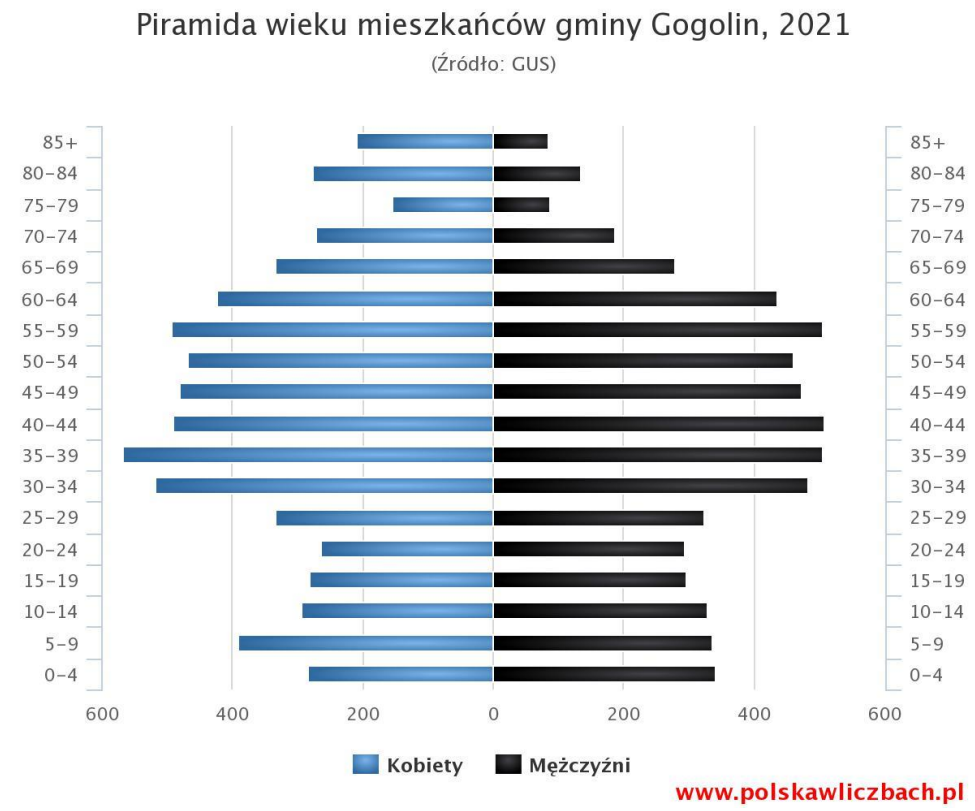
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach programu

III.1 Populacja docelowa

Gmina Gogolin to gmina miejsko-wiejska. Należy do województwa opolskiego, powiatu krapkowickiego. Gmina Gogolin miała na dzień 31.12.2022 r. 11 882 mieszkańców, z czego 52,3% stanowią kobiety, a 47,6% mężczyźni. Zamieszkuje ją 19,6% ludności powiatu. Gmina stanowi 22,8% powierzchni powiatu. Siedzibą gminy jest miasto Gogolin.

Gmina Gogolin ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -38. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -3,00 na 1000 mieszkańców gminy Gogolin. W 2021 roku urodziło się 81 dzieci, w tym 50,6% dziewczynek i 49,4% chłopców.

Ludność w podziale według płci i wieku według danych GUS, znajduje się na rycinie 20.



Rycina 20. Piramida wieku mieszkańców Gminy Gogolin
Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Gogolin

Tabela 2 i 3 zawiera informację na temat liczby mieszkańców Gminy uzyskane z Wydziału Spraw Obywatelskich i Urzędu Stanu Cywilnego - UM w Gogolinie.

Tabela 2. Liczba ludności gminy Gogolin w podziale na miejscowości

Gmina Gogolin	**Liczba mieszkańców**
miasto Gogolin	6383
Chorula	541
Dąbrówka	183
Górażdże	785
Kamień Śląski	1233
Kamionek	571
Malnia	701
Obrowiec	487
Odrowąż	576
Zakrzów	422
wsie razem	5499
gmina razem	6383
Ogółem	11882

Źródło: Wydział Spraw Obywatelskich i Urzędu Stanu Cywilnego - UM w Gogolinie.

Tabela 3. Struktura wiekowa mieszkańców gminy Gogolin ogółem w podziale na wiek i płeć

Wiek	**Mężczyźni**	**Kobiety**	**Ogółem**
0-2	160	141	**301**
3	63	64	**127**
4-5	157	124	**281**
6	70	70	**140**
7	49	70	**119**
8-12	298	345	**643**
13-15	183	143	**326**
16-17	116	109	**225**
18	59	50	**109**
19-65	3773		**3773**
19-60		3563	**3563**
> 65	735		**735**
> 60		1540	**1540**
Ogółem	**5663**	**6219**	**11882**

Źródło: Wydział Spraw Obywatelskich i Urzędu Stanu Cywilnego - UM w Gogolinie.

Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas pierwszych szkół podstawowych funkcjonujących na terenie gminy Gogolin.

Według danych z UM w Gogolinie na terenie Gminy funkcjonuje 5 szkół podstawowych, w których działa 7 klas pierwszych, z liczbą uczęszczających dzieci około 120.

W kolejnych latach będą włączane do programu kolejne osoby spełniające kryterium wieku. Zakładając, iż średniorocznie uczniów klas pierwszych jest około 120 osób, to w latach 2024-2027 całościowa populacja docelowa programu obejmuje około 480 dzieci, uczniów klasy pierwszej szkoły podstawowej.
Zakłada się kwalifikację do badań przesiewowych do programu na poziomie około 65%, co określa planowaną populację na poziomie około 304 osób, w ciągu 4 lat realizacji programu. Przy ustaleniu w/w zgłaszalności bierze się po uwagę osoby nie spełniające kryteriów włączenia do programu opisane w punkcie III.2 – zarówno pod względem formalnym jak i medycznym.

Populacja włączona w ramach działań informacyjno-edukacyjnych:
W ramach przedmiotowego programu będą prowadzone działania informacyjno-edukacyjne, które będą kierowane do rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do badań przesiewowych.
Rodzice/opiekunowie
Spotkania edukacyjno-informacyjne są kierowane do całej populacji rodziców/opiekunów dzieci zakwalifikowanych do programu, przy czym zakłada się współczynnik zgłaszalności na poziomie ok. 50% całkowitej liczby rodziców uczniów klas pierwszych, co stanowi łącznie około 480 osób w ciągu 4 lat realizacji Programu (zakłada się, że 50% rodziców wyrazi chęć pogłębienia wiedzy w ramach części edukacyjnej).

Populacja ostatecznie włączona do programu wykrywania wad wzroku i słuchu:
Badaniem narządów wzroku i słuchu zostanie objęte około 65% (304 dzieci) populacji docelowej dzieci zakwalifikowanych na podstawie kryteriów do realizacji Programu. Zakładając roczny budżet programu na poziomie 60 000 zł można rocznie zrealizować przesiew dla 76 dzieci, a także zorganizować cykl spotkań edukacyjnych.

III.2 Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria włączenia do programu

1) Uczeń klasy pierwszej szkoły podstawowej na terenie gminy Gogolin.
2) Podpisanie przez rodzica/opiekuna ucznia programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej. Wypełnione dokumenty będą przechowywane w placówce realizatora z zachowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przechowywania;
3) Zamieszkiwanie dziecka i/lub rodzica/opiekuna w gminie Gogolin (weryfikacja na podstawie dokumentów przedłożonych do wglądu, stosownego zaświadczenia lub oświadczenia);
4) Brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie badania słuchu i wzroku; w części badania słuchu istotnym jest brak czasowych przeciwwskazań stwierdzonych podczas lekarskiego badania wstępnego (np. przeziębienia), w takim przypadku może zostać ustalony nowy termin wizyty.

Kryteria wyłączenia z programu

1) Status ucznia innej klasy lub innej szkoły niż wskazana w punkcie 1 kryterium włączenia;
2) Brak pisemnej zgody na udział w programie;
3) Brak potwierdzenia zamieszkania na terenie gminy Gogolin;
4) Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju), które mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w trakcie badania przesiewowego;
5) Dzieci objęte stałą opieką zdrowotną z powodu wcześniej zdiagnozowanych zaburzeń wzroku lub/i słuchu, np. wada wzroku korygowana okularami, protezowanie aparatem słuchowym.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Program obejmie wszystkie dzieci z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

III.3 Planowane interwencje

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. Działania edukacyjne;
   a) dla uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej;
   b) dla rodziców/opiekunów.
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
   a) wstępna ocena stanu zdrowia dziecka;
   b) diagnostyka schorzeń narządu wzroku i słuchu;
   c) podsumowanie badań i ocena lekarska.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

Etap I – działania organizacyjne

Ad 1. Kampania informacyjna

Skierowana do mieszkańców gminy Gogolin. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego, a także kościoły parafialne.

Mieszkańcy gminy Gogolin, w szczególności rodzice/opiekunowie dzieci z grupy docelowej, zostaną poinformowani o objawach, powikłaniach oraz przede wszystkim profilaktyce występowania wad słuchu i wzroku u dzieci oraz o założeniach organizacyjnych programu.

Ze względu na efektywność wydatkowania posiadanych środków, główny nacisk w kampanii informacyjnej zostanie położony na wykorzystanie placówek szkolnych i ochrony zdrowia, jako miejsca przekazywania podstawowych informacji na temat programu.

Ad 2. Rekrutacja do programu

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca gminy Gogolin, status ucznia klasy I szkoły

podstawowej, wyrażenie przez rodzica/opiekuna chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody) oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane wcześniej w rozdziale III.2.

Rekrutacja uczestników do programu zostanie przeprowadzona przez realizatora programu.

Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

Ad 3. Działania edukacyjne

Spotkania edukacyjne powinny odbyć się co najmniej dwa razy w roku, przynajmniej jeden raz w ciągu semestru szkolnego.

a) dla dzieci:

Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów klas pierwszych szkół podstawowych w zakresie higieny wzroku i słuchu, odbywać będzie się w formie ukierunkowanej zabawy, pogadanki, aktywizacji dzieci, np. w oparciu o pakiety edukacyjne. Mogą być to plakaty, ulotki, broszury zawierające podstawowe informacje na temat profilaktyki narządów wzroku i słuchu. Koniecznym jest, aby zakres treści, formę i sposób przekazu dostosować do wieku i percepcji dzieci. Sugerowany czas trwania zajęć to około 45 minut dla każdej grupy uczniów.

b) dla rodziców/opiekunów dzieci klas I szkół podstawowych

Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące przedstawienia założeń programu oraz zachęcenia rodzica/opiekuna do wzięcia udziału dziecka w programie oraz wyrażenie pisemnej zgody na udział dziecka.

Celem edukacji zdrowotnej będzie wzrost poziomu wiedzy i świadomości na temat występowania i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu u dzieci.

Uczestnicy zostaną wyposażeni w materiały edukacyjne zgodne z treściami przekazywanymi w trakcie spotkania edukacyjnego, zawierające dane dotyczące podstawowych objawów wad wzroku i słuchu, prostych testów diagnostycznych, które można samodzielnie wykonać w warunkach domowych, a także krótko- i dalekosiężnych skutków nieleczonych schorzeń narządu wzroku i słuchu.

Czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom, koniecznym jest umożliwienie dyskusji, zadawania pytań i możliwość wyjaśnienia wątpliwości przez prelegenta rodzicom/opiekunom dzieci w zakresie przekazywanych informacji dotyczących profilaktyki narządu wzroku i słuchu dzieci. Sugerowany czas trwania spotkania dla rodziców/opiekunów to około 60- 90 minut.
Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację edukacji również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Edukacja prowadzona będzie przez m.in.: lekarza laryngologa lub okulistę, pielęgniarkę, optometrystę lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji. Spotkania mogą być podzielone na oddzielne dotyczące wad wzroku i słuchu albo połączone w jedno spotkanie, podczas którego omówione będą oba tematy.
W programie w ramach edukacji należy omówić tematykę znaczenia prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku i słuchu oraz konsekwencji nieleczonych wad wzroku i słuchu, czynniki sprzyjające powstawaniu wad wzroku i słuchu oraz możliwości ich eliminowania, metody leczenia wad wzroku i słuchu i ich znaczenie. Należy ponadto przekazać informacje dotyczące profilaktyki wad wzroku i słuchu oraz poinformować o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych i negatywnych w przypadku braku ich podejmowania.
Podczas spotkań powinny być poruszone także zagadnienia dotyczące realizacji przesiewowego badania wzroku i słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci, symptomów alarmowych wskazujących na możliwy problem ze wzrokiem oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba.
Omówione zostaną kwestie dotyczące ogólnych zasad postępowania celem zminimalizowania prawdopodobieństwa wystąpienia wad słuchu. Edukacja będzie również obejmowała omówienie symptomów alarmowych wskazujących na możliwe problemy ze słuchem, takich jak: prośby o powtarzanie treści, odwracanie głowy bokiem w kierunku mówiącego, obserwowanie ust osoby mówiącej, zbyt głośne mówienie, niewyraźna mowa, nieuwaga podczas rozmowy, trudności ze zrozumieniem i wykonywaniem poleceń, skłonność do izolowania się.
Znajomość tych objawów umożliwi szybką diagnozę problemów ze słuchem.

W zakresie schorzeń narządu wzroku szczegółowe kwestie do omówienia dotyczyć będą charakterystyki najczęściej występujących wad wzroku u dzieci, znaczenia wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci, zasad higieny wzroku u dzieci, treningu wzroku, zasad prowadzenia edukacji zdrowotnej dzieci w zakresie higieny wzroku.
Omówione zostaną także sposoby leczenia i rehabilitacji występujących zaburzeń. Działania informacyjno-edukacyjne mają za zadanie uzmysłowienie wagi problemu, a także zwiększenie świadomości, iż wady te nie są wstydliwym problemem, który należy ukrywać. Ma to szczególne znaczenie ze względu na możliwość dyskryminacji i stygmatyzacji wśród rówieśników i grup rówieśniczych dzieci.

Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części IV.2 programu.

Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Podczas działań edukacyjnych realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo może posiłkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i tym podobne podmioty.
W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości grupy odbiorców.

<u>Działania edukacyjne:</u>

- realizator programu prowadzić będzie dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników;
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawierać będzie odpowiednie treści tematyczne - poruszone zostaną zagadnienia dotyczące roli zmysłu wzroku i słuchu w procesach poznawczych, a także występujących wad wzroku i słuchu oraz sposobów ich kompensacji;

- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do danego rodzaju świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ.

Ad. 4 Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne

Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne obejmować będą:

a) wstępną ocenę stanu zdrowia ucznia klasy pierwszej szkoły podstawowej;
b) diagnostykę schorzeń narządu wzroku i słuchu;
c) podsumowanie badań i ocenę lekarską.

4a. wstępna ocena stanu zdrowia ucznia klasy pierwszej szkoły podstawowej

Na wstępie zostanie przeprowadzona kwalifikacja uczestników do programu, a następnie po spełnieniu kryteriów włączenia do badania – badania wstępne. Jeżeli rodzic/opiekun wyrazi zgodę na uczestnictwo dziecka w programie, otrzyma do wypełnienia krótki wywiad kwestionariuszowy. Przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dzieci objętych programem w formie ankiety jest warunkiem niezbędnym do uczestnictwa w programie badań przesiewowych wzroku i słuchu. Następnie po zakończeniu działań rekrutacyjnych (ankieta + zgoda rodzica) podczas lekarskiego badania wstępnego zostanie dokonana ocena wyników badania kwestionariuszowego i badanie lekarskie, mające na celu wykluczenie u dziecka przeciwskazań do badania wzroku i słuchu.

Kolejną czynnością będzie zaproszenie rodziców z dziećmi na wykonanie badania wzroku i badania audiometrycznego na konkretny termin i godzinę, w miejscu i porze gwarantującej poprawne wykonanie badania, wysoką frekwencję uczestników, a także łatwość dostępu – np. w budynku przychodni zdrowia. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą lub stosowaniem leków zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w badaniach. Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta.

Przy okazji wstępnego badania lekarskiego personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania promocji zdrowia – np. przypomnienie o zbliżających się szczepieniach obowiązkowych i zalecanych.

4b. diagnostyka schorzeń narządu wzroku i słuchu;

W ramach badania przesiewowego ukierunkowanego na profilaktykę wad wzroku stosowane będą procedury indywidualnych badań okulistycznych, wykonywanych przez np. lekarzy

okulistów i wyspecjalizowane pielęgniarki z zastosowaniem aparatury medycznej, pozwalającej na postawienie pełnej diagnozy przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej, wad wzroku i schorzeń narządu wzroku. Badania wykonywane będą podczas jednej wizyty.

Zostaną wykonane następujące testy przesiewowe:

- badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów (tablic obrazkowych/tablic Snellena, tablice Sloana, tablica LEA Symbols);
- badanie widzenia obuocznego (test czterech świateł Wortha, test Muchy);
- badanie ustawienia oraz ruchomości gałek ocznych (test Hirschberga);
- test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (Cover test);
- testu zakrywania i odkrywania (coveruncover test);
- badanie refrakcji obiektywnej metodą skiaskopii lub autorefraktometru;
- badanie przedniego odcinka (w lampie szczelinowej) i tylnego (wziernikowanie);
- badanie widzenia barwnego (tablice Ishihary).

Ważnym kryterium medycznym do przeprowadzenia właściwej części badania słuchu będzie brak czasowych przeciwwskazań medycznych stwierdzonych podczas lekarskiego badania wstępnego (np. przeziębienia). W przypadku ich wystąpienia termin badania będzie przesuwany do czasu wyleczenia dziecka.

Do diagnozy zaburzeń słuchu i schorzeń otolaryngologicznych w programie stosowane będą następujące metody:

1. Wstępne badanie lekarskie - badanie otolaryngologiczne kwalifikacyjne, mające na celu wykluczenie przeszkód natury medycznej;

2. Audiometria tonalna wykonywana przez lekarza lub audiometrystę, pozwalająca określić stopień i rodzaj niedosłuchu:

- progowe badanie audiometryczne słuchu dla przewodnictwa powietrznego dla częstotliwości: 500, 1 000, 2 000, 4 000 i 8 000 Hz. W szczególnych przypadkach rozszerzone o częstotliwości półoktawowe (3 000 i 6 000 Hz),
- test oceniający centralne procesy słuchowe (badanie dźwiękami LINGA-dźwięki mowy) dobrany stosownie do rozwoju dziecka.

Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu.

Pozytywny wynik badania to taki, gdzie dla obydwu uszu następuje prawidłowa odpowiedź przy każdej z zastosowanych częstotliwości.

W przypadku, gdy wynik badania jest nieprawidłowy dla którejkolwiek z zastosowanych częstotliwości należy ponownie poinstruować dziecko odnośnie sposobu przeprowadzania badania i wykonać badanie ponownie tam, gdzie uprzednio wystąpił błąd. Negatywny wynik testu powinien zostać zweryfikowany tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowalający wynik podczas początkowego skriningu na poziomie 20 dB, co może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich.

Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników badań wzroku i/lub słuchu. Realizator w trakcie interwencji powinien ocenić możliwość wykonania badania i dążyć do przebadania każdego dziecka z grupy adresatów. Odstąpienie od badania powinno pozostać ostatecznością. W przypadku, kiedy nie będzie możliwości przeprowadzenia badania screeningowego, konieczne może być skierowanie dziecka do podmiotu, który posiada odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiające właściwe przeprowadzenie badania, ale już poza niniejszym programem.

4c. podsumowanie badań i ocena lekarska

Po badaniach każdy rodzic/opiekun dziecka zostanie ponownie skierowany do lekarza, który poinformuje o wynikach pomiarów.

Rekomendacje kliniczne wskazują, że realizowane programy powinny zapewniać osobom z nieprawidłowymi wynikami badań przesiewowych odpowiednie poradnictwo oraz – w razie potrzeby - dalszą opiekę (follow-up care), konieczne w przypadku dodatniego wyniku badań przesiewowych. W przypadku wykrycia jakiejkolwiek nieprawidłowości w wyniku prowadzonych testów diagnostycznych, rodzice/opiekunowie będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań i ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach okulistycznych lub audiologicznych, które już w ramach kontraktu z NFZ będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem. Według ekspertów konieczne jest odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań m.in. rodzicom, lekarzowi POZ oraz placówce oświatowej, w związku z czym w programie zaplanowano przekazanie wyników w formie pisemnej rodzicom/opiekunom dzieci wraz z adnotacją o konieczności przekazania ich do pediatry/lekarza rodzinnego opiekującego się dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie gminy Gogolin w miejscu wskazanym przez realizatora.

Realizator powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu. Jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

Ad 5. Monitorowanie działań w ramach programu

Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i ocenę jakości świadczeń realizowanych w programie. Rodzice/opiekunowie dzieci po wykonaniu badań zostaną poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez realizatora raportu rocznego dla Instytucji Zarządzającej programem.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

III.4 Sposób udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w trakcie trwania programu – w latach 2024-2027. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć.

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

W odniesieniu do omawianej interwencji brak jest kompleksowych świadczeń alternatywnych. Program przewiduje realizację usług zdrowotnych ponadstandardowych, wykraczających poza zakres świadczeń gwarantowanych oraz częściowo usług zdrowotnych wymienionych w

katalogu świadczeń gwarantowanych, niezbędnych do realizacji programu, stanowiąc logiczną całość. Działania w zakresie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów–stanowią wartość dodaną programu. Planowane interwencje są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Połączenie w jednym czasie i miejscu realizacji świadczeń, bez konieczności posiadania skierowania stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.
Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

a) świadczenia w ramach programu będą udzielane uczestnikom programu bezpłatnie;
b) udział w programie będzie dobrowolny;
c) do programu będą włączone dzieci, które spełniły kryteria włączenia do programu;
d) świadczenia programu będą przerywane w przypadku, kiedy zaistnieje którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu;
e) działania programu skierowane są również do rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie;
~~f)~~ świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
g) udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu będzie spójne z regulacjami dotyczącymi świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia;
h) uczestnicy programu zostaną poinformowani o źródłach finansowania programu;
i) uczestnicy będą włączani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób, określonego w umowie z realizatorem;
j) świadczenia w ramach programu będą udzielane przez kadrę posiadającą odpowiednie kwalifikacje;
k) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami, dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, procesu diagnostyki lub zakończenia programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestnikom zaleceń dalszego postępowania. Po uzyskaniu wyników badań i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres oraz wskazań do samoobserwacji ewentualnych objawów pojawiających się deficytów wzroku lub słuchu. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych, rodzice/opiekunowie będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem wad wzroku i słuchu. Zostaną im także udzielone informacje nt. możliwości dalszego postępowania (np. uszczegółowienie diagnostyki) i leczenia specjalistycznego (np. chirurgiczne usunięcie trzeciego migdałka).

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie rodzica/opiekuna dziecka. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Uczestnik programu obligatoryjnie zostanie usunięty z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej, powstającej w trakcie programu.

IV. Organizacja programu

Sugerowane etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów wymienione są poniżej:

1. Opracowanie programu.
2. Po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT - przyjęcie uchwały przez Radę Miejską w Gogolinie o wdrożeniu do realizacji programu.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert, w celu wyboru realizatora PPZ.
4. Wybór podmiotu realizującego program w oparciu o właściwe przepisy.
5. Działania organizacyjne – etap I - szczegółowo opisane w części III.3
6. Działania edukacyjne i diagnostyczne – etap II.3 - szczegółowo opisane w części III.3
7. Interwencja terapeutyczna – etap II.4 - szczegółowo opisane w części III.3
8. Monitoring działań w ramach programu– etap III.5
9. Ewaluacja programu i sprawozdawczość- etap III.6

IV.1 Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu realizator przeprowadzi następujące działania:

<u>Etap I – działania organizacyjne</u>

1. Kampania informacyjna;
2. Rekrutacja uczestników.

<u>Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne</u>

3. Działania edukacyjne:
   a) dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych;
   b) dla rodziców/opiekunów.
4. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:
   a) wstępna ocena stanu zdrowia dziecka;
   b) diagnostyka schorzeń narządu wzroku i słuchu;
   c) podsumowanie badań i ocena lekarska.

<u>Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze</u>

5. Monitorowanie prac w ramach programu;
6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora, wybranego w drodze konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania w ramach programu prowadzone będą na terenie gminy Gogolin w miejscu wskazanym przez realizatora. Informacje o placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu.

Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku).

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych – zgodnie z potrzebami realizacji zadania sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

Należy także rozważyć ewentualne dodatkowe działania i zabezpieczenia po stronie realizatora konieczne do funkcjonowania programu podczas stanu zagrożenia epidemicznego/stanu epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego.

Od realizatora będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW obejmującej czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie:

1. wzrok:

- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z poz. 50 (porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci) załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez okulistów, optometrystów, pielęgniarki, specjalistów zdrowia publicznego;
- spotkania edukacyjne: specjaliści z zakresu okulistyki, optometrystów, pielęgniarki, specjalistów zdrowia publicznego.

2. słuch:

- spełnianie wymogów sprzętowych i kadrowych, wynikających z poz. 53 (porada specjalistyczna – otolaryngologia dziecięca) i 54 (porada specjalistyczna - audiologia i foniatria) załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

- badanie audiometryczne: audiolog, osoby przeszkolone/posiadające umiejętności w zakresie wykonywania badań słuchu;
- lekarskie badanie kwalifikacyjne: lekarze specjaliści: lekarz POZ/medycyna rodzinna, laryngolog bądź audiolog/foniatria;
- spotkania edukacyjne: specjaliści z zakresu laryngologii, audiologii, psycholog.

Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania edukacyjne, miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania, nawet podczas stanu zagrożenia epidemicznego/stanu epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

1) zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny;
2) fachowa ocena jakości realizowanych świadczeń;
3) analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach (te działania mają charakter długofalowy).

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2024–2027, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Miejskiej w Gogolinie i posiadanych zasobów finansowych.

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wskaźniki mające zastosowanie w monitorowaniu programu polityki zdrowotnej zostaną wybrane przez realizatora oraz Urząd Miejski w Gogolinie i zostaną ustalone w ramach szczegółowej umowy na realizację programu. Mogą być to m.in.:

- Liczba uczniów klas pierwszych szkół podstawowych zamieszkujących gminę Gogolin, uczestniczących w programie w latach 2024-2027; wynik wyrażony liczbowo;
- Liczba uczestników, spośród uczniów klas I szkoły podstawowej, włączonych do programu zamieszkujących gminę Gogolin, którym wykonano badania diagnostyczne w ramach programu, w latach 2024-2027; wynik wyrażony liczbowo;

- Liczba uczestników, usatysfakcjonowanych udziałem w programie (na podstawie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń na rzecz uczestnika);
- Liczba uczestników programu, zamieszkujących gminę Gogolin, którym wykonano badania diagnostyczne w ramach programu, w latach 2024-2027;
- Liczba uczniów klas pierwszych szkół podstawowych zamieszkujących gminę Gogolin, uczestniczących w programie w latach 2024-2027;
- Liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu chorób i profilaktyki wad wzroku u dzieci;
- Liczba uczniów klas pierwszych szkół podstawowych, które nie zostały objęte programem, z określeniem przyczyn;
- Określenie rodzajowe i ilościowe wyłączenia lub niepełnego uczestnictwa w programie;
- Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu.

Wymagane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości udzielonych świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie laryngologii lub okulistyki - np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony rodzicom/opiekunom dzieci uczestniczącym w programie, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja będzie przeprowadzona przez beneficjenta, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 r. poz. 2476).

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują

wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany Urząd Miejski w Gogolinie, na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji i mogą być wybrane z poniższej puli:

- odsetek uczniów klas pierwszych szkół podstawowych u których uzyskano wzrost wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu;
- iloraz uzyskanych punktów z wyników pre- i post-testu wśród rodziców/opiekunów dzieci;
- odsetek uczniów klas pierwszych szkół podstawowych którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku, słuchu lub wzroku i słuchu jednocześnie;
- liczba rodziców włączonych do programu, którzy w wyniku działań edukacyjnych podnieśli poziom wiedzy z zakresu chorób i profilaktyki wad wzroku u dzieci;
- liczba wykrytych wad wzroku i słuchu u uczniów klas pierwszych szkół podstawowych zamieszkujących gminę Gogolin, uczestniczących w programie w latach 2024-2027;
- liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dzieci w ramach NFZ.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji.

Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia - kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

VI. Budżet programu

Na realizację „Programu wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027" Gmina przeznaczy kwotę około 60 000 zł rocznie, co daje 240 000 zł na cały 4 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach niniejszego programu polityki zdrowotnej.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą podane w ofercie realizatora wyłonionego w ramach konkursu. Poszczególne oferty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia. W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych wydatków dostępne środki będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada czteroletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Urząd Miejski w Gogolinie zmieni poziom finansowania lub też zmienią się koszty składowych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów.

Przyjęto uśrednione stawki za realizację poszczególnych procedur w ramach programu, na podstawie danych opublikowanych na stronach internetowych (badamysie.pl, tourmedica.pl)

Przybliżony koszt jednostkowy interwencji w ramach programu przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Koszt jednostkowy badań przesiewowych

Rodzaj świadczenia	**Koszt jednostkowy**
badanie ankietowe	10,00 zł
lekarskie badanie wstępne	100,00 zł
konsultacja audiometryczna	180,00 zł
konsultacja okulistyczna	220,00 zł
konsultacja lekarska podsumowująca	110,00 zł
razem na 1 dziecko	**620,00 zł**

Źródło: opracowanie własne

Koszt jednostkowy uczestnictwa w części diagnostycznej programu oszacowano na poziomie 620 zł na dziecko, przy założeniu pełnego pakietu wykonywanych testów i badań.

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe, wskazane poniżej w ujęciu rocznym.

1. Koszty organizacyjne

Koszty roczne organizacyjne zakłada się na poziomie około 3 000 zł.

Składają się na nie:

- koszty monitoringu i ewaluacji

szacuje się je na około 1 500 zł rocznie,

- obsługa ogólna, wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną
- koszty informacyjno-promocyjne kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji
- koszty zarządzania programem – koszty przygotowania raportów, wydruki sprawozdań; usługi kurierskie, transport materiałów
- rezerwa budżetowa

szacuje się je łącznie na około 1 500 zł rocznie

Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie liczebności populacji objętej programem, rozszerzenie działań edukacyjnych.

Tabela 5. Rodzaje rocznych kosztów organizacyjnych

Rodzaj kosztu	**wartość**
ewaluacja i monitorowanie	1 500,00 zł
obsługa ogólna	500,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	500,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	500,00 zł
Razem koszty organizacyjne	**3 000,00 zł**

Źródło: opracowanie własne

2. Koszty interwencji

Koszty realizacji interwencji to:

- działania edukacyjne,
- wykonanie badań przesiewowych.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie.

Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

Koszty całkowite realizacji interwencji po stronie realizatora na 4 lata trwania programu zakłada się na poziomie około 56 920 zł.

Na powyższą kwotę składają się koszty:

- kwalifikacji uczniów do programu

zakłada się, że z grupy około 120 uczniów rocznie około 80% zostanie włączonych do programu, spełniając względy formalne – m.in. podpisanie druku zgody przez rodzica/opiekuna.

Koszt ryczałtowy zakładany na 1 ucznia to 10 zł, koszt całkowity kwalifikacji wynosić będzie około **1 000 zł** rocznie.

- działań edukacyjnych

zakłada się przeprowadzenie wykładów/zajęć dla rodziców/opiekunów oraz dla każdej z grup klasowych oddzielnie, przynajmniej 1 raz w ciągu każdego semestru.

Zakładając 7 grup klasowych oraz 1 grupę rodziców, przy jednostkowej ryczałtowej wycenie spotkania na poziomie 550 zł, całkowity roczny koszt działań edukacyjnych to kwota **8 800 zł**.

- badań przesiewowych

zakłada się przeprowadzenie badań przesiewowych u zakwalifikowanych dzieci rekrutujących się z uczniów klas I szkół podstawowych spełniających kryteria medyczne włączenia, czyli dzieci, które do chwili kwalifikacji nie miały dotychczas rozpoznanej wady wzroku i/lub słuchu i nie są objęte opieką medyczną w w/w problemach zdrowotnych.

Szacuje się, że będzie to około 80% z populacji zakwalifikowanych uczniów, co daje około 76 osób rocznie – łącząc kryteria formalne i kryteria medyczne włączenia do programu,

badaniami przesiewowymi objęte zostanie około 65% ogólnej całkowitej populacji uczniów klas I szkół podstawowych z gminy Gogolin.

Koszt badań przesiewowych to około **47 120 zł.**

Tabela 6. Planowany budżet roczny programu

RODZAJ KOSZTÓW	koszt jednostkowy	Ilość/częstość	razem
1. Koszty interwencji			**56 920,00 zł**
w tym:			
kwalifikacja do programu	10,00 zł	100 uczniów	1 000,00 zł
działania edukacyjne rodzice/opiekunowie	550,00 zł	2 razy w roku	1 100,00 zł
działania edukacyjne uczniowie	550,00 zł	14 (2 razy w roku 7 klas)	7 700,00 zł
badania przesiewowe	620,00 zł	76 osób	47 120,00 zł
2. Koszty organizacyjne programu			**3 000,00 zł**
w tym:		w tym:	
ewaluacja i monitorowanie	1 500,00 zł	ewaluacja i monitorowanie	1 500,00 zł
obsługa ogólna	500,00 zł	obsługa ogólna	500,00 zł
koszty informacyjno-promocyjne	500,00 zł	koszty informacyjno-promocyjne	500,00 zł
koszty zarządzania/rezerwa	500,00 zł	koszty zarządzania/rezerwa	500,00 zł
RAZEM KOSZTY ROCZNE PROGRAMU			**59 920,00 zł**

Źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Planowany całkowity budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2024	60 000,00 zł
rok 2025	60 000,00 zł
rok 2026	60 000,00 zł
rok 2027	60 000,00 zł
Całość działań	**240 000,00 zł**

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku konkursowego przez Urząd Miejski w Gogolinie. Realizator na etapie oferty na realizację programu przygotuje szczegółowy budżet.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą do 60 000 zł w roku 2024. Docelowo kwota ta winna być odnawiana corocznie przez cały okres trwania programu, co daje

kwotę 240 000 zł przez cały 4 letni okres trwania programu, z zastrzeżeniem, że Urząd Miejski w Gogolinie może zmienić w latach kolejnych poziom finansowania niniejszego programu.

VI.3 Źródła finansowania

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców gminy Gogolin zostanie sfinansowany ze środków budżetu Gminy Gogolin w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej.

Instytucja finansująca winna zabezpieczyć uchwałą Rady Miejskiej w Gogolinie kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Ze względu na fakt, iż samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Gminy Gogolin do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 r. poz. 2561) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 r. poz. 9).

VII. Bibliografia

1. Szyfter W, Wrobel MJ, Szyfter-Harris J, Greczka G. Hearing impairment in polish infants. Epidemiology 2013;24(2): 333
2. Woynarowska B, Oblacińska A. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych. Infos 2014 nr 10(170)
3. Badania przesiewowe w zaburzeniach komunikacyjnych u dzieci w Polsce. Konkluzja Rady Unii Europejskiej. Pierwszy w świecie – System Zintegrowanej Operacji Komunikacyjnej „SZOK”®. Nowe rozwiązania dla medycyny szkolnej. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu Warszawa 2012
4. Pascolini D., Mariotti S.P., Global estimates of visual impairment: 2010, „Br J Ophthalmol” 2012; 96[5]: 614–618. 02.
5. Visual impairment and blindness, WHO, Fact Sheet N°282, Updated August 2014, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/.
6. Szmurło D, Fundament T, Kopeć G i wsp. Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem do świadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2012. http://www.ceestahc.org.
7. Sherwin JC, Kelly BJ, Hewitt AW, et al. Prevalence and predictors of refractive error in a genetically isolated population: the Norfolk Island Eye Study. Clin Exp Ophthalmol 2011, 39(8): 734-742.
8. Young TL, Metlapally R, Shay AE: Complex trait genetics of refractive error. Arch Ophthalmol 2007, 125(1), 38-48
9. Bucko-Cichocka Ł., Dąbrowski J., Werda E.:” Znaczenie wczesnego wykrywania wad słuchu”, Białystok 2007,
10. Radziszewska- Konopka M.: „Wczesne wykrywanie i rehabilitacja wad słuchu”
11. World Health Organization „Deafness and hearing loss”, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/,
12. World Health Organisation, Childhood Hearing Loss – Strategies for prevention and care, 2016, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204632/9789241510325_eng.pdf
13. Sorsby A, Leary GA, Fraser GR: Family studies on ocular refraction and its components. J Med Genet 1966, 3(4), 269-273.
14. Mutti DO, Hayes JR, Mitchell GL, Jones LA, Moeschberger ML, Cotter SA, Kleinstein RN, Manny RE, Twelker JD, Zadnik K for the CLEERE Study Group: Refractive error, axial length, and relative peripheral refractive error before and after the onset of myopia. Invest Ophthalmol Vis Sci 2007, 48(6), 2510-2519.
15. Saunders K: Early Refractive Development in Humans. Surv Ophthalmol 1995, 40(3), 207-216.
16. Shih YF, Chiang TH, Lin LLK: Lens thickness changes among schoolchildren in Taiwan. Invest Ophthalmol Vis Sci 2009, 50(6), 2637-2644.
17. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol 2012, 96(5): 614-618.
18. Głowacka A, Miśkowiak B. Badania przesiewowe – przegląd piśmiennictwa. Probl. Hig. Epidemiol. 2012, 93(4): 663-666.
19. Niżankowka M., Okulistyk. Podstawy kliniczne, Wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 80.

20. Leitman M., Diagnostyka i postępowanie w chorobach oczu. Kompedium, Wyd. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009, s. 8.
21. World Health Organization: „Hearing loss, due to recreational exposure to loud sounds", Geneva 2015, ISBN97892 4 1508513.
22. Niżankowka M., Okulistyka. Podstawy kliniczne, Wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa,
23. Okulistyka dla lekarzy POZ, pod red. M. Wilczyńskiego, Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2016
24. Jarzębińska-Vecerova M., Tuleja D., Podstawy refrakcji oka i korekcji wad wzrok, Wyd. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005,
25. Narodowy Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Badania przesiewowe słuchu i głosu u dzieci w wieku 7 lat z terenów wiejskich i małych miast województw Polski wschodniej, materiały prasowe, Warszawa 2008
26. Bank Danych Lokalnych https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start
27. Statystyczne Vademecum Samorządowca 2021
28. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa opolskiego, 2018
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
30. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami
33. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych
34. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
36. https://www.tourmedica.pl/ceny/
37. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2022/OP-0001-2023.pdf
38. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2022/OP-0009-2023.pdf
39. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2022/OP-0015-2022.pdf
40. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2022/OP-0042-2022.pdf

VIII. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

ZAŁĄCZNIK 1. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Empatia w trakcie rozmowy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetentna informacja	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Punktualność	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprawność obsługi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

ZAŁĄCZNIK 2. Zgoda na udział w programie - wzór

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(-am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(-am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(-a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział 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 Programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.).

Uczestnik programu:

.....
Imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu rodzica

Oświadczam, że omówiłem(-am) ww. Program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(-am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

Zgodnie z art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, wieku przez (REALIZATOR) jako Administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej.
Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.

Dziecko biorące udział w programie:
.....
Imię i nazwisko **dziecka** (drukowanymi literami) podpis rodzica

ORYGINAŁ/KOPIA

ZAŁĄCZNIK 3. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

Bardzo dobrze	*Dobrze*	*Średnio*	*Źle*	*Bardzo źle*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

Bardzo przydatna	*Przydatna*	*Średnio przydatna*	*Raczej nieprzydatna*	*Całkowicie nieprzydatna*	*Nie mam zdania*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr OR.I.0050.17.0050.2024

Burmistrza Gogolina

z dnia 1 lutego 2024 r.

Ogłoszenie o konkursie

Burmistrz Gogolina ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w 2024 r. pn. "Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027".

I. Przedmiot konkursu ofert

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w 2024 r. pn."Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027", zwanego dalej "programem".

2. Umowa na realizację programu polityki zdrowotnej zostanie zawarta na czas określony, od dnia podpisania umowy do dnia 15 listopada 2024 r.

3. Na realizację programu w 2024 r. planuje się przeznaczyć 60 000,00 zł (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych 00/100).

4. Głównym celem programu jest zmniejszenie o co najmniej 20 % liczebności dzieci z niezdiagnozowanymi wadami wzroku i / lub słuchu zamieszkujących Gminę Gogolin, uczniów klas pierwszych szkół podstawowych funkcjonujących na terenie Gminy Gogolin oraz ich opiekunów / rodziców, poprzez cele szczegółowe, takie jak:

- podniesienie poziomu wiedzy u co najmniej 50 % rodziców/opiekunów dzieci zamieszkujących gminę Gogolin w zakresie czynników powodujących nabyte wady wzroku i słuchu w latach 2024-2027.
- zwiększenie o 20% liczby dzieci z podejrzeniem wady wzroku/słuchu objętych opieką okulisty/laryngologa, którym postawiono rozpoznanie,
- zwiększenia o 20% liczby dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary) lub słuchu (np. aparat słuchowy). Decyzję o kwalifikacji do programu podejmuje realizator w oparciu o szczegółowe kryteria, które zostały określone w programie.

II. Wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Oferentem programu mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023 r. poz. 991 i 1675).

2. Oferent powinien posiadać minimum 3-letnie doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej.

3. Działania w ramach programu powinne być prowadzone przez oferenta na terenie Gminy Gogolin i powinny być przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zachowaniem warunków sanitarnych, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy wynikających z przepisów prawa.

4. Oferent powinien spełniać zakres minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, które zostały określone w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062 ze zm.).

5. Oferent powinien dysponować sprzętem diagnostycznym i preparatami medycznymi zarejestrowanymi i dopuszczonymi do obrotu na terenie Polski adekwatnymi do planowanych działań w programie.

6. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu powinna być prowadzona i przechowywana przez oferenta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz ustawy z dnia 10 maja 2019 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 r. poz.1781 ze zm.).

7. W przypadku stanu zagrożenia epidemicznego / stanu epidemii lub innej sytuacji wymagającej podwyższonego reżimu sanitarnego oferent zobowiązany jest do podjęcia dodatkowych działań i zabezpieczeń koniecznych do funkcjonowania programu.

8. Oferent powinien posiadać aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące zakres realizacji programu.

9. Oferent powinien dysponować odpowiednią i wykwalifikowaną kadrą do udzielanych świadczeń niezbędną do realizacji programu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.

10. Oferent będzie prowadził wyodrębnioną dokumentację finansowo-ksiegową środków finansowych otrzymanych na realizację programu, w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.

11. Oferent zrealizuje program z należytą starannością i poszanowaniem praw klienta, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej

12. Oferent z realizacji programu sporządzi stosowne sprawozdania.

13. Realizacja programu obejmować będzie zadania zgodne z określonymi etapami działania programu:

Etap I - działania organizacyjne, w tym:

1. Kampania informacyjna.

2. Rekrutacja uczestników.

Etap II - działania edukacyjne i diagnostyczne, w tym:

1. Działania edukacyjne:

- dla uczniów klas I szkoły podstawowej;
- dla rodziców/opiekunów.

2. Działania kwalifikacyjne i diagnostyczne:

- wstępna ocena stanu zdrowia dziecka;
- diagnostyka schorzeń narządu wzroku i słuchu;
- podsumowanie badań i ocena lekarska.

Etap III - działania kontrolne i sprawozdawcze, w tym:

1. Monitorowanie prac w ramach programu.

2. Ewaluacja programu i sprawozdawczość.

III. Tryb, termin, miejsce składania ofert i kryteria wyboru ofert

1. Oferent składa tylko jedna ofertę na realizację programu.

2. Oferta konkursowa powinna być złożona zgodnie ze wzorem formularza ofertowego stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego ogłoszenia wraz z kompletem wymaganych załączników. Formularz ofertowy powinien być podpisany przez osobę (osoby) uprawnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, pod rygorem jej odrzucenia w terminie i w sposób określony w niniejszym ogłoszeniu.

3. Wymagane załączniki:

- aktualny wpis do rejestrów: sądowego, Wojewody, Ministra Zdrowia, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności,
- aktualny statut,
- kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej w zakresie niezbędnym do realizacji programu;
- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią programu.

4. Kserokopie dokumentów powinne być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.

5. Oferty, które nie będą spełniały wymagań formalnych nie będą rozpatrywane.

6. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w 2024 r. pn. "Program wczesnego wykrywania wad słuchu i wzroku u dzieci w Gminie Gogolin na lata 2024-2027" w terminie do 20 lutego 2024 r. do godz. 15.30:

a) osobiście w godzinach pracy Urzędu Miejskiego w Gogolinie w Biurze Podawczym, ul. Krapkowicka 6, 47-320 Gogolin lub

b) za pośrednictwem poczty lub poczty kurierskiej na adres Urząd Miejski w Gogolinie, ul. Krapkowicka 6, 47-320 Gogolin.

7. Dokumentację konkursową można odebrać osobiście od dnia ogłoszenia konkursu w dniach i w godzinach pracy Urzędu Miejskiego w Gogolinie, ul. Krapkowicka 6 w pokoju nr 9 lub pobrać w formie elektronicznej ze strony www.bip.gogolin.pl

8. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu, niekompletne oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

9. Oferty konkursowe opiniuje powołana w drodze zarządzenia Burmistrza komisja konkursowa.

10. Komisja konkursowa po dokonaniu oceny ofert sporządzi protokół, który przedłoży do zatwierdzenia Burmistrzowi Gogolina.

11. Rozstrzygniecie konkursu nastąpi niezwłocznie po ustalonej ostatecznej dacie przyjmowania ofert poprzez wywieszenie wyniku na tablicy ogłoszeń w siedzibie organizatora oraz na stronie internetowej www.bip.gogolin.pl

12. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminu jego rozstrzygnięcia bez podania przyczyny.

13. Organizator unieważnia konkurs jeśli w określonym terminie nie wpłynie żadna oferta konkursowa.

14. Organizator nie pokrywa kosztów przygotowania oferty, nie zwraca również ofert, które wpłynęły na konkurs.

15. Burmistrz Gogolina przyznaje dotację celową na realizację oferty wyłonionej w konkursie w trybie indywidualnej decyzji.

17. Do decyzji Burmistrza Gogolina w sprawie wyboru oferty i udzielania dotacji nie ma zastosowania tryb odwoławczy.

18. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczenia zadania regulować będzie umowa zawarta pomiędzy wyłonionym Oferentem, a Gminą Gogolin.

IV. Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Gogolina z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Gogolinie, przy ul. Krapkowickiej 6, 47-320 Gogolin.

2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest Pan Sławomir Kozieł. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, proszę się skontaktować z nim pod adresem e- mail: urzad@gogolin.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach niezbędnych do przeprowadzenia i rozstrzygnięcia niniejszego konkursu.

4. Pani/Pana dane osobowe podlegają archiwizacji zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody: prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem).

6. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do GIODO/Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do udziału w pracach komisji konkursowej W razie niepodania danych osobowych, nie ma możliwości Pana/Pani udziału w pracach komisji konkursowej.

8. Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt. 2. Zgodnie z art 21 ust.1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr OR.I.0050.17.0050.2024
Burmistrza Gogolina
z dnia 1 lutego 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa oferenta

.....

.....

2. Adres siedziby oferenta (miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer lokalu, telefon, fax, e- mail)

.....

.....

3. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta (stanowiska)

.....

.....

4. Organ założycielski lub właściciel placówki medycznej

.....

.....

5. Nr wpisu do rejestru Wojewody, Sądowego, Gminy, Właściwych Izb Oferenta

.....

.....

6. NIP Oferenta

.....

.....

7. Regon Oferenta

.....

.....

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Oferenta

.....

.....

9. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty

.....

.....

II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI PROGRAMU

1. Opis zadania (w tym sposoby oceny i ewaluacji)

.....

.....

2. Miejsce i termin realizacji zadania (nazwa adres, numer telefonu)

.....

.....

3. Planowana liczba uczestników programu w podziale na zadania

.....

.....

4. Monitorowanie programu, ocena bieżąca realizacji zadań, opis spodziewanych korzyści (wymienić narzędzia monitorowania)

.....

.....

5. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadań (termin realizacji programu powinien być zgodny z określonym terminem w ogłoszeniu o konkursie):

Lp.	**Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania**	**Terminy realizacji poszczególnych działań**

6. Kosztorys realizacji programu:

Lp.	**Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania**	**Koszt realizacji poszczególnych działań**
razem		

7. Informacje o posiadanych zasobach rzeczowych, kadrowych i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób w realizowanym zadaniu:

1. Zasoby rzeczowe (miejsce realizacji zadań, sprzęt)

.....

.....

2. Zasoby kadrowe, kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania, ze wskazaniem zakresu obowiązków tych osób w realizowanym zadaniu:

Lp.	**Nazwisko i Imię**	**Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia**	**Zakres obowiązków w realizowanym zadaniu**

8. Doświadczenie oferenta w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert (okres realizacji, podmioty)

.....

.....

9. Monitorowanie przebiegu programu (zakładane cele, opis rezultatów, proponowane wskaźniki zgodnie ze wskazaniem w programie).

.....

.....

....

Miejscowość i data podpis oferenta