



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 180/2017 z dnia 8 sierpnia 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
wad postawy dla uczniów klas I-IV szkół podstawowych z terenu  
Gminy Garbatka-Letnisko”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas I-IV szkół podstawowych z terenu Gminy Garbatka-Letnisko”

**Uzasadnienie**

Negatywna opinia Prezesa Agencji uwarunkowana jest brakiem podstawowych elementów programu, jak również ograniczeniami związanymi z zaplanowaną interwencją.

Cele programowe należy określić zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności nie budzą większych zastrzeżeń.

W projekcie nie wskazano dokładnych kryteriów kwalifikacji do programu. Nie wskazano, czy z programu wykluczone zostaną o dzieci, u których wady postawy zostały już zdiagnozowane.

W zakresie interwencji nie odnaleziono wytycznych, które rekomendowałyby wykorzystanie wskazanych w projekcie urządzeń. Ponadto w rekomendacjach brak jest zgodnego stanowiska co do zasadności prowadzenia badań przesiewowych u dzieci.

Należy także podkreślić, że część dotycząca interwencji została opasana w sposób niedokładny. Nie wskazano jasno rodzaju badania przesiewowego, nie określono roli lekarza specjalisty oraz nie opisano szczegółów dot. działań edukacyjnych oraz nie wskazano.

W projekcie nie odniesiono się także w sposób precyzyjny do dalszego postępowania z dziećmi, u których zdiagnozowano wady postawy. Stanowi to poważne ograniczenie programu, gdyż mając na uwadze wagę problemu działania diagnostyczne powinny być powiązane z działaniami rehabilitacyjnymi, które mogą być realizowane już poza programem. Konieczne jest wskazanie opiekunom dzieci jakie świadczenia i zajęcia korekcyjne są dostępne oraz jakie ćwiczenia możliwe i zalecane są do wykonywania w domu.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą większych zastrzeżeń.

W ramach budżetu założono współpłacenie rodziców/opiekunów prawnych w zakresie zajęć korekcyjnych. Należy jednak podkreślić, że działanie to może powodować nierówność w dostępie do świadczeń. Ponadto w budżecie pojawiają się założenia dot. liczby uczestników programu na jego poszczególnych etapach, które nie mają odpowiedniego uzasadnienia.



## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 19 590 PLN, zaś okres realizacji to rok 2018.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w następujące priorytety: „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia” oraz „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie programu skrótowo odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej wad postawy u dzieci i młodzieży, co należy uzupełnić.

Zaburzenia układu ruchu, związane z intensywnym wzrastaniem i kształtowaniem się postawy ciała, według różnych autorów występują u 10–80% dzieci w wieku szkolnym. Tak duże różnice przedstawionego odsetka wynikają przede wszystkim z braku ujednoczonych kryteriów diagnostycznych oraz indywidualnego przebiegu posturogenezy. Uznać można, że zaburzenia charakteryzujące się poważnym przebiegiem dotyczą ok. 10–15% dzieci. Wśród najczęściej występujących zaburzeń układu ruchu wymienić należy: boczne skrzywienie kręgosłupa (skoliozę) występujące u 2-4% dzieci i młodzieży, młodzieńczą kifozę piersiową (chorobę Scheuermana) występującą u 3-5% nastolatków, oraz zniekształcenia statyczne kończyn dolnych, które dotyczą ok. 10-15% dzieci.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wczesne rozpoznawanie i niwelowanie wad postawy u uczniów klas I-IV poprzez wykrywanie, diagnozowanie oraz kształtowanie nawyku aktywności ruchowej”. Przedstawiony cel główny stanowi raczej działanie, a nie cel sam w sobie, w związku z czym pomiar i monitorowanie stopnia jego realizacji mogą być utrudnione. Projekt programu zawiera również 6 celów szczegółowych. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności. Zasadnym byłoby również uwzględnić liczbę dzieci oraz rodziców/opiekunów, w przypadku których podjęte działania edukacyjne przełożyły się na wzrost poziomu wiedzy w zakresie prawidłowej postawy ciała.

### Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią dzieci z klas I-IV szkół podstawowych z terenu gminy. Liczebność populacji docelowej, w roku szkolnym 2017/2018, została oszacowana na 167 dzieci.

Projekt zakłada współpłacenie rodziców na poziomie 50% tj. 45 zł, za zajęcia korekcyjne. Należy jednak pamiętać o równym dostępie wszystkich osób z danej populacji programu. Natomiast konieczność współpłacenia za zajęcia korekcyjne, stwarza ryzyko nierównego dostępu dla wszystkich uprawnionych – część rodziców może nie wyrazić zgody na ww. dopłatę, przez co ich dziecko nie będzie mogło uczestniczyć w zajęciach.

W projekcie w sposób ogólny odniesiono się do kryteriów włączenia do udziału w programie. Zasadne jest także wyłączenie z możliwości uczestnictwa w programie dzieci, u których wadę postawy zdiagnozowano już wcześniej.

#### Interwencja

W ramach realizacji programu, przewidziano wdrożenie badań przesiewowych, edukacji zdrowotnej oraz cyklu zajęć korekcyjnych.

Opis zaplanowanych interwencji jest nieprecyzyjny i ogólny. Brakuje informacji na temat rodzaju testu przesiewowej. Nie wiadomo kto będzie wykonywał badania przesiewowe. Ponadto projekt zakłada konsultację lekarza specjalisty. Nie wskazano jednak specjalizacji lekarza oraz nie doprecyzowano jego zadania, nie wiadomo czy będzie on prowadził badania przesiewowe, czy jedynie kierował do dalszego postępowania.

W zakresie badania przesiewowego nie określono jednoznacznie rodzaju badania przesiewowego. Najprawdopodobniej w tym celu będzie wykorzystywany sensor Hipokratesa. Informacja o sensorze Hipokratesa widnieje tylko w jednym miejscu projektu programu. W żaden sposób nie rozwinięto tej informacji oraz nie przedstawiono zastosowania ww. urządzenia.

W wyniku wyszukiwania dowodów naukowych, nie odnaleziono żadnych informacji nt. Sensora Hipokratesa, oprócz informacji pochodzących ze strony producenta. Zgodnie z tymi informacjami, urządzenie to umożliwia bezinwazyjne skierowanie wiązek promieni podczerwonych na łopatki, biodra, kolana i kostki człowieka, po to by porównać pomiar z właściwymi parametrami postawy. Analiza i przetworzenie zebranych danych umożliwia lekarzowi rozpoznanie wad, postawienie diagnozy i podjęcie właściwego leczenia i rehabilitacji. Drugą funkcją urządzenia jest badanie zakresu ruchomości stawów.

Należy podkreślić, że na stronie producenta brak jest dokładnej specyfikacji urządzenia. Brakuje także wyników prowadzonych akcji/badań o których wspomina się na stronie.

W programie nie przewiduje się zakupu tego urządzenia, jednak nie podano informacji na jakich zasadach, będzie możliwość korzystania z niego w programie.

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad postawy znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej oraz w I klasie gimnazjum. Świadczenia realizowane w ramach przedmiotowego

programu mają objąć dzieci i młodzież w wieku od 4-15 roku życia, a więc również roczniki nie kwalifikujące się do otrzymania świadczeń w ramach POZ, w związku z czym można stwierdzić, że działania przewidziane do realizacji w ramach programu stanowić mogą w pewnej części uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Dzieci z wykrytymi wadami postawy kierowane będą na zajęcia korekcyjne w cyklach 10 jednogodzinnych zajęć prowadzonych przez magistra fizjoterapii lub też do poradni specjalistycznej właściwej do leczenia wad postawy (w przypadku wady tego wymagającej). W projekcie nie sprecyzowano dokładnie jakie wady postawy będą kwalifikowane jako te wymagające zajęć korekcyjnych oraz te wymagające dalszych konsultacji. Brakuje także informacji, czy zajęcia te odbywać się będą indywidualnie czy też grupowo, czy rodzice otrzymają zalecenia do wykonywania ćwiczeń w domu oraz jakie postępowanie będzie realizowane w przypadku gdy dziecko potrzebować będzie większej liczby zajęć.

W treści projektu wskazano, że jednym z planowanych działań będzie edukacja. Odniesiono się jednak do planowanych zajęć edukacyjnych w sposób pobieżny (jedynie w części projektu programu dot. problemu zdrowotnego, a nie planowanych interwencji), nie precyzując ich zakresu tematycznego, częstotliwości czy też kompetencji osoby odpowiedzialnej za ich prowadzenie.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W przedmiotowym projekcie odniesiono się do kwestii monitorowania i ewaluacji programu. W ramach monitorowania uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Zasadnym wydaje się, aby ocena zgłaszalności obejmowała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz rodzaju schorzenia, z którym się borykają.

W większości poprawnie zaproponowano wskaźniki, które zostaną wykorzystane w ewaluacji programu. Będzie to m.in.: liczba dzieci skierowanych do dalszej specjalistycznej diagnostyki, nie objętej programem, określenie rodzajów wad postawy i liczby dzieci z poszczególnymi wadami, liczba dzieci, które ukończyły zajęcia instruktażowe gimnastyki korekcyjnej, liczba (odsetek) dzieci, u których nastąpiła poprawa postawy ciała po odbytych zajęciach korekcyjnych, liczba rodziców i dzieci uczestnicząca w przedsięwzięciu dotyczącym profilaktyki wad postawy.

Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ocena ta powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Jej planowanie powinno się natomiast opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Istotnym jest, aby przedstawione wskaźniki zostały ze sobą zestawione (np. ocena wzrostu poziomu wiedzy, na podstawie ankiet wypełnionych przed przystąpieniem do programu oraz po jego zakończeniu). Zestawienie powyższych wartości przełoży się na możliwość określenia czy zaproponowane świadczenia będą wpływały na realizację założonych efektów.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. W sposób pobieżny określono warunki jakie powinien spełnić realizator programu. Zasadne jest uzupełnienie wymagań wobec realizatora, w tym o warunki lokalowe jakie powinien zapewnić dla realizacji programu.

Poszczególne etapy postępowania powinny zostać opisane w sposób bardziej precyzyjny. Ponadto nie określono prawidłowo sposobu zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

W projekcie oszacowano koszt badania przesiewowego i akcji edukacyjnej na 30 zł za osobę, konsultacji lekarza specjalisty na 40 zł za osobę oraz cykl 10 zajęć korekcyjnych na 90 zł za osobę. Zaznaczono, że 50% kosztów zajęć korekcyjnych mają pokryć rodzice. Takie działanie stwarza ryzyko nierównego dostępu do programu w przypadku osób o niższym statusie materialnym.

W projekcie nie uzasadniono na jakiej podstawie zakłada się, że 70% z przebadanych dzieci, będzie wymagało konsultacji lekarza specjalisty, oraz 110 dzieci z 167 przebadanych będzie wymagało zajęć korekcyjnych – wymaga to doprecyzowania. Nie jest jasne czy w przypadku, gdy większa liczba dzieci będzie wymagała konsultacji lub zajęć korekcyjnych, to zostaną zapewnione dodatkowe środki finansowe.

## **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

### Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej.

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifozą piersiową, co prowadzi do pochyleń głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobb'a na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

### Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248).

### Ocena technologii medycznej

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skryningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się

natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Pomimo różnych rekomendacji i zaleceń, badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie zalecane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku szkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powieleły świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie.

Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich, zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.174.2017 „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas I-IV szkół podstawowych z terenu Gminy Garbatka-Letnisko” realizowany przez: Gminę Garbatka-Letnisko, Warszawa, lipiec 2017 oraz Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 213/2017 z dnia 24 lipca 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas I-IV szkół podstawowych z terenu Gminy Garbatka-Letnisko”