



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 202/2017 z dnia 10 sierpnia 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
i wczesnego wykrywania wad postawy wśród dzieci klas II szkół  
podstawowych w Gminie Ujazd”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy wśród dzieci klas II szkół podstawowych w Gminie Ujazd” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedmiotowy projekt programu polityki zdrowotnej stanowi spójną całość i zakłada całościową ścieżkę postępowania z pacjentem. Może zatem stanowić uzupełnienie dostępnych obecnie świadczeń. Należy jednak zwrócić uwagę na poszczególne elementy programu, które wymagają doprecyzowania.

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

Populacja docelowa została opisana poprawnie. Należy jednak uwzględnić w kryteriach wykluczenie z programu dzieci, które mają rozpoznana wadę postawy i korzystają już z zajęć korekcyjnych.

W zakresie interwencji należy wskazać, że w rekomendacjach brak jest zgodnego stanowiska co do zasadności prowadzenia badań przesiewowych u dzieci. Część ta została opisana w sposób wyczerpujący.

Monitorowanie i ewaluacja nie budzą zastrzeżeń.

W ramach budżetu warto doprecyzować koszty jednostkowe.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 65 730 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

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 odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając zarówno dane krajowe, jak i sytuację regionalną.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., w 2014 roku, w województwie łódzkim odnotowano 100 hospitalizacji z powodu rozpoznania, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa (wśród dzieci). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 23,69 i była to jedna z najniższych wartości wśród województw.

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 „poprawa stanu zdrowia populacji dzieci w Gminie Ujazd poprzez profilaktykę i wczesne wykrywanie wad postawy wśród uczniów klas II szkół podstawowych”. Przedstawiony cel może okazać się trudny do zmierzenia, gdyż poprawa stanu zdrowia jest pojęciem bardzo ogólnym. Projekt programu zawiera również 7 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, które są spójne z postawionymi w projekcie celami.

#### Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią dzieci z klas II szkół podstawowych z terenu Gminy Ujazd. Liczebność populacji docelowej została oszacowana na 276 dzieci. Projekt zakłada objęcie działaniami 100% populacji docelowej. Dane te są zbieżne z danymi GUS.

W projekcie 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 następujących działań:

- Etap I – edukacja zdrowotna skierowana zarówno do dzieci, jak i rodziców (prowadzona przez lekarza rehabilitacji medycznej/fizjoterapeutę);
- Etap II – badania przesiewowe (prowadzone przez lekarza rehabilitacji medycznej);
- Etap III – interwencje fizjoterapeutyczne:
  - grupowa gimnastyka korekcyjna (prowadzący: fizjoterapeuta);
  - indywidualne zajęcia fizjoterapeutyczne (prowadzący: fizjoterapeuta);
- Etap IV – kontrolna wizyta lekarska.

W projekcie opisano działania edukacyjne, wskazano ich zakres tematyczny, osobę odpowiedzialną za ich prowadzenie oraz czas trwania. Interwencja ta nie budzi zastrzeżeń.

W zakresie badania przesiewowego planuje się wykonanie testów do wykrycia zaburzeń:

- rozwoju fizycznego – pomiar wysokości i masy ciała wraz z oceną wyników przy użyciu siatek centylowych,
- rozwoju narządu ruchu – badanie symetrii: osi długiej kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej, uwypuklenia klatki piersiowej i okolicy lędźwiowej podczas skłonu w przód, przeprowadzenie testu zgięciowego Adamsa, ocena kąta rotacji tułowia, badanie postawy ciała metodą Moire'a oraz zniekształceń statycznych kończyn dolnych – mierzenie odległości między kostkami przyśrodkowymi kończyn dolnych, badanie ustawienia osi długiej podudzia i pięty za pomocą pionu.

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.

W odniesieniu do konkretnych testów diagnostycznych warto wskazać, że odnalezione dowody naukowe pozytywnie odnoszą się do testu zgięciowego Adamsa, ocenę kąta rotacji tułowia, badania postawy ciała metodą Moire'a oraz pomiaru kompensacji liniowej tułowia .

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 stanowią pewną część uzupełnienia świadczeń gwarantowanych.

Dzieci z wykrytymi wadami postawy kierowane będą na zajęcia korekcyjne w formie grupowych lub indywidualnych zajęć. W projekcie opisano sposób prowadzenia zajęć, liczbę osób w grupie i częstotliwość. W treści projektu programu zaznaczono jedynie, że grupowa gimnastyka korekcyjna będzie obejmowała ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne, nie wskazano natomiast dokładnie jakie działania będą podejmowane w ramach zaplanowanych interwencji. Indywidualne zajęcia fizjoterapeutyczne będą prowadzone w wybranym podmiocie leczniczym. Warto dodać, że plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu

rehabilitacji. Warto także zaplanować postępowanie z dzieckiem, u którego przeprowadzony cykl rehabilitacji okazał się niewystarczający.

W przypadku zajęć indywidualnych przed ich rozpoczęciem każdy uczeń powinien być konsultowany przez lekarza/fizjoterapeutę, którego zadaniem byłoby ustalenie zakresu ćwiczeń indywidualnie dostosowanego do potrzeb zdrowotnych dziecka. Warto element ten uwzględnić w ramach programu.

W treści projektu programu zaznaczono, że w przypadku pacjentów ze skoliozą zajęcia indywidualne prowadzone przez fizjoterapeutę będą obejmowały Specyficzne Metody Fizjoterapeutyczne, natomiast w przypadku uczniów z kifozą lub lordozą – ćwiczenia korekcyjnokompensacyjne. Zaplanowane działania są zgodne z wytycznymi.

Etap IV dotyczy wizyty lekarskiej u lekarza rehabilitacji medycznej po ukończeniu cyklu zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej. Na wizycie kontrolnej uczestnicy ponownie będą podlegali badaniu postawy ciała metodą Moire'a (rezultaty zostaną porównane z wynikami pochodzącymi z pierwszego badania). Należy mieć jednak na uwadze, że przewidziany łączny czas trwania zajęć (zaledwie 5 godzin) może okazać się niewystarczający na zaobserwowanie jakiegokolwiek zmiany. Podczas wizyty omówione zostanie dalsze postępowanie, lekarz udzieli także porad odnośnie zapobiegania negatywnym następstwom wad postawy. W razie konieczności (brak sprecyzowania jakich sytuacji dot. powyższy zapis) wydane zostanie skierowanie na rehabilitację leczniczą wraz ze wskazaniem rodzicom konkretnego podmiotu leczniczego, w którym będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika. Rodzicom przekazana zostanie także ankieta satysfakcji (załącznik nr 5 projektu programu).

Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń. Należy pamiętać, że kompleksowa opieka medyczna może przynieść pacjentowi dużo więcej korzyści.

#### 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.

Poprawnie zaproponowano wskaźniki, które zostaną wykorzystane w ewaluacji programu. 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. Jej planowanie powinno się natomiast opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także warunki jakie powinien spełnić realizator programu. W projekcie opisano poszczególne etapy postępowania, wskazano sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji danych świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Koszt całkowity realizacji programu został oszacowany na 65 730 zł. Uwzględniono w nim akcję informacyjnoedukacyjną (7 980 zł), badania przesiewowe (13 300 zł) oraz gimnastykę korekcyjną (44 450 zł). Warto zaznaczyć, że w treści projektu programu nie wskazano na jakiej podstawie założono, że z grupowych zajęć gimnastyki korekcyjnej skorzysta ok. 147 osób (55%), natomiast w indywidualnych zajęciach gimnastyki korekcyjnej udział weźmie ok. 28 uczniów (10%). W projekcie wskazano także koszty jednostkowe, jednak w przedstawionych kosztach nie sprecyzowano jakie

testy będą wchodziły w skład planowanych badań przesiewowych. Wskazane powyżej kwestie wymagają uzasadnienia i uzupełnienia.

### **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 kifożą piersiową, co prowadzi do pochylecia 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 Cobba 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.441.184.2017 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy wśród dzieci klas II szkół podstawowych w Gminie Ujazd” realizowany przez: Gminę Ujazd, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksów „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r., „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” sierpień 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 237/2017 z dnia 7 sierpnia 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy wśród dzieci klas II szkół podstawowych w Gminie Ujazd”