



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 199/2014 z dnia 25 sierpnia 2014 r.
o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i
młodzieży szkolnej z terenu Gminy Śliwice na lata 2014-2018”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję negatywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej z terenu Gminy Śliwice na lata 2014-2018”.

Uzasadnienie

Program dotyczy dobrze zdefiniowanego ważnego problemu zdrowotnego i społecznego, jakim jest wczesne wykrywanie wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej oraz zapobieganie progresji wad. Problem ten został dobrze opisany. Zgodnie z zaleceniami ekspertów wspomaga on świadczenia gwarantowane, należące do obowiązków pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ.

Cel programu został jasno określony. Poprawnie przedstawiono sytuację epidemiologiczną i zakreślono liczebność uczestników ćwiczeń korekcyjnych. Precyzyjnie opisano cykl zajęć przewidzianych dla uczestników programu. W sposób właściwy przedstawiono akcję informacyjną zapewniającą szeroką dostępność świadczenia. Zaplanowano ćwiczenia pokazowe oraz inne działania edukacyjne skierowane do rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego, przewidziano instruktaż dla rodziców celem poprawnego prowadzenia ćwiczeń w warunkach domowych.

W programie nie przedstawiono kosztów całkowitych i jednostkowych, co jest powodem negatywnej opinii Rady Przejrzystości.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Gminy Śliwice z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej. Celem programu jest zapobieganie pogłębianiu się i utrwaleniu wad postawy ciała u dzieci i młodzieży poprzez wczesne ich wykrywanie, diagnozowanie, korygowanie oraz kształtowanie nawyku aktywności ruchowej i odpowiedzialności za własne zdrowie. Planowane interwencje w programie stanowią 2-tygodniowy cykl ćwiczeń korekcyjnych wraz z edukacją zdrowotną oraz badaniami diagnostycznymi przed i po realizacji zajęć gimnastyki korekcyjnej. Populację docelową stanowią dzieci i młodzież wszystkich poziomów nauczania, tj. 320 osób rocznie. Program ten jest 5-letni, od 2014-2018 roku. Nie określono budżetu całkowitego programu oraz kosztów jednostkowych.



Problem zdrowotny

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – 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. Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych. W zależności od wielkości oraz lokalizacji, skrzywienie kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie układu oddechowego, zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w życiu dorosłym cierpią na dolegliwości bólowe kręgosłupa, ponadto istotny wpływ na jakość życia mają odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (6-7 lat), a następnie w wieku 10 lat, 12, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące poparcie dla tego typu programów zdrowotnych (dodatkowe uwagi – patrz 3.1.), a jeden zadeklarował nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy 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. Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane.

Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatkiego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając

liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a (Montgomery1990). Z badania Fong2010 [25] wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i prostotę autorzy sugerują nie wykluczać tego badania lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Oceniając wartość badań przesiewowych, należy wziąć pod uwagę wysiłek organizacyjny oraz koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, ale także potencjalne działania niepożądane, wiążące się z niepotrzebnymi badaniami lekarskimi i błędnymi rozpoznaniem, oraz niekorzystny efekt psychologiczny związany z koniecznością noszenia gorsetu (w części przypadków niepotrzebnego – gdy zniekształcenie kręgosłupa nie ma tendencji do powiększania się, a z rzadka samoistnie ustępuje, niezależnie od leczenia).

Obecnie dostępne dowody efektywności klinicznej zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń, nie pozwalają ani zdecydowanie zalecić, ani zniechęcać do takiego postępowania.

W wyniku tej sytuacji amerykański USPSTF wydał rekomendację negatywną dla badań przesiewowych w kierunku skoliozy, co nie zyskało akceptacji środowisk medycznych (zalecenia SOSORT z 2005 r., wytyczne włoskie z 2005 r., stanowisko SRS/AAOS z 2007 r.). Ciekawe światło na efektywność kliniczną rzucają dane z badania kosztowej efektywności Montgomery 1990, wykazujące, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcyjną (badanie fotogrametryczne Moire'a) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznań fałszywie dodatnich), jak i w efekcie długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych (Nussinovitch 2002). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa jego indywidualne dobranie dla konkretnych chorych i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów bądź w warunkach placówki specjalistycznej (Kotwicki 2009, Negrini 2008). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy (Kowalski 2001). Skuteczność autokorekcji potwierdza badanie Anwajler 2006.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że choć koszt samych badań przesiewowych jest niewielki, rośnie znacznie, gdy przeliczy się go na jeden przypadek ostatecznie rozpoznany i skierowany do leczenia oraz na jeden przypadek skutecznie leczonej skoliozy (SRS/AAOS, Montgomery 1990). Efektywność kosztową programu można zwiększyć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe (Montgomery 1990).

Poza samą wartością badań przesiewowych, programy samorządowe mogą oferować wartość dodatkową w postaci organizowania dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych. Istotnym elementem dodanym może też być edukacja: uświadamianie dzieciom i rodzicom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci. Kolejną wartością dodaną może być organizowanie rehabilitacyjnych ćwiczeń korekcyjnych w dogodnym dla dzieci miejscu i czasie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym

dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, które mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

Wnioski z oceny projektu programu zdrowotnego Gminy Śliwice:

Dot. problemu zdrowotnego:

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się więc w priorytet zdrowotny - 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 – należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Wnioskodawca dokładnie opisuje sytuację epidemiologiczną wad postawy u dzieci i młodzieży w Polsce na podstawie danych z raportów CSIOZ, jednak informacje te pochodzą z 2005-2007 r., tymczasem dostępne są bardziej aktualne dane liczbowe dla danego schorzenia. Według informacji CSIOZ z sprawozdań MZ-11 za 2012 r., zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2-9 lat. Ponadto w projekcie programu zawarto dane dotyczące lokalnej sytuacji epidemiologicznej, gdzie na podstawie danych szacunkowych stwierdzono występowanie nieprawidłowości lub wad postawy u blisko 70% dzieci i młodzieży w gminie Śliwice. Wnioskodawca nie podaje jednak dokładnego źródła przytaczanych danych. Pozostałe informacje zostały uzupełnione przez analityka w rozdziale 2.1.3 niniejszego raportu.

Dot. celów programu i populacji:

Główny cel projektu programu stanowi zapobieganie pogłębianiu się i utrwaleniu wad postawy ciała u dzieci i młodzieży poprzez wczesne ich wykrywanie, diagnozowanie, korygowanie oraz kształtowanie nawyku aktywności ruchowej i odpowiedzialności za własne zdrowie. Dodatkowo sformułowano 10 celów szczegółowych uzupełniających główne założenie programu o działania szczegółowe, typu podnoszenie poziomu wiedzy nt. profilaktyki wad postawy wśród rodziców i nauczycieli, instruktaże i prowadzenie zajęć korekcyjnych dla beneficjentów, ale i też organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych dot. danego problemu.

Oczekiwane efekty określone w treści projektu programu, jak i mierniki efektywności wydają się być adekwatne do postawionych celów. W przypadku mierników efektywności warto

również skupić się na pomiarze skuteczności zaplanowanej edukacji zdrowotnej np. test wiedzy nt. profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży.

Populacja docelowa programu to dzieci i młodzież szkolna wszystkich poziomów nauczania. Wnioskodawca niejasno wyraża się co do struktury wiekowej danej populacji, przytacza dane dot. populacji ogólnej w wieku 0-18 lat zarejestrowanej w SPZOZ w Śliwicach wskazując, że jest ich 1310 osób. Zgodnie z oszacowaniami GUS za 2013 r. liczba dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym (wszystkich szczebli), tj. od 0 do 19 roku życia, stanowi blisko 1415 osób (ryc. 1, rozdz. 2.1.3.). Najwięcej osób liczyła grupa wiekowa od 10 do 14 roku życia, najmniej natomiast dzieci w wieku 0-4 lat. Biorąc pod uwagę szacunkowe dane dot. występowania wad postawy u blisko 70% dzieci i młodzieży szkolnej, wskazano, że potencjalnych uczestników zajęć korekcyjnych w ramach programu będzie po 320 osób rocznie.

W projekcie programu brakuje informacji nt. populacji pośredniej objętej działaniami edukacyjnymi programu, tj. nauczycieli i rodziców. Nie oszacowano ich liczebności.

Tryb zapraszania do udziału w programie ogranicza się do przekazania informacji rodzicom/opiekunom dzieci/młodzieży przez personel dydaktyczny szkół populacji docelowej oraz pielęgniarki szkolne. Wnioskodawca w działaniach organizacyjnych wspomina również o opracowaniu strony internetowej z informacją o programie. Warto zaznaczyć, że dobrze zorganizowana akcja promocyjna programu jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

Dot. interwencji:

Interwencje zaproponowane w opisie programu stanowią: badanie lekarskie w ramach kwalifikacji do zajęć gimnastyki korekcyjnej, ćwiczenia w gabinecie rehabilitacji medycznej oraz badanie lekarskie po zakończeniu serii 2-tygodniowych ćwiczeń korekcyjnych wraz z instruktązem dla dziecka i jego rodziców do kontynuowania ćwiczeń w domu.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6-7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Poza samą wartością badań przesiewowych zwraca się uwagę na istotną wartość dodatkową jaką niosą za sobą organizacja dalszej diagnostyki czy też właśnie przewidziane w ramach programu ćwiczenia korekcyjne. Ważnym elementem dot. profilaktyki wad postaw u dzieci i młodzieży jest również edukacja poprzez uświadamianie dzieciom, ich rodzicom czy też nauczycielom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Oprócz wyżej wymienionych za istotną wartość w tego typu programach uznaje się też organizowanie rehabilitacyjnych ćwiczeń korekcyjnych w dogodnym dla dzieci miejscu i czasie.

Wnioskodawca w ramach działań w programie zaplanował nie tylko dokładny instruktaż dot. realizacji ćwiczeń korekcyjnych w warunkach domowych, ale też włączenie w edukację

zdrowotną rodziców i nauczycieli oraz zorganizowanie pokazów gimnastyki korekcyjnej dla rodziców, oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego i fizycznego w szkołach, w ramach kampanii zdrowotnej dot. profilaktyki wad postawy. W/w działania wydają się być uzupełnieniem do codziennej praktyki w zakresie świadczeń gwarantowanych w placówkach szkolnych.

Dot. organizacji programu:

W wyniku informacji przekazywanych do rodziców za pośrednictwem pracowników szkół w gminie Śliwice zaproszone do udziału w programie osoby, szczególnie przed 16 r.ż. powinny posiadać zgodę rodziców/opiekunów prawnych na udział w interwencjach w nim przewidzianych. Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do tej kwestii w treści programu, natomiast w załącznikach zawarto wzór danego oświadczenia w ramach Karty badania dziecka. W programie zaplanowano wybór Realizatora, natomiast Wnioskodawca wskazuje już wcześniej miejsce realizacji jego założeń programu na Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Śliwicach (gabinet rehabilitacji medycznej). W związku z zaplanowaną kampanią zdrowotną opracowano również materiały informacyjno-edukacyjne dla nauczycieli, rodziców jak i ich dzieci. Wnioskodawca nie odwołał się jednak do treści danych materiałów, nie zostały dołączone do projektu programu celem ich weryfikacji. Nie wskazano również osób odpowiedzialnych za przygotowanie i przeprowadzenie w/w kampanii. Przewiduje się organizację pokazów ćwiczeń korekcyjnych na sali gimnastycznej oraz wykładów dot. wad postawy dla nauczycieli wychowania fizycznego i przedszkolnego oraz rodziców. W związku z czym, prawdopodobnie zaplanowana kampania zdrowotna będzie realizowana w jednej z szkół w Gminie, nie odniesiono się do szczegółów tego przedsięwzięcia.

Podstawą kwalifikacji do udziału w programie będzie opinia (diagnoza) wystawiona przez odpowiedniego lekarza w zakresie badania diagnostycznego. Udział jest dobrowolny po wcześniejszym zarejestrowaniu się do lekarza rehabilitacji medycznej. Po zakwalifikowaniu do udziału w programie każde dziecko będzie objęte 2-tygodniowym cyklem zajęć, gdzie głównym rodzajem interwencji będą ćwiczenia korekcyjne w gabinecie rehabilitacji medycznej po 1 godzinie 5 razy w tygodniu. Wnioskodawca nie precyzuje czy dane zajęcia będą odbywać się grupowo, czy każde dziecko będzie traktowane indywidualnie. Na zakończenie 2-tygodniowego cyklu zajęć gimnastycznych przewidziano dodatkowe badanie lekarskie oraz instruktaż dalszych ćwiczeń realizowanych w warunkach domowych.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie programu. Zarówno ocena jakości badań przesiewowych jak i działań korygujących oraz efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie ankiety ewaluacyjnej dla pacjenta objętego programem zdrowotnym, w tym wypadku uzupełniają ją rodzice i nauczyciele dzieci. Wzór w/w kwestionariusza został dołączony do projektu programu. Wnioskodawca nie odnosi się jednak do ewaluacji przeprowadzonej edukacji w zakresie kampanii zdrowotnej.

Program będzie realizowany w ciągu 5 lat, tj. od 2014 do 2018 roku.

Dot. planowanych kosztów:

Wnioskodawca nie odnosi się do kosztów całkowitych, czy też jednostkowych przewidzianych w ramach działań w projekcie programu. Biorąc pod uwagę bogaty wachlarz proponowanych usług zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego oraz wielkość populacji docelowej i okres jego realizacji, zestawienie planowanych kosztów byłoby bardzo zróżnicowane i wartościowe dla opiniowania niniejszego projektu. Do projektu programu nie dołączono również piśmiennictwa oraz wspomnianej w monitorowaniu i ewaluacji – ankiety dot. zadowolenia rodziców z udziału ich dzieci w programie.

W projekcie programu brakuje piśmiennictwa, z którego korzystano podczas jego tworzenia oraz odniesienia do dowodów skuteczności stosowanych metod.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*) można stwierdzić, że:

- I. Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki i wczesne wykrywanie wad postaw u dzieci i młodzieży szkolnej.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów – projekt zakłada przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej oraz kampanii zdrowotnej, co jest jednym z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.
- III. Skuteczność działań – programy przesiewowe, wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania.
- IV. Brak określonych planowanych kosztów całkowitych i jednostkowych programu.
- V. Program zakłada monitorowanie i ewaluację. Natomiast nie odnosi się do oceny efektywności programu pod względem zaplanowanej edukacji zdrowotnej.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-142/2014 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej z terenu Gminy Śliwice na lata 2014-2018” realizowany przez: Gminę Śliwice, Warszawa, sierpień 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012