



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 272/2017 z dnia 26 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny program
zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci
z województwa mazowieckiego” realizowanego przez
województwo mazowieckie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” realizowanego przez województwo mazowieckie pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii, jaką jest przeciwdziałanie nadwadze, otyłości i wadom postawy u dzieci. Jednakże niektóre elementy projektu wymagają korekty i uzupełnienia zgodnie z uwagami przedstawionymi w niniejszej opinii.

Szczegółowe cele programowe warto przeformułować zgodnie z regułą SMART. Należy także uzupełnić część projektu odnosząc się do oczekiwanych efektów i mierników efektywności, aby w pełni korespondowały z założeniami programu.

Populacja docelowa i interwencje zaplanowane w ramach programu są w większości zgodne z wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Jednakże warto zwrócić uwagę na ryzyko podwójnego finansowania niektórych zaplanowanych świadczeń. Ponadto należy jednoznacznie zdefiniować przewidziane działania i doprecyzować ich zakres.

Monitorowanie i ewaluacja zostały opracowane poprawnie. Aczkolwiek warto uzupełnić te elementy programu o dodatkowe wskaźniki, umożliwiające jak najpełniejszą ocenę efektywności programu.

Budżet programu nie budzi zastrzeżeń. Jednakże warto zweryfikować przyjęte założenia dotyczące wysokości kosztów pośrednich projektu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki nadwagi/otyłości oraz wad postawy u dzieci w wieku szkolnym. Budżet programu został oszacowany na 9 399 088,91 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

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 dwóch problemów zdrowotnych: nadwagi/otyłości oraz wad postawy, występujących wśród dzieci i młodzieży. Zagadnienia związane z ww. problemami zdrowotnymi zostały opisane w sposób prawidłowy. Opiniowany program realizuje priorytety: przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy, zapobieganie najczęstszemu 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, a także pośrednio zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126). Ponadto należy zaznaczyć, że zakres programu jest spójny z obszarami działań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 (tj. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa; Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki). Oceniany projekt wpisuje się także w działania zaplanowane do realizacji w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego (RPO WM) w zakresie Osi Priorytetowej IX – Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem oraz Osi Priorytetowej X – Edukacja dla rozwoju regionu.

W projekcie przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne adekwatne do wskazanych problemów zdrowotnych. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej, krajowej oraz regionalnej powołując się na m.in. na raport The International Obesity Task Force (IOTF), dane World Health Organization (WHO), a także na wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) oraz dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ).

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

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach trwania programu”. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych, które wymagają przekonstruowania. Należy pamiętać, że prawidłowo sformułowany cel programowy powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny oraz zaplanowany w czasie. Określono także oczekiwane efekty programu. Odnosząc się do założeń szczegółowych i oczekiwanych efektów programu należy podkreślić, że pojęcia te są wzajemnie mylone lub powielane. Na przykład, zgodnie z projektem, celem szczegółowym jest „zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych (...)”, zaś oczekiwany efekt to „zwiększenie poziomu wiedzy nt. przyczyn, skutków i terapii leczenia otyłości/chorób kręgosłupa (...)”. Natomiast prawidłowe podejście do definiowania ww. pojęć polega na tym, że jeśli celem szczegółowym jest zwiększenie wiedzy, wówczas oczekiwany efekt powinien być wzrost poziomu wiedzy w określonym zakresie. Należy zaznaczyć, że cel powinien stanowić - rezultat, a oczekiwany efekt – stan, jakie zamierza się osiągnąć poprzez realizację zaplanowanych w programie działań. Ponadto wątpliwości budzą oczekiwane efekty pn. „wykrycie co najmniej 500 przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości” oraz „wykrycie co najmniej 500 przypadków wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa”. Liczba wykrytych przypadków otyłości/chorób kręgosłupa powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w miernikach efektywności programu, a nie w oczekiwanych efektach zdrowotnych. Mierniki te będą bowiem świadczyć

o właściwie przeprowadzonych konsultacjach lekarskich/fizjoterapeutycznych. Należy zauważyć, że chęć wykrycia aż 1 000 przypadków ww. chorób (wśród planowanego uczestnictwa 1 692 dzieci) może skutkować ich niepotrzebną nadwykrywalnością, a wynikać wyłącznie z konieczności realizacji postawionych celów. W przypadku, gdy planowanymi działaniami są interwencje z obszaru profilaktyki wczesnej oraz profilaktyki I fazy, określanie oczekiwanych efektów działań profilaktycznych II czy nawet III fazy, nie jest postępowaniem właściwym. Bowiern może się okazać, że wykrywanie określonych jednostek chorobowych będzie wymagało także wdrożenia innych/dodatkowych interwencji, w tym konieczności wykonania pogłębionej diagnostyki czy skierowania dziecka na konsultacje specjalistyczne – co nie zostało uwzględnione w projekcie programu. Kwestią budzącą zastrzeżenia pozostają założenia, co do przyjętych wartości procentowych zmian oczekiwanych efektów zdrowotnych, w tym zmniejszenia masy ciała wybranych uczestników programu o co najmniej 3% oraz poprawy stanu zdrowia mierzonej np. korekcją postawy o 25%. Nie przedstawiono żadnych argumentów uzasadniających powyższe tezy w zakresie założonych procentowych zmian wskazanych efektów zdrowotnych.

Mierniki efektywności wskazane w projekcie wymagają istotnego przeformułowania i uzupełnienia. Prawdłowo określono jedynie mierniki odnoszące się do liczby osób, które wezmą udział w poszczególnych etapach programu. Do mierników zaliczono także liczbę osób, u których zostaną stwierdzone odpowiednio wzrost poziomu wiedzy i zmniejszenie masy ciała. Niemniej jednak nie wskazano narzędzi pozwalających wyznaczyć ww. wzrost i spadek. Nie wiadomo, czy wzrost poziomu wiedzy zostanie określony za pomocą liczby punktów z testu z zakresu edukacji, a spadek masy ciała na podstawie wartości współczynnika masy ciała (ang. Body Mass Index) BMI/na siatce centylowej, wyznaczonych przed rozpoczęciem i po zakończeniu realizacji programu. Podobnie wśród mierników efektywności wskazano liczbę osób, u których w badaniu końcowym zostanie stwierdzona poprawa stanu zdrowia. Jednakże ponownie nie określono, co będzie stanowić podstawę tej oceny podczas końcowego badania lekarskiego. Stan zdrowia to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. Zatem należy wybrać, który dokładnie aspekt stanu zdrowia będzie podlegał ocenie – może to być np. sprawność fizyczna. Sprawność fizyczna, rozumiana jako zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego, może być oceniana na podstawie wskaźników siły zacisku dłoni, prędkości chodu, czasu wstawania z krzesła i czasu zachowywania równowagi w pozycji stojącej. Co istotne wszystkie mierniki efektywności powinny zostać określone zarówno przed, jak i po wdrożeniu programu, w celu przeprowadzenia pełnej oceny oczekiwanych efektów podejmowanych działań.

Populacja docelowa

Populację docelową w pierwszym roku realizacji programu oszacowano na 337 884 dzieci w wieku 7-12 lat, uczęszczających do klas I-VI szkół podstawowych woj. mazowieckiego. Liczba mieszkańców woj. mazowieckiego w podziale na wiek została opracowana na podstawie danych GUS i nie budzi zastrzeżeń. Liczebność populacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci, która zostanie zaproszona do uczestnictwa w programie, oszacowano na ok. 591 297 osób.

Założono, że 17% populacji osób do 18 r.ż. cierpi na wady postawy oraz choroby kręgosłupa (78 493 osoby), a 22% populacji do 18 r.ż. jest otyła (101 579 osób). Podstawą przyjęcia powyższych szacunków były dane IŻŻ w zakresie otyłości oraz CSIOZ w zakresie chorób kręgosłupa.

Jednocześnie wskazano, iż przy założonym budżecie programu, łącznie w planowanych działaniach będzie mogło uczestniczyć maksymalnie 1 692 dzieci z problemem nadwagi/otyłości i/lub chorobami kręgosłupa oraz 2 960 rodziców/opiekunów prawnych, co stanowi odpowiednio zaledwie ok. 1,7% oraz 0,5% populacji kwalifikujących się do udziału w programie. Należy zaznaczyć, że przy tak małej populacji uczestniczącej w działaniach programowych efekt nie będzie widoczny w ujęciu populacyjnym.

W projekcie przewidziano także działania informacyjno-edukacyjne dla grup merytorycznie związanych z tematyką Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ) tj. personel medyczny POZ, a także nauczycieli, pracowników Ośrodków Pomocy Społecznej (OPS) oraz Powiatowych Centrów

Pomocy Rodzinie (PCPR). Jednak nie określono liczebności ww. grup, jak również nie uwzględniono ww. działań w budżecie programu.

Interwencja

W ramach projektu przewidziano następujące interwencje:

- Akcję informacyjno-promocyjną mającą na celu przekazanie populacji docelowej programu informacji nt. planowanego programu za pomocą lokalnych mediów, wybranych stron internetowych, plakatów oraz ulotek,
- Edukację zdrowotną, w ramach której zostanie przekazana wiedza z zakresu profilaktyki otyłości oraz chorób kręgosłupa, a także zostanie przeprowadzone badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy przed oraz po wdrożeniu programu,
- Działania terapeutyczne z zakresu otyłości, w tym: 2 razy w tygodniu ćwiczenia fizyczne, 5 porad dietetycznych, badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne (początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe) dla każdego uczestnika programu,
- Działania terapeutyczne z zakresu chorób kręgosłupa, w tym: 2 razy w tygodniu ćwiczenia fizyczne, badanie lekarskie/fizjoterapeutyczne (początkowe, w połowie interwencji oraz końcowe) dla każdego uczestnika programu.

Akcja informacyjno-promocyjna

Warto mieć na uwadze, że dobrze zorganizowana akcja promocyjno-informacyjna jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Może także pozwolić na uzyskanie jak największej zgłaszalności do programu. Należy wskazać, że do projektu programu nie załączono wzorów materiałów potrzebnych do realizacji ww. zadania, w związku z czym nie była możliwa weryfikacja ich treści.

Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna stanowi obecnie niezwykle istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych, możliwe do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym. Zaplanowane działania z zakresu edukacji zostaną skierowane zarówno do populacji dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych. Należy podkreślić, że aktywne angażowanie rodziców w zmianę stylu życia dzieci jest działaniem zgodnym z rekomendacjami (National Institute for Health and Care Excellence NICE 2015, National Health and Medical Research Council NHMRC 2013, Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 2010, National Association of Pediatric Nurse Practitioners NAPNP 2006). Jednocześnie eksperci kliniczni wskazują na zasadność udziału w edukacji zdrowotnej w omawianym zakresie także osób zdrowych, co nie zostało uwzględnione przez autorów programu. W projekcie programu przedstawiono zakres merytoryczny planowanej do przeprowadzenia edukacji. Niemniej jednak nie zamieszczono informacji dotyczących miejsca i liczby planowanych do przeprowadzenia spotkań edukacyjnych oraz nie określono w sposób dokładny kwalifikacji osób odpowiedzialnych za wykonanie tego zadania, co jest istotne z punktu widzenia wyboru realizatora programu.

Konsultacja medyczna

Przeprowadzenie konsultacji będzie miało na celu kwalifikację uczestników programu do odpowiednich ćwiczeń fizycznych. Konsultacja zostanie przeprowadzona przez lekarza, ewentualnie fizjoterapeutę (w przypadku schorzeń kręgosłupa). Zgodnie z opiniami ekspertów przeprowadzenie kwalifikacji powinno obejmować swoim zakresem wywiad, badanie przedmiotowe oraz w rzadkich przypadkach - badanie dodatkowe. Eksperci zaznaczają również, że informacja o przeprowadzeniu kwalifikacji powinna zostać odnotowana w dokumentacji pacjenta. Powyższe kwestie znalazły odniesienie w projekcie.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w różnych częściach projektu programu wspomina się raz o otyłości, a innym razem o otyłości i nadwadze. W odnalezionych wytycznych/rekomendacjach zaznacza się, iż prowadzenie działań powinno dotyczyć nie tylko dzieci już otyłych, ale także tych

z nadwagą. Podstawą profilaktyki w przedmiotowym zakresie są działania mające na celu zapobieżenie negatywnym skutkom choroby bądź możliwe jak najszybsze ograniczenie ryzyka jej rozwoju. Jako nadwagę u dzieci najczęściej przyjmuje się 15–20% nadmiar masy ciała w odniesieniu do wieku, płci i wzrostu. Nadwaga według aktualnych tabel norm i/lub wartość masy ciała mieści się na siatce centylowej w przedziale między 90. a 97. centylem. Natomiast otyłość zgodnie z aktualnymi tabelami norm i/lub wartość masy ciała jest zlokalizowana na siatce centylowej powyżej 97. centyla. Zatem zaleca się, aby w sposób jednoznaczny określić, czy programem będą objęte dzieci ze stwierdzoną otyłością, czy także z nadwagą.

Powyższy problem dotyczy również chorób w zakresie narządu ruchu. W opiniowanym projekcie odnieszono się niekiedy do schorzeń kręgosłupa, a innym razem do wad postawy. Należy podkreślić, że wady postawy swoim zakresem obejmują takie problemy zdrowotne jak: postawę skoliozy, plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy płaskie, plecy okrągło-wklęsłe, stopę szpotawą, stopę koślawą, stopę końsko-szpotawą, płaskostopie, kolana szpotawe, a także kolana koślawe. Wady te zostały wymienione w opisie problemu zdrowotnego, ale nie pojawiają się w opisie kwalifikacji do programu czy w opisie interwencji.

Należy zwrócić uwagę, iż nie wskazano na jakiej podstawie będą stwierdzane określone problemy zdrowotne.

Bazując na opisie problemu zdrowotnego, można jedynie przypuszczać, że w celu oceny występowania nadwagi czy otyłości mogą być wykorzystywane np.: siatki centylowe czy BMI. W rekomendacjach/wytycznych w przypadku pomiaru BMI u dzieci i młodzieży zwraca się uwagę na konieczność korzystania z siatek centylowych (NICE 2015, OCDPS 2015, NHMRC 2013, SIGN 2010, PFP 2008, NAPNP 2006). Rekomendacje różnią się natomiast co do wartości BMI wskazujących na wystąpienie nadwagi i otyłości u dzieci. Zgodnie z rekomendacjami nadwagę u dzieci stwierdza się, gdy BMI wynosi 90-97 centyli (PFP 2008), >90 centyli (OCDPS 2015), ≥ 91-98 centyli (NICE 2015), >97 centyli u dzieci w wieku 2-5 lat lub >85 centyli u dzieci w wieku 5-19 lat (WHO/ Canadian Task Force on Preventive Health Care CTFPHC 2015). Otyłość powinno się natomiast stwierdzić, gdy BMI kształtuje się na poziomie ≥95 centyli (USPSTF 2017), >97 centyli u dzieci 5-19 lat (WHO/CTFPHC 2015, PFP 2008), ≥98 centyli (NICE 2015, SIGN 2010), >99 centyli (OCDPS 2015) lub 99,9 u dzieci od 2 do 5 r.ż. (WHO/CTFPHC 2015). W opiniach ekspertów zwracano uwagę na to, aby diagnostyka nieprawidłowej masy ciała wśród dzieci, młodzieży i dorosłych była oparta o standardowe procedury tj. wytyczne WHO i siatki centylowe OLAF. Mając na uwadze powyższe zasadnym wydaje się aby zdefiniować nadwagę i otyłość według kryteriów przedstawionych w rekomendacjach.

W odniesieniu do wykrywania wad postawy należy wskazać, że istnieje wiele kryteriów oceny postawy - główny podział to metody subiektywne oraz obiektywne. Do subiektywnej oceny postawy służą metody opisowe, takie jak: metoda Klappa (zastosowanie odpowiednich pozycji izolowanych oraz schematu ruchu), metoda Lehnerta-Schrotha (układ ciała jako układ specyficznych figur geometrycznych) oraz metoda punktowania Wolańskiego (ocena położenia poszczególnych odcinków i punktów ciała). Do metod obiektywnej oceny wad postawy należą: metody rejestracyjno-pomiarowe, metody bazujące na pomiarach bezpośrednich, a także sposoby oceny z zastosowaniem fotografii. Warto również wspomnieć o teście Adamsa – jednym z najpopularniejszych testów służących wykrywaniu u młodzieży skolioz idiopatycznych, charakteryzującym się jednak dużą zmiennością.

Rekomendacje/wytyczne w zakresie zasadności przeprowadzania badań w kierunku wad postawy w populacji ogólnej dzieci i młodzieży nie są jednoznaczne. Część z nich nie zaleca prowadzenia skriningu (USPSTF 2014, UK National Screening Committee UK NSC 2016). Natomiast w rekomendacjach pozytywnych w zakresie grup wiekowych jakie należy objąć skriningiem w kierunku wad postawy wskazuje się, że badania powinny być wykonywane dwukrotnie u dziewczynek – w 10. r.ż. w 12. r.ż. oraz jednokrotnie u chłopców – w 13. lub w 14. r.ż. (American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP) AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015). Eksperti kliniczni w swoich opiniach wskazują natomiast, że diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym, w przedziale wiekowym 3-6 lat,

szczególnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego: dziewczęta 11-14 lat, chłopcy 12-15 lat. Natomiast we wnioskach z przeglądu systematycznego Sabirin 2010, zasugerowano prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrywania skoliozy w grupach wysokiego ryzyka tj. u dziewcząt w wieku 12 lat. Grupa wiekowa jaką zamierza się objąć badaniami w ramach programu (uczniowie klas I-VI szkół podstawowych (7-12 lat)), po części wpisuje się w powyższe zalecenia.

Porada dietetyczna oraz ćwiczenia fizyczne

W ramach oferowanych porad dietetycznych zaplanowano przeprowadzenie wywiadu żywieniowego oraz opracowanie zaleceń żywieniowych, dostosowanych do upodobań kulinarnych uczestnika programu. Porady te będą miały charakter indywidualny, mają się odbywać 1 raz w miesiącu i trwać nie krócej niż 30 min. Każdemu uczestnikowi programu zostanie zaoferowanych minimum 5 porad licencjonowanego dietetyka. Jednak w projekcie nie uzasadniono wyboru wskazanej liczby porad. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD 2015) optymalna strategia leczenia dietetycznego zakłada częste, indywidualne kontakty z pacjentem, w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy. W praktyce poradnictwo dietetyczne może być realizowane w postaci spotkań indywidualnych, spotkań grupowych, spotkań z wykorzystaniem technik audiowizualnych (telemedycyna) oraz ich kombinacji. Zgodnie z powyższym wskazana liczba spotkań może okazać się niewystarczająca.

W ramach programu przewidziano także interwencję w formie ćwiczeń fizycznych – ogólnousprawniających, wykonywanych minimum 2 razy w tygodniu. Aktywność fizyczna ma na celu zapoznanie uczestników programu z odpowiednimi dla nich rodzajami ćwiczeń, umożliwiającymi kontrolę masy ciała, a także utrzymanie właściwej kondycji fizycznej. Należy podkreślić, iż odpowiednia i systematyczna aktywność fizyczna prowadzona we własnym zakresie jest jedną z najprostszyc form profilaktyki, niewymagającą wkładu finansowego (Centralny Instytut Ochrony Pracy, CIOP 2015). W przypadku stwierdzenia u dziecka wad postawy przewidziano możliwość prowadzenia zajęć w formie: gimnastyki korekcyjnej, zabiegów fizykalnych, masaży, kinezyterapii, terapii manualnych czy technik specjalnych, jednak nie odniesiono się do ww. możliwości w sposób szczegółowy.

Najnowsze rekomendacje U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2017) zalecają wykonanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci i młodzieży w wieku ≥ 6 lat oraz zaoferowanie im bądź skierowanie ich na kompleksowe, intensywne interwencje behawioralne wspierające redukcję masy ciała. Podkreślono, że kompleksowe, zintensyfikowane interwencje behawioralne (≥ 26 godzin) skutkują redukcją masy ciała. Wskazano, iż skuteczne są kompleksowe interwencje obejmujące: sesje skierowane zarówno do dzieci, jak i ich rodziców, oferowanie indywidualnego wsparcia, nadzorowanych sesji aktywności fizycznej, dostarczenie informacji nt. zdrowego sposobu odżywiania, bezpiecznych ćwiczeń oraz potrzeby czytania etykiet produktów spożywczych, w procesie redukcji masy ciała istotne jest również wyznaczanie celów oraz samokontrola.

Należy także zaznaczyć, że rekomendacje podkreślają konieczność udziału w programach z zakresu nadwagi i otyłości wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów (CTFPHC 2015, EASO 2015, NICE 2015). Zgodnie z zaleceniami (NICE 2013) zespół specjalistów zaangażowanych w program zwalczania otyłości u dzieci, powinien obejmować: dietetyka, specjalistę od żywienia, specjalistę ds. promocji zdrowia (dla promocji aktywności fizycznej odpowiedni byłby psycholog sportowy), psychologa klinicznego lub psychiatrę dziecięcego, pediatrę lub pielęgniarkę pediatryczną. Ponadto program taki powinien być regularnie oceniany i aktualizowany przez wielodyscyplinarny zespół. W programie uwzględniono udział zarówno lekarzy, jak i fizjoterapeutów oraz dietetyków.

Jak wspomniano powyżej przytaczając międzynarodowe wytyczne, istotnym elementem interwencji multikomponentowej są spotkania z psychologiem/psychiatrą. Warto rozważyć uwzględnienie tego rodzaju działań w programie, co może pozytywnie wpłynąć na zmianę stylu życia i utrzymanie prawidłowych nawyków w zakresie diety i aktywności fizycznej.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu jego przebiegu i postępu, natomiast ewaluacja jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu będzie oparta o rejestr osób aplikujących do programu, prowadzony przez jego realizatora.

W ramach oceny jakości świadczeń udzielanych w programie zaplanowano przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników. Przewidziano także możliwość zgłaszania pisemnych uwag do programu, jak również wprowadzenie zewnętrznego audytora.

Ocenę efektywności programu mają zapewnić zaproponowane mierniki efektywności, które opisano w części niniejszej opinii dotyczącej celów i efektów programu.

Powyższe działania należy uznać za zasadne. Aczkolwiek w celu przeprowadzenia prawidłowej i pełnej analizy, pozwalającej ocenić efekty realizacji programu, warto także zwrócić uwagę dodatkowe kwestie, wskazywane w aktualnych rekomendacjach z przedmiotowego zakresu.

Zgodnie z zaleceniami (NICE 2013), w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dotyczących otyłości dzieci, powinno się uwzględnić następujące dane: liczbę wyrekrutowanych uczestników; procent uczestników jaki ukończył program; procent dzieci będących pod obserwacją w ciągu 6 miesięcy oraz 1 roku od zakończenia programu; monitorowanie wskaźników BMI u wszystkich włączonych do programu, na zakończenie programu, po 6 miesiącach od zakończenia i po 1 roku od zakończenia programu. Zaleca się również monitorowanie innych mierzalnych punktów końcowych odzwierciedlających cele programu i odnoszących się do czynników mogących wspierać lub przyczynić się do zmniejszenia wskaźnika BMI. Mogą one obejmować np. poprawę diety i aktywności fizycznej, redukcję siedzącego trybu życia, a także poprawę samooceny.

Ze względu na specyfikę programu zasadnym wydaje się monitorowanie przyczyn nieuczestniczenia w programie pojedynczych osób w celu zdiagnozowania istniejących barier, szczególnie w odniesieniu do aspektów psychologicznych, jako jednych z głównych, zauważalnych konsekwencji nadwagi i otyłości wśród dzieci. Należy wskazać, że zasadne jest prowadzenie programów z komponentem psychologicznym, co nie znalazło konkretnego odniesienia w opiniowanym programie. Mimo, że we wzorze pisemnej rezygnacji z udziału w programie uwzględniono możliwość wskazania powodu wycofania się z programu, to nie ma pewności, czy informacje te będą w jakikolwiek sposób analizowane. Nie odniesiono się do nich również w opisie monitorowania i ewaluacji programu.

Zgodnie z zaleceniami ekspertów, w zakresie monitorowania programów profilaktycznych dotyczących wad postawy, powinno się uwzględnić dane pozwalające ocenić kompleksowość postępowania rozumianą jako dostęp do konsultacji medycznej, zajęć korekcyjnych, a także możliwości dalszego postępowania terapeutycznego w przypadku stwierdzenia wad postawy.

W ramach monitorowania i ewaluacji zaplanowano ocenę poziomu wiedzy uczestników programu. Jednakże do projektu nie załączono wzorów materiałów potrzebnych do wykonania ww. zadania, co uniemożliwiło weryfikację ich treści.

Warunki realizacji

W treści projektu przedstawiono części składowe, etapy oraz działania organizacyjne programu. Program został podzielony na dwa moduły. Pierwszy z nich dotyczy otyłości, a drugi - chorób kręgosłupa. W ramach każdego z tych modułów przeprowadzone zostaną działania informacyjno-promocyjne, kwalifikacje lekarskie/fizjoterapeutyczne, edukacje zdrowotne oraz ćwiczenia fizyczne – ogólnousprawniające. Dodatkowo, w ramach modułu odnoszącego się do otyłości uczestnikom programu będą oferowane porady dietetyczne.

Odnosząc się do działań w ramach planowanych modułów należy wskazać budzące wątpliwości założenie, że „dopuszczalne jest uczestnictwo tylko w jednym module programu”. Nie odniesiono się

do sytuacji, gdy u dziecka zostanie stwierdzona zarówno nieprawidłowa masa ciała, jak i wada postawy. W kontekście zachowania kompleksowości opiniowanego programu zasadnym wydaje się, aby dziecko z ww. nieprawidłowościami miało zapewniony dostęp do wszystkich interwencji zaplanowanych w projekcie programu.

Przedstawiono sposób wyboru realizatora oraz kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.

Wskazano kryteria kwalifikacji do programu obejmujące m.in. uczęszczanie dziecka do klas I-VI szkoły podstawowej na terenie woj. mazowieckiego, pisemną zgodę rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie, brak przeciwwskazań medycznych do uczestnictwa w programie, a także pisemne oświadczenie o braku uczestnictwa dziecka w innym analogicznym programie finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz otyłość lub choroba kręgosłupa potwierdzona na podstawie dokumentacji medycznej lub kwalifikacji lekarskiej/fizjoterapeutycznej. W przypadku włączenia rodzica do programu będzie wymagane potwierdzenie statusu rodzica. Jednak nie określono, na jakiej podstawie będzie się odbywało wykazanie statusu rodzica. Poinformowano także, że o udziale w programie będzie decydować kolejność zgłoszeń. Ponadto w celu wykluczenia ryzyka powielenia świadczeń zaleca się, aby każdorazowo przed przystąpieniem do programu poprosić pacjenta nie tylko o wypełnienie oświadczenia dotyczącego braku udziału w analogicznym programie, ale również o podpisanie oświadczenia o niekorzystaniu przez niego ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez NFZ. Należy zaznaczyć, że pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost, wskaźnik BMI), jak również ocena rozwoju fizycznego dziecka, w tym wykrywanie wad postawy, są uwzględnione w działaniach pracowników ochrony zdrowia z zakresu wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych, regulowanych obwieszczeniem Ministra Zdrowia.

Doprecyzowania wymaga także sposób zakończenia udziału w programie. Należy jasno określić, że rezygnacja z udziału w programie będzie możliwa na każdym etapie. Jednocześnie warto pamiętać o konieczności poinformowania o skutkach takiego postępowania (np. brak osiągnięcia określonego poziomu sprawności fizycznej czy właściwej masy ciała). Ponadto, z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia leczenia wykrytych schorzeń w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej, zasadnym jest dokładne określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału w programie. Warto zaznaczyć, że zapewnienie kompleksowej opieki medycznej może przynieść pacjentowi dużo więcej korzyści.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 9 399 088,91 zł. Koszt jednostkowy uczestnictwa oszacowano w zależności od rodzaju modułu. W module z zakresu otyłości koszt jednostkowy określono na 5 568 zł (koszty bezpośrednie - 4 640 zł, koszty pośrednie - 928 zł). W module dotyczącym chorób kręgosłupa koszt jednostkowy oszacowano na 6 114 zł (koszty bezpośrednie - 5 095 zł, koszty pośrednie - 1 019 zł). W projekcie oszacowano koszty jednostkowe poszczególnych działań przewidzianych w programie. Do kosztów jednostkowych bezpośrednich w zakresie modułu otyłości będą należeć koszty: kwalifikacji uczestnika do programu (110 zł), badania lekarskiego początkowego, w połowie programu, końcowego (kolejno 180 zł, 147,50 zł, 200 zł), działań informacyjno-edukacyjnych (340 zł), ćwiczeń fizycznych (3 112,50 zł) i porad dietetycznych (550 zł). Analogicznie w zakresie modułu chorób kręgosłupa koszty jednostkowe bezpośrednie obejmują koszty: kwalifikacji uczestnika do programu (112,50 zł), badania lekarskiego początkowego, w połowie programu, końcowego (kolejno 180 zł, 147,50 zł, 200 zł), działań informacyjno-edukacyjnych (300 zł), ćwiczeń fizycznych (3 780 zł), porad fizjoterapeutycznych (375 zł). Oszacowania kosztów jednostkowych przedstawiono na podstawie uśrednionych danych, uzyskanych od potencjalnych realizatorów programu. Jednakże do projektu nie załączono ww. wyceny, co nie pozwoliło na jej analizę.

Należy podkreślić, że kwestią budzącą wątpliwości jest przyjęcie kosztów pośrednich w wysokości 20%. Powyższe założenie wymaga weryfikacji pod kątem zgodności z wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, według których koszty pośrednie nie powinny przekroczyć 10% wysokości kosztów bezpośrednich.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nadwaga/otyłość

Nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Stanowi także jedną z głównych przyczyn chorobowości i umieralności w krajach o średnim i wysokim rozwoju cywilizacyjnym. Warto zaznaczyć, że otyłość jest chorobą, której można uniknąć. Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych. Między innymi można wymienić cukrzycę, choroby układu naczyniowo-kръżeniowego, chorobę zwyrodnieniową stawów, kamicę nerkową, zespół snu z bezdechem oraz raka.

Nadwaga i otyłość niesie także za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolenie z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie. Otyłość przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia.

Zgodnie z informacjami udostępnionymi przez IŻŻ w ramach przesłanego projektu programu należy wnioskować, że w Polsce 22% populacji do 18 r.ż. jest otyła.

Wady postawy

Wady postawy ciała stanowią w czasach współczesnych istotny problem zdrowotny. W krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego wady postawy występują powszechnie, a chorobę przeciążeniową kręgosłupa można uznać za chorobę cywilizacyjną. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym, kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym i funkcjonalnym oraz związanym z codzienną działalnością danego osobnika. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia człowieka, postawa ciała ulega zmianom – największym w okresie jego wzrostu, wpływając tym samym na kondycję zdrowotną w dalszych latach życia. W wieku 7-10 lat, czyli w młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się ogromną biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana może być najważniejszym stymulatorem rozwoju organizmu.

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

Zgodnie z informacjami udostępnionymi przez CSIOZ w ramach przesłanego projektu programu należy wnioskować, że w Polsce 17% populacji osób do 18 r.ż. cierpi na wady postawy oraz choroby kręgosłupa.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 1248), kompleksowa ocena stanu zdrowia powinna być prowadzona u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Lekarz POZ udziela również porad patronażowych i wykonuje badania bilansowe (w tym badania przesiewowe) wśród dzieci.

Powyższa ocena obejmuje dzieci odbywające roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, uczniów klas III i V szkół podstawowych oraz uczniów klas I gimnazjum i klas I szkół

ponadgimnazjalnych (przy czym w przypadku braku promocji do następnej klasy nie wykonuje się powtórnie testów przesiewowych).

W przypadku dzieci odbywających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne wykonywany jest test do wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa oraz zniekształceń statycznych kończyn dolnych. Rozporządzenie przewiduje także wykonanie orientacyjnego wykrywania zaburzeń statyki ciała. Należy zaznaczyć, iż w przypadku niewykonania badania w terminie, testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej. Wśród dzieci klas III oraz V szkół podstawowych wykonywany jest test do wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa. Natomiast wśród uczniów klas I szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych wykonuje się test do wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa oraz nadmiernej kifozy piersiowej.

W ramach ww. świadczeń gwarantowanych udzielanych w środowisku nauczania i wychowania przeprowadza się również test do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego wraz z pomiarami: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała BMI, na ww. etapach edukacji.

Ocena technologii medycznej

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, ważne jest, aby programy polityki zdrowotnej, dotyczące tego zagadnienia, były prowadzone począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.

Ponadto eksperci wskazują, że programy te powinny obejmować dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze. W czasie realizacji szkolnych programów dotyczących edukacji w zakresie zdrowego odżywiania należy uniemożliwić dzieciom dostęp do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu.

Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jst. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze, jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

W aktualnych rekomendacjach U.S. Preventive Services Task Force z 2010 r. (aktualizacja tych rekomendacji została opublikowana w 2016 r.) zaleca się wykonanie badania przesiewowego w kierunku otyłości u dzieci 6 letnich i starszych, oraz zaoferowanie lub skierowanie ich na kompleksowe, intensywne interwencje behawioralne wspierające redukcję wagi. Podstawowe, rutynowo wykonywane pomiary powinny obejmować wzrost, wagę oraz wyliczenie BMI.

Z odnalezionych rekomendacji i wytycznych (m.in. Polish Forum for Prevention, Światowa Organizacja Zdrowia, National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline, Massachusetts Department of Public Health (MDPH), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Endocrine Society) wynika, że zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centyli. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli. Diagnostyka i skryning nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny polegać na pomiarze BMI percentyli, nie zaleca się pomiaru obwodu talii oraz międzynarodowych tabel otyłości. Dziecko, u którego zdiagnozowano nadwagę lub otyłość powinno być kierowane do lekarza specjalisty. Kurację odchudzającą zaleca się u dzieci z BMI powyżej 95 centyla.

Do odczytania centyli BMI mogą być używane siatki centylowe lub specjalne kalkulatory internetowe. Nadwagę zdefiniowano jako BMI ≥ 80 -94 centyla a otyłość BMI ≥ 95 centyla. Zaleca się, aby pacjentów kierować na kompleksowe, zintensyfikowane programy obejmujące elementy dietetyczne, aktywności fizycznej oraz behawioralne. Interwencje uznaje się za kompleksowe kiedy obejmują: poradnictwo w zakresie spadku wagi i zdrowej diety, poradnictwo w zakresie aktywności fizycznej oraz instrukcje i wsparcie w podtrzymaniu zmian w diecie i aktywności fizycznej. NICE w 2013 r.

zarekomendował, aby pomiary BMI i BMI zależnego od wieku i płci, były wykonywane przy rekrutacji do programu, na zakończenie programu, 6 miesięcy po zakończeniu i 1 rok po zakończeniu programu.

Zgodnie z zaleceniami (m.in. NICE z 2013 r.) zespół specjalistów zaangażowanych w program zwalczania otyłości u dzieci, powinien obejmować dietetyka, specjalistę od żywienia, specjalistę ds. promocji zdrowia (dla promocji aktywności fizycznej odpowiedni byłby psycholog sportowy), psychologa klinicznego lub psychiatrę dziecięcego, pediatrę lub pielęgniarkę pediatryczną. Program taki powinien być regularnie oceniany i aktualizowany przez multidyscyplinarny zespół.

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wad postawy. 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.

Z badania Montgomery (1990) 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 (Montgomery 1990).

Z badania Fong (2010) wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające. Podkreśla się, że jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz zdjęcia rentgena wykonanego w niskich dawkach lub kombinacja tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest dowodów na to, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

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.

Z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych istotne jest, aby badania przesiewowe nie powielały 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.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkim, 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.441.264.2017 „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” realizowany przez: województwo

mazowieckie, Warszawa, wrzesień 2017, Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2017, „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości 314/2017 z dnia 25 września 2017 roku o projekcie programu „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.