



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 329/2017 z dnia 8 grudnia 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych na terenie  
Miasta Lublin na lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych na terenie Miasta Lublin na lata 2018-2020”

**Uzasadnienie**

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika przede wszystkim z faktu, że w projekcie zapanowano wykonywanie badań przesiewowych w populacji dzieci w wieku 11 lat, która nie jest wskazywana w rekomendacjach klinicznych. Należy mieć także na uwadze, że w ramach świadczeń gwarantowanych dla dzieci w klasie V i VII szkoły podstawowej dostępne jest badanie w kierunku wad postawy. Świadczenia te obejmują zatem grupę wiekową wskazywaną w wytycznych klinicznych oraz ekspertów klinicznych (okres pokwitania). Brak jest zatem uzasadnienia dla wykonywania badań przesiewowych wśród uczniów klas VI.

Istotnym ograniczeniem programu jest także brak zaplanowania dalszego postępowania terapeutycznego. Odsyłanie uczestników programu do leczenia w ramach NFZ niesie ryzyko, że nie wszyscy uczestnicy programu trafią na rehabilitację. Natomiast w przypadku ograniczonych środków finansowych, istotne jest monitorowanie uczestnika programu i zaplanowanie działań, które zwiększą prawdopodobieństwo, że u pacjenta kontynuowane będzie udzielanie świadczeń. Pozostawienie pacjentów jedynie z wynikiem badania, bez dalszego monitorowania jego losów, może nie przyczynić się do poprawy zdrowia mieszkańców w omawianym problemie zdrowotnym.

W odniesieniu do pozostałych elementów programu poniżej zamieszczono uwagi.

Cele programowe wymagają przeformułowania, tak aby były wyraźnie zdefiniowane i precyzyjne. Modyfikacji wymagają także mierniki efektywności.

W zakresie zaplanowanych interwencji edukacyjnych warto podkreślać istotną rolę aktywności fizycznej w prawidłowym rozwoju dziecka oraz rolę rodziców w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała u dziecka.

Warto także rozważyć przeprowadzenie szkoleń personelu medycznego, zaangażowanego w realizację programu z poprawnego wykonywania badań diagnostycznych oraz interpretacji wyników badań.

Monitorowanie nie budzi zastrzeżeń. Ewaluacja wymaga poprawy, gdyż w obecnym kształcie nie spełnia swojego zadania.

Budżet nie budzi zastrzeżeń.



## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 276 300 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 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 dane lokalne zaczerpnięte z *Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego*. Zgodnie z ww. źródłem w przypadku zniekształceń kręgosłupa chorobowość ogółem wyniosła na terenie miasta Lublin 2 289 (wskaźnik na 10 tysięcy ludności). Przy czym najwyższą chorobowość odnotowano w przypadku populacji w przedziale wiekowym 10-14 lat (926 przypadków). Zachorowalność wyniosła natomiast 331 (wskaźnik na 10 tysięcy ludności).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubelskiego, w 2014 roku, w ww. województwie odnotowano 233 hospitalizacje z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,92% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 59,96 i była to 2. największa wartość wśród województw

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Lublinie ukierunkowana na zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Wskazany wyżej cel nie spełnia tych kryteriów i powinien zostać przeformułowany.

W treści projektu programu wskazano także 9 celów szczegółowych uzupełniających przytoczony powyżej cel główny. Ważnym jest, aby cele szczegółowe nie przedstawiały działań możliwych do podjęcia, a ich rezultaty. W związku z powyższym zaproponowane założenia odnoszące się m.in. do „objęcia programem każdego roku min. 60% uczniów klas IV szkół podstawowych w Lublinie będących w wieku 11 lat” czy „wprowadzenia zapisów pozwalających na podejmowanie działań dotyczących przeciwdziałania występowaniu wad postawy u dzieci i młodzieży do szkolnych planów wychowawczo-profilaktycznych w szkołach podstawowych na terenie Lublina w 80% do roku 2020” nie zostały przedstawione w sposób prawidłowy.

Co istotne, dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W ocenianym projekcie odniesiono się także do mierników efektywności. Należy jednak podkreślić, że biorąc pod uwagę zastrzeżenia odnoszące się do celów programowych, również one wymagają poprawy. Warto zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów. Ponadto, wartości wskaźników powinny być określane

przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Istotnym jest również, aby mierniki odnosiły się do wszystkich wskazanych w treści projektu celów. W części projektu poświęconej miernikom efektywności brak natomiast odniesienia do planowanych działań edukacyjnych. Ponadto zaplanowane wskaźniki te mają charakter wyłącznie ilościowy, co nie pozwoli na obiektywne i precyzyjne zmierzenie stopnia realizacji celów.

#### Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią uczniowie klas IV uczęszczających do szkół podstawowych na terenie miasta Lublin, a także ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli. Zaznaczono, że do programu w każdym roku szkolnym zaproszonych zostanie ok. 3 000 uczniów, ok. 3 000 rodziców oraz ok. 150 nauczycieli. Projekcie planuje się do udziału zaprosić ok. 75% populacji docelowej.

Zgodnie z danymi pozyskanymi z GUS liczba dzieci będących w IV klasie szkoły podstawowej (11-letnich) w czasie realizacji programu wyniesie łącznie 10 240 osób.

W projekcie ogólnie odniesiono się do kryteriów włączenia do udziału w programie. Zasadne jest wykluczenie z udziału dzieci ze zdiagnozowaną wadą postawy.

#### Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- badania przesiewowe w kierunku wykrycia wad postawy ( badania postawy ciała w zakresie ogólnej postawy ciała, badania kręgosłupa, kończyn – kolana stopy);
- działania edukacyjne.

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.

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 (KW w dziedzinie pediatrii, 2016). 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.

W projekcie wskazano, że badania będą przeprowadzone „zgodnie z metodologią wykonywania badań bilansowych w innych grupach wiekowych”. Nie określono jednak dokładnie jak badania te będą wyglądać.

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna być ona 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 oraz VII (I klasie gimnazjum) klasie szkoły podstawowej.

W treści projektu zaznaczono, że każdy wynik badania zostanie indywidualnie udokumentowany. W przypadku wykrycia wad postawy w ww. dokumentacji przedstawione zostaną pisemne zalecenia dot. dalszego postępowania. Warto jednak zaznaczyć, że w treści projektu nie określono kryteriów, na podstawie których stwierdzana będzie obecność danych wad postawy. Informacje odnoszące się do charakteru stwierdzonej wady wraz ze wskazaniem dalszego zalecanego sposobu postępowania (możliwości leczenia w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia) przekazane zostaną także rodzicom/opiekunom prawnym dziecka.

W treści projektu odniesiono się także do działań edukacyjnych, którymi objęte zostaną zarówno dzieci jak i ich rodzice/opiekunowie prawni oraz nauczyciele.

W przypadku dzieci zajęcia teoretyczne będą odnosiły się do czynników wpływających na kształtowanie prawidłowej postawy ciała (m.in. odżywianie, aktywność fizyczna, organizacja nauki). Zgodnie z treścią projektu w zajęciach edukacyjnych będą brały udział zarówno dzieci z wykrytą wadą postawy, jak i dzieci zdrowe. Dla uczniów klas IV przewidziana została także realizacja zajęć praktycznych. Pobieźnie wskazano natomiast zakres zajęć praktycznych. Ich zakres będzie obejmował naukę ćwiczeń stymulujących prawidłową postawę ciała oraz wyrabianie właściwych nawyków prawidłowej postawy ciała (zajęcia prowadzone na salach ćwiczeń). Nie wskazano jednak osób odpowiedzialnych za prowadzenie przewidzianych zajęć. Nie sprecyzowano także czy ww. zajęcia praktyczne będą indywidualnie dostosowane do potrzeb danych uczestników.

W projekcie wskazano także zakres tematyczny edukacji dla rodziców i nauczycieli, który nie budzi zastrzeżeń.

Warto podkreślić, że odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na rolę edukacji nie tylko dziecka, ale i jego opiekunów. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014).

Warto także w ramach programu zaplanować szkolenia personelu medycznego (szczególnie higienistek i pielęgniarek szkolnych) z zakresu wykonywania badań przesiewowych. Działanie takie może przyczynić się do podniesienia jakości wykonywanych badań w ramach szkolnych bilansów, również po zakończeniu programu.

Wytyczne kliniczne (AAOS, SRS, POSNA i AAP (2015)) 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.

#### Monitorowanie i ewaluacja

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. Warto także ocenić przyczyny rezygnacji uczestników z programu.

Ewaluacja oparta będzie o zaplanowane mierniki efektywności. Mając na uwadze, że mierniki wymagają poprawy, również ewaluacja powinna zostać dopracowana. Należy pamiętać, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ważne jest także późniejsze monitorowanie zdrowia uczestników po skierowaniu ich do dalszego leczenia w ramach NFZ.

### Warunki realizacji

W treści projektu w sposób pobieżny odniesiono się do jego części składowych, etapów oraz działań organizacyjnych. Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Wskazano, że program będzie realizowany w środowisku nauczania i wychowania. Podkreślono także, że wszystkie badania będą wykonywane z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy

medycznej, zasadami etyki zawodowej oraz udzielane z poszanowaniem intymności i godności osób badanych. 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 92 100 zł rocznie. W projekcie określono także koszty jednostkowe przypadające na 1 uczestnika (30,7 zł), jak również wskazano koszty prowadzenia działań edukacyjnych.

### **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).

W ramach świadczeń gwarantowanych dostępne są także świadczenia rehabilitacyjne.

#### 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.

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.

Warto także podkreślić istotną rolę społeczną sportu. Zgodnie z rekomendacjami, dzieci ze skoliozą idiopatyczną (SI) mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Zaleca się podejmowanie ogólnej aktywności sportowej ze względu na specyficzne korzyści, jakie może ona zaoferować pacjentowi z punktu widzenia psychologicznego, funkcji neuromotorycznych oraz ogólnego samopoczucia. Rekomenduje się, aby aktywność fizyczna była zachowana także podczas leczenia gorsetowego, ze względu na fizyczne (wydolność tlenowa) oraz psychologiczne korzyści, jakie dzięki temu są zapewnione (SOSORT 2011).

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.441.328.2017 „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych na terenie Miasta Lublin na lata 2018-2020” realizowany przez: Miasto Lublin, Warszawa, listopad 2017 oraz Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 392/2017 z dnia 4 grudnia 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas IV szkół podstawowych na terenie Miasta Lublin na lata 2018-2020”