



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 23/2026 z dnia 8 kwietnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki skoliozy
wśród uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego na lata
2026–2028. Wczesne wykrywanie i wsparcie edukacyjne dla dzieci
zagrożonych rozwojem skoliozy”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki skoliozy wśród uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego na lata 2026–2028. Wczesne wykrywanie i wsparcie edukacyjne dla dzieci zagrożonych rozwojem skoliozy”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest prawidłowa postawa ciała oraz występowanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Program zakłada realizację działań organizacyjnych takich jak utworzenie centrum edukacji i diagnostyki dla dzieci, przeprowadzenie badań przesiewowych oraz zajęć edukacyjnych dla uczniów klas IV i VI oraz ich rodziców/opiekunów prawnych. Dodatkowo zaplanowano szkolenia dla fizjoterapeutów oraz organizację imprezy edukacyjno-ruchowej dla mieszkańców województwa opolskiego.

Należy jednak wskazać, że świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają przeprowadzenie kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. diagnostykę wad postawy. Wykonanie badania przesiewowego w kierunku wykrywania wad postawy znajduje się w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz pielęgniarki i lekarza POZ i jest realizowane w okresach szczególnie istotnych w rozwoju dziecka.

Należy wskazać, że zaplanowane w projekcie badania przesiewowe w kierunku wad postawy wśród dzieci z klas IV i VI szkół podstawowych znajdują jedynie częściowe odzwierciedlenie w wybranych wytycznych towarzystw naukowych. Część towarzystw naukowych przedstawia negatywne rekomendacje dotyczące przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad postawy. Wytyczne i rekomendacje oraz eksperci wskazują, że podstawową rolę w profilaktyce wad postawy odgrywa regularna aktywność ruchowa dzieci i młodzieży. Działania skoncentrowane na tym aspekcie powinny stanowić główny element programu profilaktyki wad postawy. W programach polityki zdrowotnej należy stosować rozwiązania, które będą sprzyjały samodzielnemu podejmowaniu regularnej aktywności ruchowej, w tym także po zakończeniu realizacji programu, gdyż zapewni to trwałość uzyskanych efektów. Celem programu powinno być przede wszystkim wytworzenie i utrwalenie właściwych nawyków w zakresie aktywności fizycznej.

Negatywna opinia w odniesieniu do projektu programu polityki zdrowotnej wynika również z faktu, że brak jest dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badań przesiewowych. Należy zarazem podkreślić, że zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych

w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik pozytywny w takim badaniu dotyczy osób w rzeczywistości zdrowych.

Dodatkowo, na opinię negatywną wpłynęły liczne uchybienia zawarte w projekcie, wśród których wymienia się:

- nieprawidłowe zaplanowanie większości celów programu, a także mierników efektywności;
- liczne zastrzeżenia dotyczące pre- i post- testów wiedzy w szczególności zakres kwestionariusza skierowany do uczniów, brak przedstawienia testu dla personelu medycznego oraz brak zaplanowania przeprowadzenia testów wśród rodziców/opiekunów prawnych;
- zdawkowe opisy interwencji w postaci utworzenia centrum edukacji i diagnostyki dla dzieci oraz realizacji imprez edukacyjno-ruchowych;
- utrudnione przeprowadzenie procesu ewaluacji projektu, ze względu na fakt, że w części wskaźników ewaluacji nie uwzględniono porównania stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu;
- brak wyjaśnienia różnic w kosztach pomiędzy poszczególnymi latami realizacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez województwo opolskie. Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas IV i VI szkół podstawowych w zakresie działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych, a także ich rodzice/opiekunowie prawni oraz fizjoterapeuci w zakresie działań edukacyjnych. W projekcie programu zaplanowano działania edukacyjne i badania przesiewowe w kierunku wad postawy, a także imprezę edukacyjno-ruchową i utworzenie centrum edukacji i diagnostyki dzieci. Program ma być realizowany w latach 2026-2028. Planowane koszty całkowite oszacowano na poziomie 17 004 850 zł. Program będzie finansowany w ramach Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) 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 dotyczy problematyki prawidłowej postawy ciała oraz występowania wad postawy u dzieci i młodzieży. W ramach opisu problemu przedstawiono definicję wad postawy oraz opisano najczęściej występujące z nich. Podkreślono, że brak wczesnej diagnostyki i interwencji może prowadzić do trwałych zmian biomechanicznych i dolegliwości bólowych, jeśli nie zostaną wcześniej wykryte. Szczególną uwagę zwrócono na skoliozę jako deformację o potencjale progresji i poważnych konsekwencjach ogólnoustrojowych. Wskazano również, że aktywność fizyczna jest niezbędna w profilaktyce i terapii wad postawy, a jej niedobór sprzyja progresji deformacji oraz obniża sprawność i jakość życia. Zaznaczono, że wczesne wykrycie umożliwia skuteczne, nieinwazyjne metody korekcji i ogranicza konieczność leczenia chirurgicznego.

W projekcie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, europejskie, krajowe i regionalne. Zaznaczono, że badania europejskie i azjatyckie wykazują, że od 40% do 70% dzieci w wieku szkolnym prezentuje co najmniej jedną nieprawidłowość posturalną. W odniesieniu do sytuacji krajowej podkreślono, że częstość wad postawy waha się od 30% do 60%, a według danych Instytutu Matki i Dziecka może dotyczyć 90% dzieci. Na poziomie województwa opolskiego wskazano na brak bieżących badań epidemiologicznych, jednak na podstawie danych pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia oszacowano, że problem skoliozy występuje u 1,7% dzieci. W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych i wskazano, że w województwie opolskim w roku 2023 leczonych było 988 dzieci w wieku 0-17 lat z rozpoznaniem skoliozy, co stanowi 12,3% wszystkich leczonych dzieci z różnych przyczyn w tym województwie. W skali Polski odsetek ten jest znacznie wyższy i wynosi 19,7%. Podkreślono, że różnica ta świadczy o niskiej wykrywalności schorzenia i potrzebie intensyfikacji działań przesiewowych. W projekcie wskazano najczęściej rejestrowane kody ICD 10 w regionie: M41 (skolioza), M40 (okrągłe plecy), Q66.6 (kolana koślawe) oraz Q67.6 (klatka piersiowa lejkowata).

Zgodnie z aktualną MPZ na lata 2022-2026 jako rekomendowane kierunki działań dla województwa opolskiego wskazano na zminimalizowanie czasu oczekiwania na rehabilitację pacjentów poprzez zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji stacjonarnej.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa poziomu wiedzy wśród uczniów klas IV i VI w województwie opolskim poprzez wdrożenie działań edukacyjnych oraz interwencji z zakresu wczesnej profilaktyki ukierunkowanej na zwiększenie świadomości posturalnej, kształtowania prawidłowych nawyków prozdrowotnych oraz zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy u około 55%”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny w zaproponowanym brzmieniu jest nieprawidłowy, ponieważ składa się z dwóch odrębnych założeń. Poszczególne założenia wydają się być zasadne i możliwe do realizacji w związku z zaplanowanymi w programie interwencjami. Niemniej jednak w odniesieniu do założenia pierwszego dotyczącego podniesienia poziomu wiedzy uczniów uczestniczących w programie, należy wskazać, że nie zdefiniowano co oznacza „poprawa poziomu wiedzy”. Dodatkowo załączony test, zaplanowany do weryfikacji wzrostu nabytej wiedzy po odbytej interwencji zawiera pytania dychotomiczne, wymagające odpowiedzi „tak” lub „nie”, które w większości charakteryzują się niskim poziomem trudności, (np. „Czy uważasz, że nieprawidłowa postawa ciała ma negatywny wpływ na zdrowie?” lub „Czy uważasz, że zbyt duża waga tornistra/ plecaka może mieć wpływ na postawę ciała?”) lub mają charakter deklaracyjny (np. „Czy potrafisz prawidłowo usiąść, jeżeli nauczyciel lub rodzic/opiekun prawny zwróci Ci uwagę?” lub „Czy wiesz, jak powinieneś prawidłowo siedzieć na krześle przed monitorem lub odrabiając lekcje?”). Sugeruje się sformułowanie pytań umożliwiających zróżnicowanie poziomu wiedzy respondentów i jego obiektywnej oceny. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W odniesieniu do założenia drugiego należy wskazać, że pomiar zmniejszenia występowania wad postawy jest możliwy dzięki zaplanowanej w programie skali oceny postawy (w tym testowi Adamsa oraz ocenie symetrii ciała).

Ponadto cel główny nie zawiera uzasadnienia dla wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie dostępności do aktualnej wiedzy w zakresie wad postawy ich przyczyn powstawania, przebiegu i skutków oraz znaczenia profilaktyki i zdrowego trybu życia w postaci wysłanych filmów i materiałów edukacyjnych u około 80% rodziców/opiekunów prawnych uczniów uczestniczących w Programie”;
- (2) „zwiększenie dostępności do diagnostyki w kierunku wykrywania skoliozy i wad postawy poprzez ocenę postawy ciała u około 55% uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego”;
- (3) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 85% uczestników szkolenia dla fizjoterapeutów w zakresie profilaktyki wczesnej, polegającej na ocenie postawy ciała u dzieci”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cele szczegółowe nr 1 nr 2 zostały sformułowane nieprawidłowo, ponieważ nie odnoszą się do efektu zdrowotnego.

Cel szczegółowy nr 3 został sformułowany prawidłowo. W projekcie zdefiniowano co oznacza „wysoki poziom wiedzy” wskazując na uzyskanie minimum 85% prawidłowych odpowiedzi podczas testu kończącego szkolenie. Do projektu nie dołączono wzoru testu wiedzy dla fizjoterapeutów, co jest działaniem nieprawidłowym i uniemożliwiającym weryfikację zakresu kwestionariusza. W projekcie zaznaczono jednak, że treść testu zostanie opracowana przez organizatora szkolenia i zatwierdzona przed rozpoczęciem zajęć przez Radę Programową. Należy wskazać, że podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia dla podanych wartości docelowych przy celach szczegółowych.

Należy więc podsumować, że w projekcie zarówno cel główny jak i większość celów szczegółowych została zaplanowana nieprawidłowo. Dla zaproponowanych celów nie wskazano uzasadnień dla przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek uczniów biorących udział w działaniach edukacyjnych w Programie, u których uzyskano wzrost poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych wad postawy w szczególności skoliozy”;
- (2) „odsetek odsłon filmów edukacyjnych umieszczonych na stronie realizatora. Informacje o dostępie do filmów wysłane mailem do rodziców/opiekunów prawnych uczestników”;
- (3) „odsetek uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego, u których przeprowadzono ocenę postawy ciała”;
- (4) „odsetek fizjoterapeutów objętych szkoleniem, u których uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie oceny postawy ciała i narządu ruchu u dzieci”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik

efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Wskaźniki nr 1, 2 oraz 3 nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, ze względu na nieprawidłowo sformułowane cele, ale mogą zostać wykorzystane podczas ewaluacji (wskaźnik nr 1) oraz monitorowania (wskaźniki nr 2 i 3). Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do uczniów klas IV i VI, uczęszczających do szkół podstawowych, zamieszkujący na terenie województwa opolskiego (w zakresie badań przesiewowych i działań edukacyjnych), ich rodziców/opiekunów prawnych (w zakresie działań edukacyjnych), a także do fizjoterapeutów (w zakresie szkoleń) oraz dla całej populacji województwa opolskiego wskazanej w projekcie (w zakresie uczestnictwa w imprezie edukacyjno-ruchowej). Program obejmie 20 078 uczniów w zakresie działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych, 16 062 rodziców/opiekunów prawnych oraz 130 fizjoterapeutów.

W projekcie wyszczególniono kryteria włączenia i wyłączenia z podziałem na poszczególne grupy uczestników programu, co do których nie ma uwag.

Należy wskazać, że badania przesiewowe w szkołach (prowadzone przez pielęgniarki lub higienistki) wykonywane są pięciokrotnie w okresach istotnych dla rozwoju postawy u dzieci w wieku szkolnym (w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej).

Zgodnie z rekomendacjami oraz wytycznymi klinicznymi, zaleca się wykonywanie testu Adamsa z pomiarem kąta rotacji tułowia skoliometrem u dziewcząt trzykrotnie w wieku około 10, 11 i 12 lat (z powtórzeniem co roku do wystąpienia pierwszej miesiączki w przypadku jej opóźnienia) oraz u chłopców dwukrotnie w wieku około 12 i 14 lat.

Analiza kliniczna wskazuje, że brak jest dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badań przesiewowych. Na taki wniosek wskazują odnalezione wytyczne kliniczne oraz rekomendacje towarzystw naukowych. Należy zarazem podkreślić, że zgodnie z danymi z badań naukowych wartość predykcyjna badań przesiewowych w populacji ogólnej jest niska, a zatem wysoki odsetek osób uzyskujących wynik pozytywny w takim badaniu dotyczy osób w rzeczywistości zdrowych.

Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że wiek populacji docelowej znajduje poparcie w części wytycznych klinicznych, jednak ze względu na fakt, że badania przesiewowe w szkołach wykonywane są wielokrotnie w okresach istotnych dla rozwoju postawy u dzieci w wieku szkolnym oraz brak jest dowodów na lepszą identyfikację wad postawy u dzieci i młodzieży wskutek zwiększenia częstości wykonywania badań przesiewowych, zaproponowana populacja docelowa nie znajduje uzasadnienia.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań organizacyjnych (w tym m.in. utworzenie centrum edukacji i diagnostyki dla dzieci), a także przeprowadzenie badań przesiewowych oraz zajęć edukacyjnych dla uczniów klas IV i VI, jak również działań edukacyjnych dla ich rodziców/opiekunów prawnych. Dodatkowo zaplanowano szkolenia dla fizjoterapeutów oraz organizację imprezy edukacyjno-ruchowej dla mieszkańców województwa opolskiego.

Utworzenie centrum edukacji i diagnostyki dla dzieci

Zgodnie z informacjami zawartymi w opisie organizacji PPZ, w ramach działań organizacyjnych zaplanowano utworzenie centrum edukacji i diagnostyki dla dzieci. Wskazano, że w ramach prowadzenia centrum będzie miało miejsce „zatrudnienie pracowników, doposażenie stanowisk pracy”, a także że „zadaniem pracowników Centrum będzie m.in. organizowanie,

koordynowanie i monitorowanie poszczególnych etapów Programu”. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie wskazano większej ilości szczegółów dotyczących tej interwencji.

Szkolenia dla fizjoterapeutów

Szkolenie ma na celu aktualizację wiedzy dotyczącej prawidłowego przeprowadzania oceny postawy ciała oraz wpływu zaburzeń w obrębie innych układów na kształtowanie się wadliwej postawy u dzieci, a także zagadnienia dotyczące najczęściej występujących problemów zdrowotnych i zaburzeń u dzieci i młodzieży. W projekcie zaplanowano także omówienie aktualnych standardów przeprowadzania oceny ukierunkowanej na identyfikację zaburzeń w obrębie narządu ruchu, obejmujące część praktyczną z wykorzystaniem formularza zaplanowanego do oceny postawy ciała u dzieci uczestniczących w badaniu przesiewowym w programie. Edukację zaplanowano na dwa dni szkoleniowe po 10 godzin dydaktycznych. W ramach przeprowadzenia weryfikacji wzrostu uzyskanej wiedzy po odbytych szkoleniach zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, jednak wzorów ww. testów nie dołączono do programu co uniemożliwiło jego weryfikację.

Działania edukacyjne dla dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych

Interwencja dla dzieci odbędzie się w szkołach w formie grupowych spotkań prowadzonych przez fizjoterapeutów, a jeśli będzie to możliwe – również z udziałem rodziców/opiekunów prawnych. Tematyka obejmie prawidłową postawę ciała, przyczyny i pierwsze objawy wad postawy (ze szczególnym uwzględnieniem skoliozy), znaczenie aktywności fizycznej, ćwiczeń oraz zdrowe nawyki dnia codziennego. Forma zajęć ma być interaktywna i angażująca, m.in. poprzez quizy i pokazy prostych ćwiczeń. Na każdą grupę przewidziano 2 godziny lekcyjne, z możliwością podziału na klasy, a łącznie planuje się przeprowadzić około 4 000 lekcji/spotkań w całym województwie. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pomiaru wzrostu nabytej wiedzy przez uczniów, jednak warto podkreślić, że dołączony do projektu wzór testu wiedzy budzi liczne zastrzeżenia, co zostało opisane w części dotyczącej celów programu. Dodatkowo należy wskazać, że interwencję skierowano również do rodziców/opiekunów prawnych, jednak dla tej populacji nie zaplanowano przeprowadzenia weryfikacji wzrostu wiedzy po edukacji, co należy uzupełnić.

W projekcie zaznaczono również, że rodzice/opiekunowie prawni uczestników otrzymają informacje o dostępie do materiałów edukacyjnych w formie filmu i materiałów on-line do samodzielnego zapoznania się (w postaci linku przesłanego poprzez e-mail). Wskazano, że materiały będą dotyczyły wczesnych objawów skoliozy, sposobów zapobiegania wadom postawy, roli aktywności fizycznej oraz prawidłowej ergonomii w życiu codziennym dziecka. Zaplanowano również broszury i ulotki podsumowujące te treści. W projekcie podkreślono, że celem działań edukacyjnych jest zwiększenie świadomości rodziców/opiekunów prawnych, aby lepiej rozumieli znaczenie problemu i chętniej wspierali dzieci w profilaktyce

Badanie przesiewowe (ocena postawy ciała)

Interwencja realizowana będzie w szkołach np. podczas zajęć wychowawczych lub w innym wyznaczonym przed dykcją czasie, wśród uczniów klas IV oraz VI, których rodzice/opiekunowie prawni wyrazili zgodę poprzez wypełnienie formularza zgłoszeniowego. W projekcie wskazano, że szkoła zapewni pomieszczenie gwarantujące intymność i komfort, a dzieci będą badane pojedynczo przez przeszkolonych fizjoterapeutów. Interwencja obejmie badanie postawy ciała i narządu ruchu m.in. oględziny symetrii ustawienia głowy, barków, łopatek, talii, miednicy i kończyn dolnych, test Adamsa z użyciem skoliometru do pomiaru kąta rotacji tułowia (KRT), pomiary długości kończyn, ocenę stóp i kolan, z wykorzystaniem m.in. skoliometru, inklinometru, pionu oraz miarki centymetrowej, a wyniki zostaną uzupełnione w formularzu oceny. Zaznaczono, że pomiar KRT będzie wykonywany na poziomie odcinka piersiowego górnego, piersiowego głównego oraz lędźwiowego, a odnotowywana będzie maksymalna wartość rotacji. W projekcie wskazano, że za nieprawidłowy wynik uznaje się rotację tułowia równą lub większą niż 4°. Po zakończeniu badania fizjoterapeuta przygotowuje pisemny opis wyniku postawy ciała dla rodzica/opiekuna prawnego, przekazywany drogą mailową lub pocztą tradycyjną, wraz z ewentualnymi zaleceniami. W projekcie wskazano, że metodologia oceny postawy ciała będzie oparta m.in. na wytycznych Zespołu ds. diagnostyki

i leczenia zachowawczego skoliozy idiopatycznej przy Komitecie Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk.

Impreza edukacyjno-ruchowa

W ramach programu zaplanowano organizację dwóch otwartych imprez edukacyjno-ruchowych w roku szkolnym 2026/2027 oraz 2027/2028, których celem ma być promowanie i zachęcanie do udziału w zróżnicowanych formach aktywności ruchowej wśród dzieci, młodzieży oraz dorosłych mieszkańców województwa. Należy zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono szczegółowych informacji dotyczących ww. wydarzenia.

Odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności realizacji badań przesiewowych w kierunku wad postawy. Należy wskazać, że zaplanowane w projekcie badania przesiewowe wśród dzieci z klas IV i VI szkół podstawowych znajdują jedynie częściowe odzwierciedlenie w wybranych wytycznych towarzystw naukowych. Część towarzystw naukowych przedstawia negatywne rekomendacje dotyczące przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad postawy (USPSTF 2025, AAFP 2025, UK NSC 2021).

Zaplanowane w programie interwencje edukacyjne dla uczniów i rodziców/opiekunów prawnych oraz szkolenia dla fizjoterapeutów wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych i stanowią wartość dodaną dla projektu.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników tj.: „liczby osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego”, „liczby personelu medycznego, która ukończyła szkolenia”, „liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie”, „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”, „liczby osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych”, „liczby wykonanych badań oceny postawy ciała”, „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie realizacji”, „liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)” oraz „liczby osób, które ukończyły Program”. Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki monitorowania zostały zaplanowane prawidłowo. Dodatkowo możliwe jest wykorzystanie dwóch zaproponowanych w programie mierników efektywności: „odsetek odsłon filmów edukacyjnych umieszczonych na stronie realizatora. Informacje o dostępie do filmów wysłane mailem do rodziców/opiekunów prawnych uczestników” oraz „odsetek uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego, u których przeprowadzono ocenę postawy ciała”.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzory ww. ankiety, dla uczestników działań edukacyjnych oraz dla personelu medycznego. Zaproponowane kwestionariusze nie budzą zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wcześniej zdefiniowanych w PPZ mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że jedynie dwa z czterech przedstawionych przez wnioskodawcę mierników efektywności mają zastosowanie w ramach ewaluacji. Dodatkowo wskazano wskaźniki: „liczba osób, u których po realizowanych działaniach edukacyjnych uzyskano wzrost poziomu wiedzy w zakresie występowania, przebiegu i profilaktyki wad postawy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)”, „liczba osób uczestniczących w szkoleniu dla fizjoterapeutów, u których uzyskano wzrost poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)”, „liczba osób, u których po przeprowadzeniu oceny postawy ciała stwierdzono postawę prawidłową wynik na skoliometrze ATR wskazał <4”, „liczba osób, u których po przeprowadzeniu oceny postawy ciała stwierdzono inne nieprawidłowości niż podejrzenie skoliozy”, „liczba osób, u których po przeprowadzeniu oceny postawy ciała stwierdzono możliwe w przyszłości podejrzenie występowania skoliozy wynik

na skoliometrze ATR wskazał 4-6 stopni”, „liczba osób, u których po przeprowadzeniu oceny postawy ciała stwierdzono podejrzenie występowania skoliozy wynik na skoliometrze ATR wskazał ≥ 7 stopni”. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało w uwzględnione w projekcie jedynie częściowo.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie oraz monitorowanie i ewaluację. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, w tym koszty bezpośrednie i pośrednie, koszty w odniesieniu na poszczególne lata realizacji, odniesiono się do działań informacyjno-promocyjnych oraz do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 17 004 850 zł (w 2026 r. – 5 449 540 zł, w 2027 r. – 6 365 680 zł, w 2028 r. – 5 189 630 zł). Należy zaznaczyć, że nie wskazano wyjaśnienia dotyczącego różnic w kosztach pomiędzy poszczególnymi latami realizacji programu.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Rehabilitacja

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 (ok. 80-90% populacji osób dorosłych) 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 młodszy 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 wysoce biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana – może być najważniejszym czynnikiem rozwoju organizmu.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) zawiera zapisy dotyczące kompleksowej oceny stanu zdrowia. Zgodnie z przepisami 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, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej. Na wszystkich wymienionych etapach edukacji, w zakresie profilaktycznego badania lekarskiego przeprowadzane jest badanie przedmiotowe m.in. ze szczególnym uwzględnieniem oceny rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (BMI, ang. body mass index). Ponadto wykonywane jest podsumowanie badania, z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego ucznia, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego,

kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Profilaktyka i korekcja wad postawy u dzieci

- USPSTF w swoich zaktualizowanych rekomendacjach (2025) stwierdziło, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również American Academy of Family Physicians (AAFP 2025).
- Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2021). 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 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 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. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- AAOS, SRS, POSNA i AAP podkreślają, iż istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie dodatnie mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (m.in. RTG kręgosłupa). 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. (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Dodatkowo AAOS, SRS, POSNA oraz AAP podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe. Służy to minimalizowaniu niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań m.in. na RTG kręgosłupa – nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zalecać szczególną ostrożność, aby zmniejszyć ekspozycję pacjentów na promieniowanie. W tym celu zachowana powinna być podstawowa zasada ochrony radiologicznej - ALARA (As Low As Reasonably Achievable) (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W wytycznych tych zaznaczono, iż o wyborze strategii leczniczej powinny decydować nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami EBM, ale także preferencje pacjenta i jego

opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w posługiwaniu się określonym modelem postępowania.

- Zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (KRKFilS PAN, 2021) badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania skoliozy idiopatycznej są rekomendowane jako skuteczna metoda wczesnej diagnostyki tego schorzenia. Komitet zaleca wykonywanie testu Adamsa z pomiarem kąta rotacji tułowia skoliometrem u dziewcząt trzykrotnie w wieku około 10, 11 i 12 lat (z powtórzeniem co roku do wystąpienia pierwszej miesiączki w przypadku jej opóźnienia) oraz u chłopców dwukrotnie w wieku około 12 i 14 lat. Wskazuje również, że wynik pomiaru KRT równy lub wyższy niż 7° jest wskazaniem do dalszej diagnostyki specjalistycznej, wynik w granicach $4-6^\circ$ wymaga ponownej oceny po 3–6 miesiącach, natomiast wynik poniżej 4° nie wymaga dodatkowej kontroli w krótkim odstępie czasu. Rekomendacje KRKFilS PAN podkreślają, że badania mogą być prowadzone wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w diagnostyce narządu ruchu, a stosowane metody muszą być zweryfikowane i opisane w oficjalnych wytycznych.
- Zgodnie ze zaktualizowanymi rekomendacjami SOSORT 2016 dotyczącymi skoliozy oraz zaburzeń prawidłowych funkcji kręgosłupa, szkolne programy przesiewowe rekomendowane są we wczesnej diagnozie skoliozy idiopatycznej. Należy podkreślić, iż zgodnie z wytycznymi, za każdym razem, gdy ocenie poddawane są dzieci w wieku od 8 do 15 lat, pediatrzy, specjaliści z zakresu medycyny sportowej oraz medycyny ogólnej, powinni przeprowadzać test Adamsa oraz posługiwać się skoliometrem. Rekomenduje się, aby kliniczna ocena występowania skoliozy obejmowała co najmniej: badanie kąta rotacji tułowia, aspekty estetyczne, ustawienie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej. Inne możliwe oceny obejmują: poziom bólu, funkcje oddechowe, elastyczność i siłę kręgosłupa i stawów, rozbieżności w długości kończyn dolnych, równowagę i koordynację, jakość życia.
- Warto podkreślić, iż 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).
- Specyficzna fizjoterapia (z ang. physiotherapeutic scoliosis-specific exercises – PSSE) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016).
- Zaleca się, aby PSSE była zgodna z konsensusem SOSORT oraz oparta na autokorekcji postawy w 3D, treningu podstawowych czynności życia codziennego (z ang. activities of daily living, ADL), stabilizacji prawidłowej postawy oraz edukacji pacjenta (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby PSSE była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia. PSSE powinna być zawsze zindywidualizowana, nawet gdy prowadzona jest w małych grupach (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby poziom trudności PSSE był stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta (SOSORT 2016).
- Rekomenduje się, aby nauka PSSE była przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1) w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- W retrospektywnym badaniu kohortowym Yawn 1999 wskazano, że badanie przesiewowe w kierunku wad postawy odznacza się niską czułością na poziomie 56%.

- Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a.
- Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, ponieważ jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niski koszt i proste badanie autorzy sugerują go nie wykluczać, 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.
- Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery 1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe 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).

Podsumowanie opinii ekspertów

Wady postawy stanowią poważne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży. Pociągają one za sobą rozwój dysfunkcji narządu ruchu w wieku dorosłym, co w konsekwencji prowadzi do ponoszenia przez budżet państwa związanych z tym kosztów (rehabilitacja, czasowa niezdolność do pracy spowodowana np. zespołami bólowymi kręgosłupa o podłożu przeciążeniowym, świadczenia rentowe). Do wzrostu liczby dzieci, u których występują wady postawy przyczynia się m.in. coraz niższa sprawność i odporność młodych organizmów, przeciążenie zarówno zajęciami obowiązkowymi, jak i dodatkowymi, siedzący tryb życia oraz ograniczenie aktywności ruchowej. Istotnym problemem jest także brak jednolitych programów dotyczących profilaktyki i korekcji wad postawy w skali krajowej oraz na obszarze poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane, nie wskazane jest realizowanie zajęć korekcyjnych w formie zajęć grupowych. Proces diagnostyczno-terapeutyczny nie powinien być realizowany przez osoby lub podmioty specjalizujące się wyłącznie w diagnostyce postawy ciała, nie posiadające odpowiedniego doświadczenia w praktycznej realizacji zajęć korekcyjnych. Skuteczność zajęć korekcyjnych musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów co badania wstępne. Prowadzone powinny być programy edukacyjne o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wzbogacona powinna zostać także oferta pozalekcyjnych zajęć ruchowych. Zapewnione powinny zostać środki finansowe na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach. 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. Diagnostyka powinna być prowadzona w oparciu o tanie, nieinwazyjne narzędzia i metody diagnostyczne. Obecnie rekomendowanym standardem są m.in. fotorejestracja oraz ocena kąta rotacji tułowia prowadzona za pomocą skoliometru Bunnella.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.8.2026 „Program edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki skoliozy wśród uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego na lata 2026–2028. Wczesne wykrywanie i wsparcie edukacyjne dla dzieci zagrożonych rozwojem skoliozy”; data ukończenia: kwiecień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 42/2026 z dnia 7 kwietnia 2026 roku o projekcie programu „Program edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki skoliozy wśród uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego na lata 2026–2028. Wczesne wykrywanie i wsparcie edukacyjne dla dzieci zagrożonych rozwojem skoliozy”