



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 42/2026 z dnia 11 czerwca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program profilaktyki wad postawy u dzieci na lata 2026-2028”
(Gmina Kwidzyn)

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki wad postawy u dzieci na lata 2026-2028” (Gmina Kwidzyn).

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) obejmuje problematykę związaną z prawidłową postawą ciała oraz odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy u dzieci i młodzieży. Program zakłada przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci w wieku 5-6 lat, obejmujących identyfikację nieprawidłowości oraz przekazanie informacji zwrotnej rodzicom.

Jedną z przesłanek dla wydania opinii negatywnej jest fakt, że odnalezione wytyczne nie odnoszą się do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci w wieku przedszkolnym (5-6 lat). Jednocześnie rekomendacje podkreślają, że brak jest wystarczających dowodów potwierdzających zasadność realizacji przesiewu, a dokładność diagnostyczna realizacji badań w populacji ogólnej jest na bardzo niskim poziomie, co w konsekwencji prowadzi do uzyskania wysokiego odsetka wyników fałszywie pozytywnych. Warto również wskazać, że zgodnie z wytycznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów, podstawową rolę w profilaktyce wad postawy odgrywa regularna aktywność ruchowa dzieci i młodzieży, która powinna stanowić główny element realizacji takich programów. Podkreśla się, że należy stosować takie 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.

Warto jednak zaznaczyć, że świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają przeprowadzenie przez lekarza i pielęgniarkę kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. wykrywanie zaburzeń układu ruchu. Wykonanie ww. badań znajduje się również w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i jest realizowane w okresach szczególnie istotnych dla rozwoju dziecka.

Należy również wskazać, że obecnie oceniany projekt PPZ zawiera liczne braki i uchybienia, które uniemożliwiają wydanie opinii pozytywnej. Dotyczą one w szczególności:

- stosowania rozbieżnej i nieprawidłowej nomenklatury w odniesieniu do programów polityki zdrowotnej,
- niewystarczającego opisu problemu zdrowotnego i epidemiologii, a także braku referencji bibliograficznych, na podstawie których opracowano ich treść,
- braku odniesienia się do Map Potrzeb Zdrowotnych,
- nieprawidłowego sformułowania celów i mierników efektywności programu,

- braku oszacowania liczebności populacji docelowej kwalifikującej się do udziału w PPZ,
- braku precyzyjnych kryteriów włączenia i wyłączenia z udziału w PPZ,
- zbyt ogólnego i niewystarczającego opisu planowanych interwencji,
- braku uwzględnienia działań edukacyjnych w ramach programu,
- braku opisu ścieżki w przypadku dalszego postępowania oraz sposobu zakończenia udziału w PPZ,
- zdawkowego opisu etapów i działań podejmowanych w ramach programu,
- niewystarczającego przedstawienia informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych,
- braku szczegółowego opisu realizacji akcji informacyjnej,
- nieprawidłowo zaprojektowanych wskaźników monitorowania i ewaluacji z uwagi na nieprecyzyjny i niezrozumiały opis,
- braku zapisów dotyczących oceny jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- braku jednoznacznego wskazania wyboru realizatora w oparciu o konkurs ofert,
- zbyt ogólnego oraz niewystarczającego opisu budżetu programu, w tym braku oszacowania całkowitego kosztu PPZ i wszystkich kosztów jednostkowych,
- braku jednoznacznego źródła finansowania PPZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Kwidzyn, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci w wieku 5-6 lat, obejmujących identyfikację nieprawidłowości oraz przekazanie informacji zwrotnej rodzicom. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2028. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 18 000-21 000 zł. Środki finansowe na realizację PPZ zostaną zarezerwowane przez Urząd Gminy Kwidzyn.

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. W opisie problemu zdrowotnego wskazano, że wady postawy u dzieci są częstym problemem zdrowotnym, wynikającym głównie z nieprawidłowych nawyków oraz czynników środowiskowych. Podkreślono, że postawa ciała kształtuje się przez wiele lat, a szczególne znaczenie mają okresy intensywnego wzrostu, w których dzieci są bardziej podatne na zaburzenia. Przedstawiono także różnice pomiędzy nieprawidłową postawą o charakterze nawykowym a rzeczywistymi zmianami wymagającymi leczenia specjalistycznego. Omówiono potencjalne konsekwencje zdrowotne, obejmujące m.in. dolegliwości kręgosłupa oraz pogorszenie ogólnej sprawności. Zwrócono również uwagę na znaczenie wczesnego wykrywania nieprawidłowości, które umożliwia podjęcie działań zapobiegających ich utrwaleniu. Należy zaznaczyć, że opis problemu zdrowotnego ma charakter ogólny i został przedstawiony w sposób stosunkowo zdawkowy. Dodatkowo, ze względu na brak wskazania źródeł przedstawionych informacji, brak jest możliwości ich weryfikacji.

Projekt programu nie zawiera referencji bibliograficznych oraz wykazu piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt programu.

W projekcie nie przedstawiono danych epidemiologicznych. W opisie problemu zdrowotnego odniesiono się wyłącznie do ogólnych informacji nt. częstości występowania wad postawy (np. że problem jest „częsty”), jednak nie podano żadnych konkretnych danych liczbowych, wskaźników epidemiologicznych ani odniesień do skali zjawiska w populacji ogólnej czy lokalnej. Brak jest również odniesienia do sytuacji lokalnej, co nie pozwala na ocenę rzeczywistej skali problemu w populacji objętej programem.

Należy wskazać, że projekt PPZ wymaga uzupełnienia informacji nt. problemu zdrowotnego i danych epidemiologicznych oraz wskazania odpowiednich źródeł.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ).

Należy podkreślić, że w MPZ na lata 2022-2026 nie określono rekomendowanych kierunków działań dla województwa pomorskiego w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego. Warto jednak zaznaczyć, że zgodnie z MPZ na lata 2027-2031 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa pomorskiego wskazano na „zwiększenie dostępności do porad w poradniach: preluksacyjnych, osteoporozy, otorynolaryngologicznych dla dzieci, logopedycznych, wad postawy”.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), w województwie pomorskim, na terenie którego zlokalizowana jest gmina Kwidzyn, funkcjonuje jedna poradnia wad postawy. W 2024 roku w analizowanej poradni udzielono łącznie 1 526 porad (w tym 1 518 porad u osób poniżej 18 r.ż.). Struktura rozpoznań wskazuje na zdecydowaną dominację chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (ICD-10: M00-M99), które stanowiły 1 491 porad, co odpowiada niemal całkowitej liczbie udzielonych świadczeń.

Warto wskazać, że w projekcie stosowane jest różne nazewnictwo w odniesieniu do programu polityki zdrowotnej. W różnych częściach projektu zastosowano określenia „Program Polityki Zdrowotnej”, „Program Profilaktyki Zdrowotnej” oraz „Powiatowy Program”. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), prawidłowym określeniem programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego jest „program polityki zdrowotnej”.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „wczesne wykrycie wady postawy podczas badania przesiewowego dzieci w wieku 5-6 lat”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego, a samo wykrycie wady nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestnika PPZ. Warto również podkreślić, że w projekcie PPZ wskazano różne sformułowania celu głównego w dwóch odrębnych częściach dokumentu (określone jako „cele zdrowotne”) oraz w rozdziale pn. „Cel programu”. W przypadku celu zdrowotnego wskazano, że głównym celem PPZ jest „poprawa zdrowia oraz świadomości na jego temat mieszkańców gminy”, co za tym idzie, celem jest również poprawa jakości życia”. W odniesieniu do powyższych założeń należy zaznaczyć, że poprawa stanu zdrowia jest określeniem zbyt ogólnym i może nastąpić w wyniku wielu innych czynników niezwiązanych z realizacją PPZ. Drugie założenie dotyczące poprawy świadomości jest w istocie niemierzalne. Możliwy byłby wzrost wiedzy w tym zakresie, jednak w projekcie nie zaplanowano w sposób prawidłowy działań edukacyjnych, a także nie wskazano na przeprowadzenie pre- i post-testu pozwalającego na weryfikację wzrostu wiedzy. Z kolei w kontekście jakości życia, w projekcie nie zaplanowano wykorzystania standaryzowanego narzędzia umożliwiającego pomiar tego parametru.

W projekcie zaproponowano również 5 celów szczegółowych, tj.:

- (1) „zmniejszenie liczby dzieci z wadami postawy oraz ograniczenie ich następstw”,
- (2) „zobrazowanie skali problemu na poziomie placówki”,
- (3) „rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych”,
- (4) „zobrazowanie skali problemu na terenie gminy Kwidzyn”,
- (5) „wskazanie i zainteresowanie rodziców problemem, a co za tym idzie umożliwienie im podjęcia właściwych kroków zapobiegających dalszemu rozwojowi wady u dziecka”.

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, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ zakłada osiągnięcie redukcji częstości występowania wad postawy oraz ich następstw, przy czym zakres planowanych interwencji w PPZ ogranicza się do działań o charakterze przesiewowym (diagnostycznym) i nie obejmuje oddziaływań terapeutycznych lub korekcyjnych. Tym samym przyjęcie możliwości osiągnięcia zakładanego efektu w wyniku realizacji PPZ wydaje się niezasadne.

Cele szczegółowe nr 2-5 również zostały sformułowane niepoprawnie, gdyż w swoim brzmieniu odpowiadają raczej opisowi planowanych działań lub ogólnych intencji niż mierzalnym efektom interwencji.

Dodatkowo należy podkreślić, że analogicznie jak w przypadku celu głównego, cele szczegółowe zostały również przedstawione w dwóch odrębnych częściach projektu. W części odnoszącej się do „celów zdrowotnych” jako cele szczegółowe wskazano „zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym dzieci i młodzieży, jakimi są otyłość i skrzywienia kręgosłupa, wykrywanie i zapobieganie pogłębianiu niepełnosprawności rozwojowych wśród dzieci” oraz „zwiększenie działań na potrzeby promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej”. Należy jednak wskazać, że cele te zostały sformułowane w sposób ogólny i niejednoznaczny oraz odwołują się bardziej do szerokich kierunków działań niż do konkretnych, mierzalnych rezultatów. W szczególności obejmują one zarówno różnorodne obszary zdrowotne (otyłość, wady postawy), jak i działania o charakterze promocyjno-edukacyjnym, bez wskazania możliwości oceny stopnia ich realizacji.

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.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek dzieci ze zdiagnozowanymi nieprawidłowościami wśród potencjalnie zdrowych dzieci zgłaszających się na badanie”,
- (2) „liczba dzieci spośród uczestniczących w nauce ćwiczeń korekcyjnych wykonuje zalecone ćwiczenia w domu”.

Wskaźniki nr 1 i 2 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania.

Dodatkowo w projekcie, jako „oczekiwane efekty realizacji programu”, przedstawiono następujące wskaźniki:

- (1) „zmniejszenie częstotliwości występowania wadliwych postaw u dzieci dzięki prawidłowym krokom podjętym odpowiednio wcześniej”,
- (2) „wzrost świadomości dzieci i rodziców na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających”,
- (3) „wykształcenie u dzieci umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy”,
- (4) „wzrost aktywności ruchowej i dzieci”,
- (5) „dostosowanie istniejących lub wdrożenie zajęć sportowych, gimnastyki na terenie placówki dostosowanych do konkretnych dzieci, u których wykryto wady”.

Ponadto w kolejnej części wskazano, że „oczekiwanym efektem jest zwiększenie wykrywalności wszelkich nieprawidłowości postaw u dzieci oraz umożliwienie rodzicom uzyskanie kompetentnej informacji na temat zdrowia ich potencjalnie zdrowych dzieci”.

Należy jednak zwrócić uwagę, że ww. efekty realizacji są jednak niespójne (obejmują zarówno działania, jak i rezultaty) oraz zostały sformułowane w sposób ogólny i niemierzalny, co ogranicza możliwość ich przypisania do realizacji PPZ.

Warto również podkreślić, że przedstawienie celów i mierników efektywności w sposób nieuporządkowany wpływa negatywnie na czytelność projektu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci w wieku 5-6 lat, uczęszczających do 8 placówek, przy czym w projekcie wymieniono 7 przedszkoli/oddziałów grupy przedszkolnej. Należy podkreślić, że w projekcie nie odniesiono się do danych dotyczących liczebności osób zamieszkujących gminę Kwidzyn. Nie przedstawiono również informacji w zakresie liczebności populacji kwalifikującej się do PPZ, tj. dzieci w wieku 5-6 lat. Zgodnie z odnalezionymi danymi zamieszczonymi na stronie Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2025, gminę Kwidzyn zamieszkiwało 11 470 osób, w tym 112 dzieci w wieku 5 lat oraz 141 dzieci w wieku 6 lat. Wskazano jedynie, że programem zostanie objętych około 150 dzieci.

Projekt nie zawiera jasno sprecyzowanych kryteriów kwalifikacji do programu, co wymaga uzupełnienia. Z zapisów projektu można wnioskować, że kryteria włączenia będą stanowić wiek (5-6 lat), uczęszczanie do wymienionych placówek oraz uzyskanie (za pośrednictwem wychowawcy) zgody rodzica/opiekuna na badanie dziecka. Należy jednak podkreślić, że PPZ nie zawiera większej liczby informacji w zakresie kryteriów włączenia i wyłączenia z PPZ.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci, obejmujących identyfikację nieprawidłowości oraz przekazanie informacji zwrotnej rodzicom.

Pierwszym etapem programu ma być uzyskanie przez wychowawcę zgody rodzica lub opiekuna prawnego na wykonanie badania u dziecka. Następnie na terenie placówki zostanie przeprowadzone ww. badanie postawy przez specjalistę. Podkreślono, że będzie ono odbywać się w pomieszczeniu zapewniającym dziecku intymność, przy udziale wychowawcy lub opiekuna grupy. W ramach badania zostanie wypełniona karta badania, która została załączona do projektu. Należy zaznaczyć, że wskazana karta badania pełni funkcję narzędzia służącego do oceny postawy dziecka w ramach PPZ. Obejmuje ona część identyfikacyjną (imię i nazwisko dziecka) oraz sekcję diagnostyczną, w której odnotowuje się występowanie określonych nieprawidłowości postawy poprzez wybór odpowiednich kategorii (np. postawa skoliotyczna, plecy okrągłe, płaskostopie). Dodatkowo karta zawiera część dotyczącą zaleceń, umożliwiającą wskazanie dalszego postępowania, w tym braku zaleceń, stosowania ćwiczeń korekcyjnych lub konieczności konsultacji ortopedycznej. Warto również podkreślić,

że w nazwie załącznika widnieje data programu powiatowego z 2020 r., co powoduje nieścisłość względem ocenianej wersji projektu PPZ.

W dalszym etapie realizacji programu przewidziano przekazanie dziecku informacji zwrotnej w formie odpisu karty badania dla rodzica, zawierającego opis postawy dziecka. Następnie w projekcie PPZ zaplanowano przygotowanie materiałów informacyjnych dotyczących wad postawy u dzieci oraz ich przekazanie rodzicom.

Należy zaznaczyć, że interwencja została opisana w sposób ogólny i zdawkowy. Przedstawiono jedynie podstawowe elementy organizacyjne badań przesiewowych, bez szczegółowych informacji dotyczących ich zakresu, przebiegu oraz sposobu przeprowadzania. Ponadto w projekcie nie odniesiono się do działań edukacyjnych. Dodatkowo należy zaznaczyć, że w projekcie nie opisano dokładnie ścieżki w przypadku dalszego postępowania.

Należy zaznaczyć, że odnalezione wytyczne nie odnoszą się do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci w wieku przedszkolnym (5-6 lat).

Dostępne rekomendacje dotyczą wyłącznie starszych dzieci, głównie w wieku 10-18 lat (AAFP 2025, USPSTF 2025, PAN 2021, SOSORT 2016, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015), przy czym wskazują na brak wystarczających dowodów potwierdzających zasadność przesiewu (AAFP 2025, USPSTF 2025) lub przedstawiają stanowiska oparte na konsensusie ekspertów, dopuszczające jego stosowanie przy jednoczesnym podkreśleniu istotnych ograniczeń dowodowych (PAN 2021, SOSORT 2016, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

Ponadto, zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (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° wymaga ponownej oceny po 3-6 miesiącach, natomiast wynik poniżej 4° nie wymaga dodatkowej kontroli w krótkim odstępie czasu.

Wytyczne wskazują, że badania (test Adamsa, pomiary skoliometrem) mogą być prowadzone wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w diagnostyce narządu ruchu (PAN 2021, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015), a stosowane metody muszą być zweryfikowane i opisane w oficjalnych wytycznych (PAN 2021). Ponadto odnalezione wytyczne podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe, które mają na celu minimalizowanie niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań, m.in. na RTG kręgosłupa. Wskazuje się, że nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zachować 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).

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 2016).

Należy jednak wskazać, że świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zakładają przeprowadzenie przez lekarza i pielęgniarkę kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka w okresie wzrastania, obejmującej m.in. wykrywanie zaburzeń układu ruchu.

Wykonanie ww. badań znajduje się również w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i jest realizowane w okresach szczególnie istotnych dla rozwoju dziecka.

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 nie została dokładnie określona w projekcie PPZ i nie przedstawiono wskaźników odnoszących się do monitorowania w ramach PPZ. Należy jednak podkreślić, że w części dot. mierników efektywności przedstawiono dwa wskaźniki mające zastosowanie w procesie monitorowania, tj. „odsetek dzieci ze zdiagnozowanymi nieprawidłowościami wśród potencjalnie zdrowych dzieci zgłaszających się na badanie” oraz „liczba dzieci spośród uczestniczących w nauce ćwiczeń korekcyjnych wykonuje zalecone ćwiczenia w domu”.

Ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach programu również nie została przedstawiona w projekcie PPZ. Nie odniesiono się do przeprowadzenia ankiety satysfakcji oraz możliwości składania uwag dotyczących realizacji PPZ.

Nie przedstawiono także szczegółowych informacji w zakresie przeprowadzenia ewaluacji.

W kontekście monitorowania i ewaluacji w PPZ w projekcie wskazano, że „monitoring i ewaluacja programu będzie prowadzona bezpośrednio przez pracownika ds. społecznych Urzędu Gminy Kwidzyn poprzez wizytacje i badania ankietowe rodziców oraz wychowawców uczestników podczas realizacji programu”. Podkreślono również, że „po zakończeniu realizacji programu Wykonawca będzie miał obowiązek sporządzenia sprawozdania z przeprowadzonych badań. Dokument ten zawierać będzie liczbę osób przebadanych w ramach programu wraz z ilością zdiagnozowanych nieprawidłowych wyników wśród tych osób”.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu przed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie.

Należy zatem zwrócić uwagę, że zapisy w części dot. monitorowania i ewaluacji nie uwzględniają prawidłowo zaprojektowanych wskaźników, co wymaga poprawy.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Ponadto, nie opisano sposobu zakończenia udziału w programie oraz nie przedstawiono szczegółowych informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. W kontekście personelu wskazano, że badania zostaną przeprowadzone przez „dyplomowanego magistra fizykoterapii”. Natomiast w zakresie warunków lokalowych zaznaczono jedynie, że będzie ono odbywać się na terenie placówki w pomieszczeniu zapewniającym dziecku intymność, przy udziale wychowawcy lub opiekuna grupy.

Akcja informacyjna nie została szczegółowo opisana w projekcie. W treści PPZ wskazano, że ww. akcja „będzie realizowana we współpracy dyrektorów z danej placówki i realizatorem badań”.

W projekcie zaznaczono, że „promocja, monitoring i ewaluacja programu” będzie prowadzona, w ramach wizytacji i badań ankietowych rodziców oraz wychowawców podczas realizacji programu, przez pracownika ds. społecznych Urzędu Gminy. Należy jednak podkreślić, że projekcie nie przedstawiono szczegółowego opisu działań podejmowanych w ramach tego etapu.

W projekcie nie wskazano jednoznacznie, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert. Zawarto jedynie następujący zapis: „zaraz po wyłonieniu wykonawcy zostanie

sporządzony całościowy harmonogram terminów badań w placówkach”. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), „w przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert”.

Biorąc pod uwagę powyższe, projekt wymaga poprawy i uzupełnienia części dot. sposobów zakończenia udziału w PPZ oraz poszczególnych elementów organizacji PPZ.

Budżet PPZ został przedstawiony w sposób bardzo ogólny i wymaga uzupełnienia oraz doprecyzowania kosztów. W projekcie przedstawiono średni koszt badania postawy ciała jednego dziecka oszacowany na kwotę 40-60 zł. Należy zaznaczyć, że nie odniesiono się do kwestii sposobu oszacowania ww. kosztu jednostkowego, a także nie przedstawiono innych kosztów jednostkowych wynikających z realizacji PPZ.

Nie wskazano również całkowitego kosztu PPZ. W projekcie przedstawiono jedynie koszt roczny oszacowany na kwotę 6 000-7 000 zł, zatem biorąc pod uwagę okres realizacji PPZ – koszt całkowity powinien wynosić 18 000-21 000 zł.

W projekcie nie wskazano jednoznacznie źródła finansowania PPZ. Przy oszacowaniach w budżecie zaznaczono jednak, że środki finansowe na realizację PPZ zostaną zarezerwowane przez Urząd Gminy Kwidzyn.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady postawy ciała stanowią w obecnych czasach 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 danej osoby. Jest także wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Stanowi więc wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej oraz koordynacji nerwowo-mięśniowej. W ciągu całego życia, 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. W efekcie rozpoczęcie nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się wysoce biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana – może być najważniejszym czynnikiem rozwoju.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem 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.), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca wykrywanie zaburzeń układu ruchu, może być przeprowadzana u dzieci w ramach świadczeń gwarantowanych przez lekarza i pielęgniarkę POZ oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Świadczenia te powinny być realizowane w okresach szczególnie istotnych dla rozwoju dziecka, w tym m.in. w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III, V i VII klasie szkoły podstawowej, a także w I klasie ponadpodstawowej.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Odnalezione wytyczne nie odnoszą się do prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wad postawy u dzieci w wieku przedszkolnym (5-6 lat). Dostępne rekomendacje dotyczą wyłącznie starszych dzieci, głównie w wieku 10-18 lat (AAFP 2025, USPSTF 2025, PAN 2021, SOSORT 2016, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015), przy czym wskazują na brak wystarczających dowodów potwierdzających zasadność skринingu (AAFP 2025, USPSTF 2025) lub przedstawiają stanowiska oparte na konsensusie ekspertów, dopuszczające jego stosowanie przy jednoczesnym podkreśleniu istotnych ograniczeń dowodowych (PAN 2021, SOSORT 2016, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- 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 2021 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, zaś ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Nie jest także jasne czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.
- Potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią zaburzeń, mogą być znaczące. Skринing w kierunku wykrycia skoliozy powinien być przeprowadzony dwukrotnie u dziewcząt w wieku 10 i 12 lat, natomiast u chłopców jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Ww. zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lata wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Wskazuje się, że realizacja badań obarczona jest ryzykiem wyników fałszywie pozytywnych, które mogą prowadzić do tworzenia niepotrzebnych zaleceń oraz skierowań na dodatkową diagnostykę (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (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° wymaga ponownej oceny po 3-6 miesiącach, natomiast wynik poniżej 4° nie wymaga dodatkowej kontroli w krótkim odstępie czasu.
- Wytyczne wskazują, że badania (test Adamsa, pomiary skoliometrem) mogą być prowadzone wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w diagnostyce narządu ruchu (PAN 2021, AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015), a stosowane metody muszą być zweryfikowane i opisane w oficjalnych wytycznych (PAN 2021). Ponadto odnalezione wytyczne podkreślają istotną rolę edukacji personelu medycznego wykonującego testy przesiewowe, które mają na celu minimalizowanie niepotrzebnych zaleceń oraz optymalizowaniu zasadności skierowań, m.in. na RTG kręgosłupa. Wskazuje się, że nie wszystkie dzieci w rezultacie przeprowadzonych badań przesiewowych wymagają dodatkowej diagnostyki. Jeśli prześwietlenie będzie wymagane, lekarze powinni zachować 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).

- 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 2016).
- W celu zapobiegania lub ograniczenia postępu deformacji, zaleca się prowadzenie specyficznej fizjoterapii (PSSE, *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises*) jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej. Zaleca się, aby PSSE uwzględniała autokorekcję postawy w 3D, trening podstawowych czynności życia codziennego (ADL, *activities of daily living*), stabilizację prawidłowej postawy oraz edukację pacjenta. Wskazuje się, aby specyficzna fizjoterapia była zindywidualizowana pod względem potrzeb pacjenta, występującego skrzywienia oraz etapu leczenia, również w przypadku prowadzenia PSSE w małych grupach. Poziom trudności powinien być stopniowo zwiększany w zależności od możliwości pacjenta, a nauka przeprowadzana indywidualnie (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%.
- Wykazano, że dodatnia wartość predykcyjna standardowego przesiewu jest bardzo niska i wynosi 5%, co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Autorzy badania wskazują, że częstsze badania przesiewowe zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań (Montgomery 1990).
- Wyniki badania Fong 2010 wskazują, 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, aby z niego nie rezygnować, natomiast stosować razem z dodatkowymi testami. Brak jest natomiast wystarczających dowodów na uzyskanie dodatkowej korzyści w przypadku oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz RTG w niskich dawkach lub kombinacji tych metod.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci wskazują, że 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 osób, 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. Eksperci podkreślają, że postępowanie terapeutyczne musi być zindywidualizowane i nie jest wskazane 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, nieposiadające 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. Podkreślono także istotę prowadzenia programów edukacyjnych o prawidłowym odżywianiu i aktywności fizycznej, zapobiegające nadwadze i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Ponadto programy edukacyjne powinny uwzględniać także pozalekcyjne zajęcia ruchowe. Wskazuje się na konieczność zapewnienia środków finansowych na prowadzenie gimnastyki korekcyjnej w szkołach. Diagnostyka powinna obejmować dzieci w wieku przedszkolnym

(tj. 3-6 lat). Szczegółnej opieki i nadzoru wymagają dzieci i młodzież w okresie pokwitaniowego skoku wzrostowego, tj. dziewczęta w wieku 11-14 lat oraz chłopcy w wieku 12-15 lat. 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 dnia 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.451.26.2026 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci na lata 2026-2028”; data ukończenia: maj 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 89/2026 z dnia 1 czerwca 2026 roku o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci na lata 2026-2028” (Gmina Kwidzyn).