



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 7/2026 z dnia 28 stycznia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Profilaktyka i rehabilitacja wad postawy u uczniów klas I-IV szkół
podstawowych (zwykle w wieku 7-10 lat) na terenie Gminy
Siechnice w latach 2026-2027”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i rehabilitacja wad postawy u uczniów klas I-IV szkół podstawowych (zwykle w wieku 7-10 lat) na terenie Gminy Siechnice w latach 2026-2027.

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 przeprowadzenie badań przesiewowych i zajęć korekcyjno-rehabilitacyjnych dla uczniów klas I-IV, a także edukację dla ich rodziców oraz nauczycieli.

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 i jest realizowane w okresach szczególnie istotnych w rozwoju dziecka.

Negatywna opinia w odniesieniu do projektu programu polityki zdrowotnej wynika przede wszystkim z faktu, 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.

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.

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

- nieprawidłowe zaplanowanie większości celów programu, a także mierników efektywności;
- rozbieżności w opisie liczebności populacji docelowej;

- o braku jednoznacznego określenia jaka liczba osób z poszczególnych populacji docelowych (uczniowie i nauczyciele) zostanie objęta poszczególnymi interwencjami;
- o zbyt ogólnego opisu interwencji edukacyjnej;
- o nieprzedstawienia czasu trwania sesji dla interwencji edukacyjnej;
- o zaplanowania w większości nieprawidłowych wskaźników dla etapu monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez gminę Siechnice. Populację docelową programu stanowić będą uczniowie klas I-IV szkół podstawowych i ich rodzice/opiekunowie prawni oraz nauczyciele w zakresie działań edukacyjnych. W projekcie programu zaplanowano działania organizacyjne (w tym kampania informacyjna i rekrutacja uczestników), badania przesiewowe i zajęcia korekcyjno-rehabilitacyjne dla uczniów klas I-IV, a także edukację dla ich rodziców oraz nauczycieli. Program ma być realizowany w latach 2026-2027. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na 500 000 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Siechnice (przy ewentualnym dodatkowym dofinansowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia).

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 zdrowotnego wymieniono wady postawy, takie jak skolioza, koślawość kolan czy płaskostopie i wskazano, że należą do najczęściej występujących zaburzeń wieku rozwojowego. Jako główne czynniki ryzyka wad postawy wymieniono siedzący tryb życia, długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej, noszenie zbyt ciężkich plecaków, nieodpowiednio dobrane meble szkolne, ograniczenie spontanicznej aktywności ruchowej oraz nadwagę i otyłość. W opisie zaznaczono, że brak wczesnej diagnostyki i interwencji może prowadzić do utrwalenia deformacji układu kostno-mięśniowego, skutkując poważnymi konsekwencjami ortopedycznymi i funkcjonalnymi w wieku dorosłym.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, europejskie, krajowe, regionalne i lokalne. Powołano się na dane *Global Burden of Disease* wskazując, że na świecie około 1,71 miliarda osób żyje z chorobami mięśniowo-szkieletowymi, w tym m.in. z bólem kręgosłupa, chorobą zwyrodnieniową stawów czy reumatoidalnym zapaleniem stawów. W odniesieniu do sytuacji krajowej powołano się na dane Instytutu Matki i Dziecka i wskazano, że 90% dzieci ma wady postawy, stóp i kolan. Podano także dane dotyczące zaburzeń układu ruchu, które diagnozuje się u 10-80% dzieci w wieku szkolnym, gdzie najczęściej rozpoznawane są: skolioza (2-4%), choroba Scheuermanna (3-5%), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (10-15%) oraz inne wady postawy. Odniesiono się również do danych NFZ za 2024 r. i wskazano, że w Polsce zarejestrowano 396 266 pacjentów z rozpoznaniem lordozy, kifozy i skoliozy, w tym 22-25 tys. pacjentów w województwie dolnośląskim. Sytuację lokalną opisano powołując się na dane uzyskane z Zakładu Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie, według których w latach 2021-2025 liczba skierowań na rehabilitację z powodu wad postawy i skolioz

wzrosła z 103 przypadków w 2021 roku do 164 w 2024 roku, a do października 2025 roku osiągnęła 150 skierowań. Powołano się również na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) i wskazano, że w 2019 roku w woj. dolnośląskim odnotowano: 4 828 hospitalizacji dzieci z powodu chorób układu kostno-mięśniowego, średni czas hospitalizacji wynosił 6 dni, najczęściej rozpoznawane schorzenia to wady postawy, które odpowiadały za 12,8-82,08 hospitalizacji na 10 000 dzieci.

Zgodnie z aktualną MPZ na lata 2022-2026 jako rekomendowane kierunki działań dla województwa dolnośląskiego wskazano na konsolidację istniejących zasobów infrastrukturalnych w specjalnościach dotyczących chorób dziecięcych celem utworzenia szpitala dziecięcego (zabezpieczenie dostępności do szpitala o statusie: poziom PSZ – szpital pediatriczny) i zapewnienia kompleksowej wielospecjalistycznej opieki dla pacjentów do 18. roku życia w jednym ośrodku.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zmniejszenie odsetka dzieci w wieku 7-10 lat z nieprawidłowościami postawy ciała na terenie Gminy Siechnice o co najmniej 10% w okresie realizacji programu (2026-2027) poprzez wczesne wykrywanie wad postawy, wdrożenie działań fizjoterapeutycznych i edukacyjnych oraz zwiększenie świadomości posturalnej wśród uczniów, rodziców i nauczycieli”*.

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 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ składa się z wielu odrębnych założeń. Założenie pierwsze, dotyczące zmniejszenia występowania wad postawy poprzez ich wczesne wykrycie i działania fizjoterapeutyczne, jest możliwe do zrealizowania dzięki zaplanowanej w programie skali oceny postawy (w tym testowi Adamsa oraz ocenie symetrii ciała). Kolejnym komponentem jest zwiększenie wiedzy, której weryfikacja została przewidziana poprzez przeprowadzenie pre- i post testów wiedzy. Do projektu jednak nie dołączono wzorów ww. testów, co należałoby uzupełnić. Ostatnie założenie dotyczy zwiększenia świadomości posturalnej wśród trzech grup populacji. Należy podkreślić, że zwiększenie świadomości jest w istocie niemierzalne. Warto również wskazać, że cel główny odnosi się do trzech populacji: dzieci, rodziców/opiekunów prawnych i wychowawców, a zasadne byłoby przedstawienie oddzielnych celów dla każdej ze wskazanych populacji.

W projekcie zaproponowano 5 celów szczegółowych:

- (1) *„podniesienie kompetencji uczniów, rodziców i nauczycieli w zakresie profilaktyki wad postawy oraz ergonomii codziennej aktywności- tak, aby co najmniej 80% uczestników działań edukacyjnych uzyskało wynik $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy po zakończeniu programu”;*
- (2) *„wczesne wykrycie nieprawidłowości postawy wśród uczniów w wieku 7-10 lat – objęcie badaniami przesiewowymi co najmniej 90% uczniów szkół podstawowych na terenie Gminy Siechnice i utworzenie elektronicznej bazy wyników przesiewu”;*
- (3) *„zwiększenie dostępności do oddziaływań korekcyjno-rehabilitacyjnych- objęcie indywidualną terapią lub zajęciami grupowymi co najmniej 210 uczniów z potwierdzonymi wadami postawy, z zapewnieniem monitorowania efektów po zakończeniu cyklu ćwiczeń”;*
- (4) *„podniesienie poziomu wiedzy rodziców i nauczycieli w zakresie profilaktyki posturalnej – uzyskanie przez co najmniej 75% uczestników testu wiedzy po szkoleniach wyniku $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi”;*

- (5) „poprawa zachowań posturalnych u uczniów– odsetek uczniów, u których w ankiecie obserwacyjnej nauczyciela lub fizjoterapeuty odnotowano utrwalenie prawidłowych wzorców postawy po zakończeniu cyklu zajęć, wyniesie co najmniej 70%”.

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 i 4 dotyczą wzrostu wiedzy i wydają się możliwe do realizacji w związku z zaplanowanymi w programie działaniami, jednak należy zaznaczyć, że stanowią częściowo powielenie celu głównego. W projekcie przewidziano przeprowadzenie pre- i post-testów, które pozwolą na porównanie poziomu wiedzy przed i po przeprowadzeniu edukacji, jednak nie dołączono ich do projektu, co należy uzupełnić.

Cel szczegółowy nr 5 stanowi po części powielenie celu głównego, w zakresie poprawy/utrwalenia prawidłowych wzorców postawy ciała oraz w zakresie populacji (dzieci w wieku 7-10 lat). Dodatkowo do projektu nie dołączono wspomnianej ankiety obserwacji nauczyciela lub fizjoterapeuty, w związku z tym nie było możliwe zweryfikowanie jak rozumiana jest ww. poprawa. Należy wskazać, że cel ma charakter deklaracyjny i został sformułowany nieprawidłowo.

Cele szczegółowe nr 2 i 3 nie odnoszą się do efektu zdrowotnego.

Należy więc podsumować, że w projekcie poprawnie zaplanowano cele edukacyjne, jednak stanowią powielenie celu głównego. Pozostałe cele są nieprawidłowe. Dla zaproponowanych w projekcie celów wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek uczniów z populacji objętej programem, u których w badaniu kontrolnym (po zakończeniu programu) nie stwierdzono nieprawidłowości postawy lub uzyskano poprawę parametrów postawy w porównaniu z wynikiem badania początkowego”;
- (2) „odsetek uczniów z populacji docelowej objętych badaniem przesiewowym w kierunku wad postawy”;
- (3) „odsetek uczniów z wykrytymi wadami postawy, które ukończyły pełen cykl zajęć korekcyjno-rehabilitacyjnych”;
- (4) „odsetek uczestników działań edukacyjnych (uczniów, rodziców, nauczycieli), którzy uzyskali wysoki poziom wiedzy ($\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi) w teście końcowym”;
- (5) „odsetek rodziców i nauczycieli, którzy uzyskali wynik $\geq 75\%$ poprawnych odpowiedzi w teście wiedzy po zajęciach edukacyjnych”;
- (6) „odsetek uczniów, u których w ankiecie obserwacyjnej nauczyciela lub fizjoterapeuty odnotowano utrwalenie prawidłowych wzorców postawy po zakończeniu cyklu zajęć”.

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.

Miernik nr 1 nie odnosi się do celów programu, ale może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Mierniki nr 2 oraz nr 3 nie spełniają funkcji miernika efektywności, natomiast mogą

zostać wykorzystane podczas monitorowania. Mierniki nr 4 i nr 5 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 1 oraz nr 4. Miernik nr 6 został sformułowany nieprawidłowo ze względu na deklaracyjny charakter zaplanowanego celu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do uczniów klas I-IV, uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Siechnice w zakresie badań przesiewowych i zajęć korekcyjno-rehabilitacyjnych, a także do ich rodziców oraz nauczycieli w zakresie działań edukacyjnych. Program obejmie 100- 200 uczniów, natomiast interwencja skierowana zostanie do 200 osób. W części dotyczącej opisu kosztów interwencji wskazano, że terapią korekcyjno-rehabilitacyjną objętych zostanie maksymalnie 210 uczniów. W przypadku działań edukacyjnych wskazano, że interwencja będzie przeznaczona dla 1800- 2000 rodziców, jednak nie określono liczby nauczycieli. Należy więc wskazać na pewne nieścisłości w opisie liczebności populacji docelowej, mianowicie nie wskazano jaką interwencją zostanie objęte 200 osób lub jak założono w innej części projektu 210 osób. Podsumowując, w opisie populacji docelowej należy wskazać jaką liczbą osób z poszczególnych populacji docelowych (uczniowie i nauczyciele) zostanie objęta poszczególnymi interwencjami.

W projekcie wyszczególniono kryteria włączenia i wyłączenia z podziałem dla części profilaktyczno-diagnostycznej oraz dla części terapeutyczno-rehabilitacyjnej. W ramach interwencji profilaktyczno-diagnostycznej przedstawiono kryteria włączenia dla populacji objętej PPZ, wśród których jedno z nich to: uczniowie klas I-IV szkół podstawowych (zwykle w wieku 7-10 lat), u których w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przeprowadzono badań przesiewowych w kierunku wad postawy. 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, jeżeli przeprowadzany jest skrining w kierunku wykrycia skoliozy dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyższe sformułowane 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. Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że wiek populacji docelowej nie znajduje poparcia w wytycznych klinicznych, dodatkowo w większości powiela świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych.

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach NFZ, co zostało zaplanowane w projekcie.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań organizacyjnych (w tym kampanii informacyjnej i rekrutacji uczestników), badań przesiewowych i zajęć korekcyjno-rehabilitacyjnych dla uczniów klas I-IV, a także edukację uczniów, rodziców i nauczycieli.

Działania edukacyjne

Interwencja realizowana będzie w formie prezentacji, ćwiczeń praktycznych, ulotek i broszur informacyjnych, a także krótkich prelekcji prowadzonych w klasach oraz podczas zebrań z rodzicami. Zajęcia edukacyjne będą prowadzone zarówno w formie grupowej, jak i indywidualnej. Zakres tematyczny obejmuje zagadnienia związane ze znaczeniem prawidłowej postawy ciała w okresie rozwojowym, czynnikami ryzyka sprzyjającymi powstawaniu wad postawy, takimi jak brak aktywności fizycznej, otyłość czy noszenie ciężkich plecaków, a także zasadami ergonomii w nauce i pracy przy komputerze. W ramach programu zostaną przedstawione przykładowe ćwiczenia wzmacniające i rozciągające, dostosowane do potrzeb uczniów klas I-IV szkół podstawowych. Szczególny nacisk zostanie położony na znaczenie regularnej aktywności fizycznej oraz ruchu na świeżym powietrzu, a także na współpracę

rodziców i szkoły w utrwalaniu prawidłowych nawyków posturalnych. W projekcie wskazano, że działania edukacyjne będą dostosowane do potrzeb trzech głównych grup odbiorców. Zaznaczono także, że w przypadku uczniów treści będą przekazywane w prostym języku, z wykorzystaniem elementów praktycznych, takich jak ćwiczenia i gry ruchowe. W ramach interwencji zostanie zbadany wzrost wiedzy nabytej przez rodziców i nauczycieli po przeprowadzonej edukacji z wykorzystaniem testów wiedzy (pre-test i post-test). W przypadku uczniów podkreślono, że efektywność edukacji zostanie oceniona pośrednio „poprzez obserwację zachowań posturalnych i aktywności ruchowej dokonaną przez nauczyciela lub fizjoterapeutę po zakończeniu cyklu zajęć”. W programie zaplanowano przeprowadzenie ok. 30 sesji, natomiast nie przedstawiono czasu trwania jednej takiej sesji. Należy także podkreślić, że projekt nie przedstawia działań edukacyjnych w sposób szczegółowy dla poszczególnych grup uczestników; opis działań edukacyjnych jest zbyt ogólny i chaotyczny.

Badania przesiewowe

Interwencja prowadzona będzie przez fizjoterapeutę, na terenie szkoły, w godzinach uzgodnionych z dyrekcją i rodzicami. Zakres badań obejmuje ocenę symetrii barków, łopatek i miednicy, ocenę krzywizn kręgosłupa w płaszczyznach czołowej i strzałkowej (test Adamsa), ocenę ustawienia głowy i kończyn dolnych, analizę chodu, równowagi i sposobu siedzenia, a także ocenę stóp, w tym płaskostopia, koślawości oraz sposobu obciążania kończyn. Badanie będzie miało charakter nieinwazyjny i bezpieczny, wykonywane w lekkim ubraniu sportowym, z poszanowaniem komfortu ucznia. W projekcie programu opisano, że wyniki badań zostaną odnotowane w karcie badania przesiewowego i będą zawierały dane identyfikacyjne uczestnika, wyniki oceny poszczególnych obszarów oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości postawy fizjoterapeuta kwalifikuje ucznia do udziału w zajęciach korekcyjno-rehabilitacyjnych w ramach programu, jeśli zmiany mają charakter funkcjonalny lub kieruje do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź specjalisty (ortopedy, rehabilitanta) w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ, gdy istnieje podejrzenie utrwalonych wad strukturalnych lub innych chorób układu ruchu. Po zakończeniu badania rodzice otrzymają informację pisemną o wynikach oceny postawy dziecka oraz o ewentualnych zaleceniach dotyczących dalszego postępowania. W programie wskazano, że każdy fizjoterapeuta przed rozpoczęciem programu zostanie przeszkolony w zakresie ujednoliconych metod oceny postawy, jednak nie uwzględniono takiej interwencji w opisie programu.

Zajęcia korekcyjno-rehabilitacyjne

Celem interwencji jest skorygowanie zdiagnozowanych nieprawidłowości postawy u uczniów klas I-IV szkół podstawowych, zapobieganie ich utrwalaniu oraz wzmocnienie świadomości posturalnej w środowisku domowym i szkolnym.

Zajęcia będą prowadzone przez fizjoterapeutę, w pomieszczeniach zapewniających wymagane bezpieczeństwo i higienę. Zaplanowano cykl grupowych spotkań (od 6 do 8 spotkań) w grupach maksymalnie 6 osób. Zajęcia będą obejmować 12 sesji po 45 minut na każde zajęcia. Zakres ćwiczeń obejmuje elementy wzmacniające mięśnie posturalne, ćwiczenia elongacyjne i rozciągające, które redukują napięcia mięśniowe i korygują ustawienie kręgosłupa, a także ćwiczenia stabilizacyjne dla mięśni posturalnych i stabilizujących tułów, w tym mięśni brzucha i pośladków. W opisie programu wskazano również, że istotnym elementem interwencji jest nauka ergonomicznych zachowań, obejmująca prawidłowe siedzenie, podnoszenie, noszenie plecaka oraz organizację przestrzeni przy nauce. Wprowadzane będą także elementy zabaw ruchowych i gier zespołowych, które wspierają utrwalanie prawidłowych wzorców ruchowych oraz integrację grupy. Wskazano, że każdy uczestnik będzie posiadał kartę udziału w zajęciach korekcyjno-rehabilitacyjnych, w której fizjoterapeuta odnotuje częstotliwość i zakres realizowanych ćwiczeń oraz obserwowane postępy. Po zakończeniu cyklu zajęć fizjoterapeuta przeprowadzi ponowną ocenę postawy, wykorzystując test Adamsa i ocenę symetrii ciała, porówna wyniki z badaniem wstępnym oraz poprosi rodzica dziecka o wypełnienie ankiety dotyczącej efektów funkcjonalnych i satysfakcji z udziału w programie. W opisie programu

wskazano, że zajęcia korekcyjno-rehabilitacyjne są zgodne z przepisami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które definiuje świadczenia fizjoterapeutyczne dla dzieci w zadaniach profilaktycznych i wczesnorehabilitacyjnych realizowanych na poziomie samorządowym.

Wytyczne kliniczne dotyczące wad postawy różnią się co do zaleceń w zakresie zasadności przeprowadzania badań w populacji bezobjawowej. Jednak najnowsze rekomendacje USPSTF 2025 wskazują, 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. Podobne stanowisko przedstawiono w wytycznych amerykańskich AAFP 2025.

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 trzech rodzajów wskaźników tj.: produktu (liczba uczniów zgłoszonych do udziału w PPZ", „liczba uczniów, którzy przeszli badania przesiewowe", „liczba uczniów zakwalifikowanych do zajęć korekcyjnych", „liczba uczniów, którzy ukończyli pełny cykl zajęć", „liczba przeprowadzonych zajęć i godzin ćwiczeń", „liczba rodziców i nauczycieli objętych działaniami edukacyjnymi", „liczba przeprowadzonych testów wiedzy lub ankiet ewaluacyjnych", „liczba uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie wraz z przyczyną"), rezultatu („poprawa postawy ciała i parametrów funkcjonalnych oceniana przez fizjoterapeutę", „poprawa zakresu ruchu i symetrii ustawienia barków, łopatek i miednicy", „wzrost poziomu wiedzy rodziców i nauczycieli na temat profilaktyki wad postawy", „wzrost świadomości ergonomii pracy i nauki wśród uczniów") oraz oddziaływania („zmniejszenie odsetka uczniów z nieprawidłowościami postawy w populacji objętej programem", „zwiększenie uczestnictwa w zajęciach korekcyjnych i aktywności fizycznej w szkołach", „wzrost zaangażowania rodziców i nauczycieli w działania profilaktyczne"). Należy wskazać, że większość wskaźników monitorowania została zaplanowana nieprawidłowo, za wyjątkiem wskaźników dot. produktu.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie wzbudził zastrzeżeń. Ponadto, po zakończeniu każdego z trzech etapów realizacji programu, gmina Siechnice przygotowuje raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki monitorowania, w celu bieżącej kontroli zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń.

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie wcześniej zdefiniowanych w PPZ mierników efektywności. Należy zaznaczyć, że większość zaplanowanych w programie mierników efektywności została sformułowana nieprawidłowo. Dodatkowo wskazano wskaźniki tj. „odsetek uczniów objętych badaniami przesiewowymi w stosunku do populacji docelowej", „odsetek uczniów z wykrytymi nieprawidłowościami postawy", „odsetek uczniów, którzy ukończyli pełny cykl ćwiczeń", „odsetek uczestników z poprawą parametrów postawy w ocenie fizjoterapeuty". Należy wskazać, że większość ww. mierników została sformułowana nieprawidłowo i bardziej odnosi się do monitorowania. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co częściowo zostało uwzględnione w projekcie. Ponadto w punkcie dotyczącym mierników efektywności zawarto następujący miernik, który można wykorzystać podczas ewaluacji: „odsetek uczniów z populacji objętej programem, u których w badaniu kontrolnym (po zakończeniu programu) nie stwierdzono nieprawidłowości postawy lub uzyskano poprawę parametrów postawy w porównaniu z wynikiem badania początkowego".

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, odniesiono się do działań informacyjno-promocyjnych oraz do kosztów monitorowania i ewaluacji.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 500 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Siechnice. Zaznaczono także, Gmina bierze pod uwagę możliwość ubiegania się o środki z Narodowego Funduszu Zdrowia na dofinansowanie PPZ.

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 wiek szkolny, 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).

- UK National Screening Committee (UK NSC 2021) przedstawiło także negatywne stanowisko w odniesieniu do badań przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie do 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.
- Potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią zaburzeń, mogą być znaczące. Skrining 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. Powyżej sformułowane 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).
- Istnieje potrzeba prowadzenia skutecznych badań przesiewowych, jednak wyniki fałszywie pozytywne 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 przeszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- Istotną rolę odgrywa edukacja 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).
- 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 zwiększyć 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. 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, 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).
- Odnosząc się do kwestii bezpieczeństwa zgodnie z wytycznymi SOSORT 2011 o wyborze strategii leczniczej decydować powinno nie tylko jej zweryfikowanie zgodnie z zasadami

EBM, ale także preferencje pacjenta i jego opiekunów oraz doświadczenie klinicysty w postępowaniu się określonym modelem postępowania.

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

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.431.36.2025 „Profilaktyka i rehabilitacja wad postawy u uczniów klas I-IV szkół podstawowych (zwykle w wieku 7-10 lat) na terenie Gminy Siechnice w latach 2026-2027”; data ukończenia: styczeń 2026 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 7/2026 z dnia 19 stycznia 2026 roku o projekcie programu „Profilaktyka i rehabilitacja wad postawy u uczniów klas I-IV szkół podstawowych (zwykle w wieku 7-10 lat) na terenie Gminy Siechnice w latach 2026-2027”.