



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 72/2026 z dnia 16 września 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej Gminy Ostrowiec Świętokrzyski
w zakresie rehabilitacji wad postawy u dzieci i młodzieży szkół
podstawowych na lata 2026-2029”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w zakresie rehabilitacji wad postawy u dzieci i młodzieży szkół podstawowych na lata 2026-2029”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) obejmuje problematykę prawidłowej postawy ciała oraz odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego, jakim są wady postawy u dzieci i młodzieży.

Projekt zakłada realizację kompleksowej rehabilitacji (poprzedzonej i zakończonej wizytą fizjoterapeutyczną) dzieci i młodzieży ze stwierdzonymi wadami postawy. W programie przewidziano także prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli. Warto zaznaczyć, że zaplanowane interwencje pozostają zgodne z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi oraz opiniami ankietowanych przez Agencję ekspertów.

Należy wskazać, że wszystkie zaplanowane interwencje kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, jednak poprzez zaproponowanie odpowiednich zapisów w ramach kryteriów wyłączenia z programu, ryzyko podwójnego finansowania świadczeń zostało zabezpieczone.

Mając na względzie realizację programu o możliwie jak najwyższej jakości, warto rozważyć uwzględnienie uwag przedstawionych w części dotyczącej celów i mierników programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Gminę Ostrowiec Świętokrzyski, zakładający realizację kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży ze stwierdzonymi wadami postawy, zamieszkujących na terenie gminy oraz uczęszczających do szkół podstawowych zlokalizowanych na jej obszarze. W programie zaplanowano także prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży, ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli. Realizację programu przewidziano na lata 2026-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 480 600 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Ostrowiec Świętokrzyski, przy ewentualnym dofinansowaniu ze środków NFZ.

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

Projekt programu odnosi się do problematyki prawidłowej postawy ciała oraz występowania wad postawy w populacji dzieci i młodzieży. Przedstawiono etapy rozwoju wad postawy, wskazując moment, do którego występujące zaburzenia mogą zostać skorygowane dzięki odpowiednio dobranej terapii oraz ćwiczeniom korekcyjnym. Scharakteryzowano również najczęściej występujące deformacje anatomiczne dotyczące kręgosłupa, klatki piersiowej oraz kończyn dolnych. Ponadto w projekcie programu podkreślono, że wady postawy stanowią istotny problem zdrowia publicznego, który może prowadzić do zaburzeń funkcjonalnych narządu ruchu, ograniczenia sprawności fizycznej oraz występowania dolegliwości bólowych. W efekcie mogą one negatywnie wpływać na poziom aktywności fizycznej, uczestnictwo w życiu społecznym oraz jakość życia dzieci i młodzieży. Odniesiono się także do potencjalnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych wynikających z braku działań profilaktycznych oraz korekcyjnych w zakresie omawianego problemu zdrowotnego.

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

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono dane światowe, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne. Przedstawiono informacje nt. rozpowszechnienia wad postawy u dzieci i młodzieży na podstawie przeprowadzonych badań naukowych w różnych krajach na świecie.

W odniesieniu do danych ogólnopolskich wskazano m.in., że „Główny Urząd Statystyczny nie prowadzi odrębnych statystyk dotyczących wad postawy, ale w raportach dotyczących zdrowia dzieci wskazuje na: rosnący odsetek dzieci z problemami układu mięśniowo - szkieletowego oraz wzrost otyłości i siedzącego trybu życia, jako kluczowych czynników ryzyka. Największe badanie ogólnopolskie, w ramach którego zbadano 10 517 dzieci (4-19 lat) z 13 regionów Polski dowiodło, że wady postawy występują u ponad 50% dzieci, skoliozy są częstsze u chłopców 8-10 i 13-18 lat, a największy wzrost wad występuje między 7 a 8 rokiem życia”. Dodatkowo przedstawiono dane Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, zgodnie z którymi w Powiecie Ostrowieckim orzeczenie o niepełnosprawności z powodu schorzeń narządu ruchu uzyskało 21 dzieci w 2023 r., 22 w 2024 r. oraz 19 w 2025 r. Przywołano również dane Poradni Wad Postawy przy Wielospecjalistycznym Szpitalu w Ostrowcu Świętokrzyskim, wskazujące, że w latach 2023-2025 opieką poradni objęto łącznie 3 703 dzieci z wadami postawy z Powiatu Ostrowieckiego, w tym 2 309 dzieci z Ostrowca Świętokrzyskiego (średnio 770 rocznie). Wskazano także, że do lutego 2026 r. badaniami przesiewowymi w kierunku wad postawy objęto 4 482 uczniów szkół podstawowych z terenu Ostrowca Świętokrzyskiego, w ramach których wady postawy stwierdzono u 1 594 uczniów (co stanowiło ok. 35,5% badanej populacji). Najczęściej rozpoznawano płaskostopie (391 przypadków) oraz skoliozę (278 przypadków).

W projekcie przedstawiono informacje pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Zgodnie z danymi MPZ, w latach 2020-2023 schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (ICD-10: M00-M99) odpowiadały za 11,1% wszystkich porad. W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej skorzystało 3,06 mln pacjentów (8 141 na 100 tys. ludności), z czego 76% stanowili pacjenci z rozpoznaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Osoby poniżej 18. r.ż. stanowiły 8,1% wszystkich pacjentów objętych rehabilitacją ambulatoryjną.

Warto wskazać, że zgodnie z danymi pozyskanymi w ramach Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) w roku 2025 na terenie województwa świętokrzyskiego zrealizowano łącznie 14 448 porad, wśród osób <18 r.ż., ukierunkowanych na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Spośród nich, 3 313 porad zostało zrealizowanych w poradniach wad postawy. Ponadto liczba porad ukierunkowanych na omawianą grupę

problemów zdrowotnych wynosiła odpowiednio 13 568 w roku 2024 (z czego 3 052 w poradniach wad postawy), 12 040 w 2023 r. (2 672 w poradniach wad postawy) oraz 10 301 w roku 2022 (2 500 w poradniach wad postawy). W MPZ na lata 2027-2031 jednym z wyzwań systemu opieki zdrowotnej w województwie świętokrzyskim pozostaje „zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: [...] wad postawy [...]. W dokumencie wskazano także, że jeden z najdłuższych średnich czasów oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa dotyczył poradni wad postawy (ok. 100 dni oczekiwania – średnia dla RP ogółem wynosiła 80 dni).

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „zmniejszenie nasilenia zaburzeń postawy ciała oraz poprawa parametrów funkcjonalnych, w tym zakresu ruchu, siły mięśniowej i równowagi, u co najmniej 30% uczestników Programu - dzieci i młodzieży szkół podstawowych zamieszkałych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski poprzez realizację w latach 2026-2029 kompleksowych działań diagnostycznych, rehabilitacyjnych i edukacyjnych, potwierdzone poprawą parametrów postawy ciała i funkcji układu ruchu względem stanu wyjściowego, ocenianą za pomocą badań kontrolnych i testów funkcjonalnych właściwych dla rozpoznanej wady postawy. Efekt programu uznaje się za osiągnięty w przypadku stwierdzenia poprawy w co najmniej 3 z 5 ocenianych parametrów funkcjonalnych i posturalnych”.

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 składa się z dwóch założeń, tj. zmniejszenia nasilenia zaburzeń postawy oraz poprawy parametrów funkcjonalnych z wyszczególnieniem zakresu ruchu, siły mięśniowej i równowagi. Pomimo wzajemnego powiązania obu założeń, odnoszą się one do różnych efektów zdrowotnych, których ocena opiera się na odrębnych wskaźnikach, co uzasadnia ich rozdzielenie na poziomie celów programu. Warto natomiast podkreślić, że prawidłowo zaplanowano ocenę wskazanych parametrów z wykorzystaniem odpowiednich narzędzi i skal pomiarowych. Jednocześnie w projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej, co należy uzupełnić.

W treści projektu wskazano również 3 cele szczegółowe:

- (1) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (tj. uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% w zakresie profilaktyki wad postawy oraz zapobiegania ich pogłębianiu się i wtórnym konsekwencjom zdrowotnym u co najmniej 60% dzieci uczestniczących w Programie, oceniane na podstawie porównania wyników testu wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem interwencji (pre-test) oraz po jej zakończeniu (post-test)”,
- (2) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (tj. uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% w zakresie profilaktyki wad postawy oraz zapobiegania ich pogłębianiu się u co najmniej 60% rodziców dzieci uczestniczących w Programie, oceniane na podstawie porównania wyników ankiety edukacyjnej przeprowadzonej przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test)”,
- (3) „utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (tj. uzyskanie co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% w zakresie wspierania prawidłowej postawy ciała uczniów, profilaktyki wad postawy oraz promowania aktywności fizycznej w środowisku szkolnym u co najmniej 60% nauczycieli uczestniczących w szkoleniach, oceniane na podstawie porównania wyników testu

wiedzy przeprowadzonego przed rozpoczęciem szkolenia (pre-test) oraz po jego zakończeniu (post-test), przy objęciu szkoleniami co najmniej 20 nauczycieli rocznie”.

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.

Wszystkie przedstawione cele szczegółowe odnoszą się do podniesienia lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy wśród uczestników programu. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów oraz załączono przykładowe testy, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy jednak zaznaczyć, że podobnie jak przy celu głównym, **nie przedstawiono uzasadnienia dla podanych wartości docelowych w celach szczegółowych.**

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 uczestników Programu, u których stwierdzono poprawę parametrów postawy ciała lub funkcji układu ruchu względem stanu wyjściowego, ocenianą za pomocą badań kontrolnych i standaryzowanych testów funkcjonalnych właściwych dla rodzaju rozpoznanej wady postawy ($\geq 30\%$)”,
- (2) „odsetek dzieci, u których w post-teście utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy oraz zapobiegania ich pogłębianiu się i wtórnym konsekwencjom zdrowotnym, tj. uzyskano co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi, lub uzyskano wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem wyniku pre-testu, w stosunku do wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test i post-test ($\geq 60\%$)”,
- (3) „odsetek rodziców/opiekunów, u których w post-teście utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie profilaktyki wad postawy oraz zapobiegania ich pogłębianiu się, tj. uzyskano co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi, lub uzyskano wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem wyniku pre-testu, w stosunku do wszystkich rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test i post-test ($\geq 60\%$)”,
- (4) „odsetek nauczycieli, u których w post-teście utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie wspierania prawidłowej postawy ciała uczniów, profilaktyki wad postawy oraz promowania aktywności fizycznej w środowisku szkolnym, tj. uzyskano co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi, lub uzyskano wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem wyniku pre-testu, w stosunku do wszystkich nauczycieli uczestniczących w szkoleniach, którzy wypełnili pre-test i post-test ($\geq 60\%$), przy objęciu szkoleniami co najmniej 20 nauczycieli rocznie”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego, a co za tym idzie również zakłada pomiar dwóch oddzielnych „parametrów postawy ciała lub funkcji układu ruchu”, co uniemożliwia prawidłową i porównywalną ocenę wskazanych parametrów.

Mierniki nr 2, 3 i 4 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 1, 2 i 3 i zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Ostrowiec Świętokrzyski oraz uczęszczających do szkół podstawowych zlokalizowanych na jej obszarze, u których stwierdzono wadę postawy. Na podstawie danych pozyskanych ze szkół oraz dokumentacji medycznej oszacowano, że liczebność populacji docelowej programu wynosi 1 594 uczniów, co stanowi 37,1% ogółu populacji uczniów szkół podstawowych (4 297 osób). Jednocześnie z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, program zakłada objęcie świadczeniami ok. 50 uczniów rocznie. W ramach programu przewidziano również działania edukacyjne skierowane do ww. populacji oraz rodziców/opiekunów prawnych (ok. 150 osób ogółem) i nauczycieli (ok. 60 osób ogółem).

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. niekorzystania w okresie ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub programów gminnych) z powodu tej samej choroby lub wady postawy).

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży, obejmującej wstępną i końcową wizytę fizjoterapeutyczną, indywidualną kinezyterapię oraz działania edukacyjne. Program zakłada także prowadzenie działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci/młodzieży zakwalifikowanej do programu oraz nauczycieli.

Wizyta fizjoterapeutyczna początkowa

Wstępna wizyta fizjoterapeutyczna będzie obejmowała kwalifikację uczestnika do programu, w ramach której przeprowadzony zostanie wywiad zdrowotny i funkcjonalny oraz ocena stanu zdrowia dziecka z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi rekomendowanych przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Na jej podstawie opracowany zostanie indywidualny plan interwencji, uwzględniający rodzaj, liczbę i częstotliwość świadczeń. Wskazano, że minimalny zakres ww. oceny obejmie ocenę postawy ciała, zakresu ruchu, siły i wytrzymałości mięśni posturalnych, równowagi, sprawności funkcjonalnej, ustawienia kończyn dolnych i stóp oraz dolegliwości bólowych. Projekt przewiduje również prowadzenie „Karty realizacji świadczeń i skuteczności Programu”, dokumentującej przebieg interwencji, postępy uczestnika oraz zalecenia terapeutyczne, stanowiącej podstawę monitorowania jakości i efektywności programu.

Kinezyterapia indywidualna

W treści projektu podkreślono, że zakres oraz rodzaj ćwiczeń zostanie dobrany indywidualnie do wieku dziecka, rodzaju i stopnia nasilenia zaburzeń postawy, wyników oceny funkcjonalnej oraz możliwości psychofizycznych uczestnika. Kinezyterapia realizowana będzie 2 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy. Czas trwania pojedynczej sesji ma wynieść 30 minut. Wśród możliwych zabiegów realizowanych w indywidualnym planie rehabilitacyjnym wskazano: ćwiczenia korekcji postawy ciała, ćwiczenia wzmacniające osłabione grupy mięśniowe, ćwiczenia rozciągające przykurczone struktury mięśniowo-powięziowe, ćwiczenia stabilizacji centralnej, ćwiczenia równoważne i koordynacyjne, naukę prawidłowych wzorców ruchowych, ćwiczenia oddechowe oraz kształtowanie nawyku prawidłowej postawy ciała w czynnościach dnia codziennego.

W opisie interwencji wskazano, że w ramach kinezyterapii indywidualnej fizjoterapeuta będzie prowadził instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych oraz monitorował ich poprawność. Rodzice/opiekunowie prawni otrzymają zalecenia dotyczące kontynuacji ćwiczeń, ergonomii codziennego funkcjonowania dziecka oraz utrwalania efektów

terapii. Podkreślono również, że kinezyterapia będzie realizowana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i standardami praktyki fizjoterapeutycznej, jednak nie wskazano źródeł przywołanych wytycznych i zaleceń.

Odnalezione wytyczne wskazują na zasadność stosowania kinezyterapii u dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy. Interwencje te powinny być realizowane w warunkach ambulatoryjnych przez odpowiednio wykwalifikowany i przeszkolony personel (SOSORT 2014). Podkreśla się również, że rehabilitacja powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, co zostało uwzględnione w projekcie programu (SOSORT 2024). Dodatkowo w wytycznych wskazuje się, że dzieci i młodzież mogą aktywnie uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym. Jednocześnie wskazano, że w przypadku wątpliwości dotyczących wpływu aktywności fizycznej na stan zdrowia dziecka z wadą postawy zaleca się przeprowadzenie konsultacji lekarsko-fizjoterapeutycznej w celu określenia ewentualnych przeciwwskazań do wykonywania określonych form aktywności ruchowej (SOSORT 2024, SRS/AAOS/POSNA/AAP 2015, SOSORT 2014, SOSORT 2011, MZ 2009).

Należy podkreślić, że wszystkie zaplanowane interwencje kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Edukacja zdrowotna dzieci

Działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży realizowane będą w ramach jednego spotkania grupowego (liczącego maksymalnie 20 uczniów), trwającego ok. 45 min. Działanie te będą także podejmowane w ramach realizacji kinezyterapii indywidualnej. Zgodnie z treścią programu, tematyka warsztatów edukacyjnych obejmie: rozpoznawanie prawidłowej i nieprawidłowej postawy ciała, zasady ergonomii szkolnej i domowej, znaczenie codziennej aktywności fizycznej i unikania długotrwałego bezruchu, naukę podstawowych ćwiczeń wzmacniających, rozciągających, równoważnych i stabilizacyjnych, zasady prawidłowego noszenia plecaka, kształtowanie zdrowych nawyków dnia codziennego, proste techniki radzenia sobie z bólem i napięciem oraz budowanie motywacji i odpowiedzialności za własną postawę.

W ramach spotkania przeprowadzona zostanie ocena poziomu wiedzy uczestników przy użyciu pre- i post-testu. Do projektu załączono przykładowy test, co do którego nie ma uwag.

Odnalezione rekomendacje oraz eksperci kliniczni wskazują na zasadność realizacji działań informacyjno-edukacyjnych jako elementu profilaktyki i leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży. Ich celem powinno być promowanie codziennej aktywności fizycznej oraz nauka samodzielnego wykonywania ćwiczeń (SOSORT 2024, MZ 2009).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów

Podobnie jak w przypadku interwencji edukacyjnej dla dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów realizowana będzie w ramach jednego 45-minutowego spotkania grupowego, składającego się z maksymalnie 20 osób. Działania te będą obejmować następujące zagadnienia: profilaktyka wad postawy w środowisku domowym (czynniki ryzyka, rola aktywności fizycznej, snu, masy ciała i ergonomii), zasady ergonomii w domu, sposoby wspierania dziecka w terapii (motywowanie, kontrola poprawności ćwiczeń, organizacja bezpiecznej przestrzeni do ćwiczeń), instruktaż wykonywania ćwiczeń domowych zaleconych przez fizjoterapeutę oraz najczęstsze błędy, zasady prawidłowego doboru i noszenia plecaka oraz obuwia, rozpoznawanie objawów alarmowych wymagających konsultacji specjalistycznej, a także rola rodzica w utrwalaniu prawidłowych nawyków posturalnych i współpracy z fizjoterapeutą.

Zaplanowano ocenę poziomu wiedzy przed i po zakończeniu działań. Do projektu załączono przykładowy pre/post-test, który nie wzbudza zastrzeżeń.

Część rekomendacji wskazuje także na zasadność realizacji działań edukacyjnych wśród rodziców i/lub opiekunów prawnych dzieci. Edukacja ta powinna mieć na celu utrwalanie u dzieci dobrych nawyków oraz zachęcenie ich do regularnej aktywności fizycznej (SOSORT 2014).

Szkolenie nauczycieli - profilaktyka wad postawy

W trakcie 90-minutowego spotkania grupowego (liczącego maksymalnie 20 nauczycieli), omówione zostaną następujące zagadnienia: rozpoznawanie podstawowych objawów wad postawy, zasady obserwacji uczniów w klasie i podczas zajęć WF, ergonomia szkolna (prawidłowe ustawienie ławek i krzeseł, kontrola pozycji siedzącej, organizacja przestrzeni sprzyjającej zdrowej postawie), wprowadzanie aktywnych przerw i krótkich ćwiczeń śródlekcyjnych, zasady wspierania uczniów z wadami postawy, w tym modyfikowanie aktywności na WF i unikanie przeciążeń, zasady komunikacji z rodzicami i fizjoterapeutą oraz wspieranie procesu terapeutycznego w warunkach szkolnych, promocja zdrowia i kształtowanie prawidłowych nawyków posturalnych oraz zasady bezpiecznego korzystania z plecaków sprzętu sportowego i pomocy szkolnych.

W celu określenia skuteczności działań edukacyjnych zostanie także przeprowadzona ocena poziomu wiedzy. Wzór testu dołączony do projektu nie wzbudza zastrzeżeń.

W rekomendacjach oraz opiniach ekspertów podkreślono także potrzebę realizacji działań edukacyjnych wśród nauczycieli i wychowawców, obejmujących zagadnienia związane z wadami postawy u dzieci i młodzieży, właściwym poziomem aktywności fizycznej oraz metodami wspierania uczestnictwa uczniów w pozalekcyjnych formach aktywności ruchowej (MZ 2009).

Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa

Końcowa wizyta fizjoterapeutyczna przeprowadzona zostanie w ostatnim dniu udziału dziecka w programie. Podczas wizyty przewidziano ponowną ocenę postawy i funkcji dziecka z wykorzystaniem tych samych lub porównywalnych narzędzi diagnostycznych co podczas wizyty początkowej. Ocenie podlegać będą m.in. postawa ciała, zakres ruchu, siła i wytrzymałość mięśni posturalnych oraz równowaga, a wyniki zostaną porównane z pomiarami początkowymi. Dodatkowo oceniona zostanie realizacja indywidualnego planu interwencji i osiągnięcie celów terapeutycznych. Na zakończenie uczestnik oraz jego rodzice/opiekunowie otrzymają zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym ewentualnej diagnostyki lub rehabilitacji.

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 przeprowadzona zostanie na podstawie następujących wskaźników:

- (1) „liczba osób zakwalifikowanych do Programu”,
- (2) „liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w rehabilitacji”,
- (3) „liczba dzieci i młodzieży, które ukończyły pełny cykl Programu”,
- (4) „liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w edukacji zdrowotnej”,
- (5) „liczba rodziców uczestniczących w edukacji zdrowotnej”,
- (6) „liczba nauczycieli uczestniczących w edukacji zdrowotnej”,
- (7) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na poszczególnych etapach oraz analiza przyczyn rezygnacji”,

- (8) „liczba osób, które nie zostały objęte interwencjami Programu z podaniem przyczyn (np. powody zdrowotne lub niespełnienie kryteriów włączenia)”,
- (9) „liczba zdarzeń niepożądanych - analizowane indywidualnie”,
- (10) „liczba wdrożonych procedur reagowania (zgłoszenie, ocena, działania korygujące)”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiet satysfakcji oraz uwag uczestników dotyczących realizacji programu. Do projektu załączono wzory ww. ankiet, opracowanych dla poszczególnych grup, które nie wzbudziły zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności. Warto zaznaczyć, że mierniki nr 2-4 odnoszące się do celów szczegółowych zostały sformułowane prawidłowo.

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera szczegółowy opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. W projekcie przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie zaznaczono, że realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

W budżecie szczegółowo przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania, które nie budzą zastrzeżeń. Wskazano także, że monitorowanie i ewaluacja będą realizowane bezkosztowo (w ramach obowiązków służbowych pracownika gminy). Zaznaczono także, że dopuszcza się możliwość ubiegania o środki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Koszt całkowity programu oszacowano na 480 600 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Ostrowiec Świętokrzyski.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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 młodszym wieku szkolnym, występuje pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka. Związany jest on ze zmianą trybu życia oraz przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej, której często towarzyszą niewłaściwe warunki. Dlatego też początek nauki w szkole powoduje zwykle pogorszenie postawy. Jednocześnie okres ten charakteryzuje się wysoce biologiczną potrzebą ruchu, która umiejętnie pokierowana – może być najważniejszym czynnikiem rozwoju organizmu.

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.

Interwencje fizykoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 265 z późn. zm.).

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Rekomendacje wskazują na zasadność wdrażania interwencji fizjoterapeutycznych (kinezyterapii) u dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy. Podkreśla się, że świadczenia powinny być realizowane w warunkach ambulatoryjnych przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, a zakres i przebieg terapii powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta (SOSORT 2014, SOSORT 2024).
- Wytyczne podkreślają znaczenie utrzymywania regularnej aktywności fizycznej przez dzieci i młodzież z wadami postawy. Wskazuje się, że mogą one uczestniczyć zarówno w sporcie wyczynowym, jak i rekreacyjnym, natomiast w przypadku wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa określonych form aktywności zaleca się przeprowadzenie konsultacji lekarsko-fizjoterapeutycznej w celu identyfikacji ewentualnych przeciwwskazań (SOSORT 2024, SRS/AAOS/POSNA/AAP 2015, SOSORT 2014, SOSORT 2011, MZ 2009).
- Zgodnie z rekomendacjami działania informacyjno-edukacyjne stanowią istotny element profilaktyki i leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży. Powinny one promować regularną aktywność fizyczną oraz wspierać nabywanie umiejętności samodzielnego wykonywania ćwiczeń (SOSORT 2024, MZ 2009).
- Warto podkreślić, że rekomendacje zwracają szczególną uwagę na znaczenie edukacji zarówno dzieci, jak i ich rodziców lub opiekunów prawnych. Wskazuje się, że zwiększenie wiedzy na temat charakteru schorzenia, jego przebiegu oraz potencjalnych konsekwencji braku leczenia może przyczynić się do wzrostu motywacji do uczestnictwa w terapii i wykonywania zaleconych ćwiczeń. W uzasadnionych przypadkach zaleca się również rozważenie objęcia pacjenta wsparciem psychologicznym lub psychoterapeutycznym (SOSORT 2016).
- W rekomendacjach podkreślono również potrzebę realizacji działań edukacyjnych skierowanych do nauczycieli i wychowawców. Powinny one obejmować zagadnienia związane z wadami postawy u dzieci i młodzieży, zasadami podejmowania aktywności fizycznej przez dzieci dotknięte tym problemem oraz metodami wspierania ich uczestnictwa w pozalekcyjnych formach aktywności ruchowej (MZ 2009).
- 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).

- W roku 2014 w oparciu o wytyczne SOSORT 2011 opublikowane zostały polskie wytyczne w zakresie leczenia zachowawczego, ze szczególnym uwzględnieniem roli fizjoterapii. W dokumencie podkreślono, że wybór strategii terapeutycznej powinien opierać się zarówno na zasadach medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM), jak i na preferencjach pacjenta oraz jego opiekunów, z uwzględnieniem doświadczenia klinicysty w stosowaniu danego modelu postępowania.

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- Na podstawie metaanalizy Leite 2023, wykazano, że realizacja w ramach rehabilitacji aktywności fizycznej, przez dzieci i młodzież cierpiących z powodu zaburzeń funkcjonalności układu mięśniowo szkieletowego, może wpłynąć na obniżenie intensywności odczuwanego przez nie bólu – SMD=-0,45 [95%CI: (-0,82; -0,08)]. Dodatkowo aktywność fizyczna u tych dzieci może także odgrywać istotną statystycznie rolę w obniżaniu odczuwanego przez nie stopnia niepełnosprawności – MD=-0,27 [95%CI: (-0,51; -0,02)].
- W przeglądzie systematycznym i metaanalizie Fisher 2022 wykazano, że fizjoterapia i inne przeanalizowane formy leczenia mogą zmniejszać intensywność bólu w różnych przewlekłych stanach bólowych u dzieci, przy czym najbardziej wiarygodne dowody dotyczą terapii psychologicznych. Stwierdzono, że fizjoterapia wiązała się z redukcją bólu, ale zidentyfikowane dowody nie pozwalają na połączenie wyników w postaci metaanalizy. Fizjoterapia wykazała umiarkowaną poprawę w zakresie poziomu niepełnosprawności funkcjonalnej po leczeniu, ale brak jest pewności co do wiarygodności tego efektu. Zgłoszono bardzo niewiele zdarzeń niepożądanych związanych z fizjoterapią (bardzo niska pewność dowodów) i nie stwierdzono różnic między grupami leczonymi i kontrolnymi.
- Autorzy przeglądu systematycznego Negrini 2008 stwierdzili, że ćwiczenia prowadzone metodą Schroth, Lyon i SEAS są skuteczne w redukowaniu wskaźnika progresji skoliozy. Dodatkowo stwierdzono, że ćwiczenia prowadzone ww. metodami są skuteczne w redukowaniu stosowania gorsetowania pacjentów. Wskazano także, że ćwiczenia fizyczne mogą być zalecane w celu zmniejszenia progresji skoliozy. Nie jest jednak możliwe dokładne określenie szczegółowego planu ćwiczeń z ich podziałem z uwagi na fakt, że plan ćwiczeń powinien być dopasowany indywidualnie do pacjenta.

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).

W opiniach podkreślono, że 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.

Jak wskazują eksperci, postępowanie terapeutyczne musi być indywidualnie dostosowane do dziecka. Nie zaleca się realizacji grupowych zajęć korekcyjnych. Podkreślono, że skuteczność zajęć korekcyjnych musi być systematycznie weryfikowana za pomocą badań diagnostycznych prowadzonych według tych samych standardów co badania wstępne.

Kluczowym elementem w profilaktyce wad postawy są działania 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.

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.451.56.2026 „Program polityki zdrowotnej Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w zakresie rehabilitacji wad postawy u dzieci i młodzieży szkół podstawowych na lata 2026-2029”; data ukończenia: wrzesień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 131/2026 z dnia 14 września 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej Gminy Ostrowiec Świętokrzyski w zakresie rehabilitacji wad postawy u dzieci i młodzieży szkół podstawowych na lata 2026-2029”.