



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 74/2026 z dnia 23 września 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program edukacji zdrowotnej dotyczący wydolności i sprawności
fizycznej jako czynników ryzyka powstawania wad postawy, wśród
dzieci i młodzieży województwa opolskiego w latach 2027-2029”**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program edukacji zdrowotnej dotyczący wydolności i sprawności fizycznej jako czynników ryzyka powstawania wad postawy, wśród dzieci i młodzieży województwa opolskiego w latach 2027-2029”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej (PPZ) obejmuje problematykę wad postawy u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem roli sprawności i wydolności fizycznej jako czynników związanych z występowaniem tych zaburzeń.

Projekt zakłada realizację działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, a także szkoleń dla fizjoterapeutów. Ponadto program przewiduje ocenę funkcjonalną narządu ruchu i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży oraz organizację otwartych imprez edukacyjno-ruchowych dla mieszkańców województwa opolskiego.

Warto podkreślić, że Agencja opiniowała już projekt PPZ o zbliżonej tematyce, przesłany przez Województwo Opolskie, tj. „Program edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki skoliozy wśród uczniów klas IV i VI z terenu województwa opolskiego na lata 2026-2028”. Ww. projekt uzyskał negatywną opinię Prezesa Agencji (nr 23/2026 z dnia 8 kwietnia 2026 r.). Należy jednak wskazać, że pomimo uwzględnienia większości uwag zawartych w opinii nr 23/2026, aktualnie opiniowany projekt **nadal przewiduje realizację interwencji o charakterze przesiewowym, co podobnie jak w poprzedniej opinii – stanowi główną przesłankę wydania negatywnej opinii.**

Należy podkreślić, że zaplanowane w projekcie badania jedynie częściowo znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych. Część towarzystw naukowych przedstawia negatywne rekomendacje dotyczące przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad postawy. Wytyczne kliniczne 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 PPZ 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.

Warto jednak zaznaczyć, że świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) 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. Natomiast działania edukacyjne skierowane do uczestników oraz ogółu społeczeństwa stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Należy również wskazać, że obecnie oceniany projekt PPZ zawiera inne uchybienia, w szczególności dotyczące:

- braku określenia kryteriów kwalifikacji do działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych,
- wykorzystania systemu DIERS, którego zastosowanie jedynie częściowo znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych i dowodach naukowych,
- istnienia rozbieżności w zakresie wysokości kosztów pośrednich.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Województwo Opolskie, zakładający prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat oraz ich rodziców/opiekunów prawnych, szkoleń dla fizjoterapeutów, oceny funkcjonalnej narządu ruchu wraz z oceną wydolności fizycznej, a także organizację wydarzeń edukacyjno-ruchowych promujących aktywny styl życia. Realizację programu przewidziano na lata 2027-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 16 446 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków EFS+ w ramach Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy problematyki wydolności i sprawności fizycznej jako czynników związanych z występowaniem wad postawy u dzieci i młodzieży. Wskazano, że prawidłowa postawa ciała, odpowiedni poziom aktywności fizycznej oraz właściwy rozwój motoryczny mają istotne znaczenie dla zdrowia i prawidłowego rozwoju dzieci. Podkreślono także, że wady postawy, w tym nieprawidłowości dotyczące kręgosłupa, kończyn dolnych oraz stóp, stanowią częsty problem zdrowotny w populacji wieku rozwojowego. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono również dane dotyczące częstości występowania wad postawy oraz poziomu aktywności fizycznej dzieci i młodzieży, które podkreślają jej znaczenie w profilaktyce zaburzeń postawy oraz wskazują na negatywne konsekwencje siedzącego trybu życia i niewystarczającego poziomu aktywności fizycznej, uzasadniając tym samym potrzebę realizacji działań edukacyjnych i profilaktycznych.

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

Na podstawie badań populacyjnych wskazano, że na świecie 40-70% dzieci w wieku szkolnym prezentuje co najmniej jedną nieprawidłowość posturalną, a zaburzenia takie jak nadmierna koślawość kolan czy płaskostopie występują u 40-60% najmłodszych. W projekcie wskazano także, że częstość występowania wad postawy w Polsce wynosi od 30% do 60%, a według danych Instytutu Matki i Dziecka może dotyczyć nawet 90% dzieci. Przywołano również dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), zgodnie z którymi zniekształcenia kręgosłupa rozpoznano u 17,14% osób w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% dzieci w wieku 2-9 lat. W województwie opolskim, pomimo braku aktualnych badań

epidemiologicznych, na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oszacowano częstość występowania skoliozy u dzieci na 1,7%.

Podkreślono także, że w województwie opolskim w ostatnich latach nie prowadzono badań dotyczących wydolności fizycznej oraz funkcjonalnej oceny narządu ruchu dzieci i młodzieży. Jednocześnie przywołano wyniki badań epidemiologicznych z lat 2002-2005, według których wady postawy dotyczyły ok. 80% uczniów szkół podstawowych w Opolu, a także dane Opolskiego Oddziału NFZ z lat 2022-2024 wskazujące, że najczęstszym rozpoznaniem wśród dzieci w wieku 7-14 lat leczonych z powodu wad postawy była skolioza (ICD-10: M41).

W odniesieniu do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), na podstawie Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) przedstawiono jedynie dane demograficzne dotyczące liczby mieszkańców województwa opolskiego w wieku 10-14 lat (46 219 osób).

Warto zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi danymi zawartymi w MPZ na lata 2022-2026 – w przypadku województwa opolskiego najczęstszymi rozpoznaniem u pacjentów korzystających z rehabilitacji medycznej są choroby układu mięśniowo-szkieletowego oraz choroby układu nerwowego. W ramach wyzwań systemu opieki zdrowotnej wskazano także, że „niedostateczna liczba ośrodków z rehabilitacją stacjonarną przyczynia się do wydłużenia czasu oczekiwania pacjenta na świadczenia zdrowotne”. Z kolei rekomendowanym kierunkiem działań dla tego województwa jest „zminimalizowanie czasu oczekiwania na rehabilitację pacjentów poprzez zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji stacjonarnej”.

Natomiast w dostępnych MPZ na lata 2027-2031 wskazano, że „łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 8 340 pacjentów na 100 tys. ludności (o 10% mniej niż średnio w Polsce)”. Jako wyzwanie dla opieki zdrowotnej w tym kontekście wskazano „zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych”, natomiast rekomendowanym kierunkiem działań pozostaje „zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej.”

Warto zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi danymi przedstawionymi w BASiW, w województwie opolskim odnotowano wzrost liczby porad ambulatoryjnych udzielonych osobom poniżej 18. roku życia z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, z 5 694 w 2018 r. do 6 201 w 2025 r. Wśród najczęściej rozpoznawanych problemów zdrowotnych w 2025 r. znajdowały się boczne skrzywienie kręgosłupa (ICD-10: M41; 1 213 porad), inne nabyte zniekształcenia kończyn (ICD-10: M21; 1 042 porady) oraz choroby tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem (ICD-10: M70; 666 porad). Ponadto w poradniach wad postawy udzielono 62 porady osobom poniżej 18 r.ż.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie dysfunkcji narządu ruchu oraz znaczenia profilaktyki, aktywności ruchowej i zdrowego trybu życia u co najmniej 80% uczestników poprzez wdrożenie działań edukacyjnych wśród dzieci i młodzieży z terenu województwa opolskiego w latach 2027-2029”.

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 prawidłowo i wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu oraz załączono przykładowy test, które nie wzbudza zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Dla celu głównego zdefiniowano wysoki poziom wiedzy, wskazując na „minimum 85% poprawnych odpowiedzi”.

W treści projektu wskazano również 2 cele szczegółowe:

- (1) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie wad w postawie ich przyczyn powstawania, przebiegu i skutków oraz znaczenia profilaktyki i zdrowego trybu życia u co najmniej 80% rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w Programie”,
- (2) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 85% uczestników szkolenia dla fizjoterapeutów w zakresie profilaktyki wczesnej, polegającej na ocenie postawy ciała, funkcji narządu ruchu oraz wydolności fizycznej wśród dzieci i młodzieży”.

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.

Obydwa cele szczegółowe odnoszą się do uzyskania lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy wśród uczestników programu – rodziców/opiekunów prawnych dzieci (cel nr 1) oraz fizjoterapeutów (cel nr 2). Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi, którego pomiar zostanie przeprowadzony za pomocą pre- i post-testów. Do projektu załączono wzory ww. testów (oddzielnie dla obu grup), które nie budzą zastrzeżeń.

W projekcie przedstawiono uzasadnienie dla wszystkich przyjętych wartości docelowych, które także nie budzi zastrzeżeń.

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 u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie wad postawy, dysfunkcji narządu ruchu oraz znaczenia profilaktyki, aktywności ruchowej i zdrowego trybu życia, względem wszystkich dzieci uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”,
- (2) „odsetek rodziców/opiekunów prawnych uczestników Programu, u których w post teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie wad postawy, ich przyczyn powstawania, przebiegu i skutków oraz znaczenia profilaktyki i zdrowego trybu życia, względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test”,
- (3) „odsetek fizjoterapeutów objętych szkoleniem, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie oceny postawy ciała, funkcji narządu ruchu oraz wydolności fizycznej u dzieci i młodzieży, względem wszystkich fizjoterapeutów uczestniczących w szkoleniu, którzy uzupełnili pre-test”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu głównego.

Mierniki nr 2 i 3 odnoszą się odpowiednio do celów szczegółowych nr 1 i 2.

Mierniki zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Populacja docelowa

Program skierowany będzie do dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat, zamieszkujących na terenie województwa opolskiego, u których występuje niski poziom aktywności ruchowej lub których rodzice/opiekunowie prawni zauważyli niepokojące objawy w obrębie postawy ciała i funkcjonowania narządu ruchu. Powołując się na dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazano, że populacja dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat zamieszkujących województwo liczyła 82 306 osób (stan na 31.12.2024 r.). **Należy zaznaczyć, że przedstawione informacje nie są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie internetowej GUS.** Wskazana w projekcie wartość odnosi się do populacji dzieci i młodzieży w wieku 7-15 lat, z pominięciem 16-latków. W efekcie liczba mieszkańców województwa opolskiego w wieku 7-16 wynosiła 91 182 osoby. **Należy skorygować informacje dotyczące liczebności populacji docelowej programu.** Działaniami edukacyjno-informacyjnymi oraz oceną funkcjonalną narządu ruchu i wydolności fizycznej planuje się objąć ok. 14 815 dzieci, co według założeń projektu ma stanowić ok. 18% populacji docelowej. **Jednakże, biorąc pod uwagę skorygowaną liczebność populacji docelowej, wskazana liczba uczestników powinna odpowiadać ok. 16% tej populacji (14 815/91 182).**

Działaniami edukacyjnymi zostanie objętych także ok. 14 815 rodziców/opiekunów prawnych. W ramach programu przewidziano również realizację szkoleń dla 120 fizjoterapeutów. Z kolei otwarte imprezy edukacyjno-ruchowe skierowane będą do dzieci, młodzieży i dorosłych mieszkańców województwa.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia odnoszące się do dzieci i młodzieży oraz fizjoterapeutów. **Należy jednak zaznaczyć, że nie określono kryteriów kwalifikacji do działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych, co należy uzupełnić.**

Interwencja

W programie zaplanowano realizację szkoleń dla fizjoterapeutów oraz działań edukacyjnych skierowanych do dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat i ich rodziców/opiekunów prawnych. Program zakłada przeprowadzenie oceny funkcjonalnej narządu ruchu i wydolności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. Przewidziano także organizację otwartych imprez edukacyjno-ruchowych dla mieszkańców województwa opolskiego.

Warto zaznaczyć, że świadczenia gwarantowane z zakresu POZ 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. Natomiast działania edukacyjne skierowane do uczestników oraz ogółu społeczeństwa stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Szkolenia dla fizjoterapeutów

Cykl obejmie dwa dni szkoleniowe po 10 godzin dydaktycznych każdy. W ramach szkolenia zostaną omówione takie zagadnienia jak: prawidłowa ocena postawy ciała, funkcji narządu ruchu i wydolności fizycznej, najczęściej występujące problemy zdrowotne u dzieci i młodzieży oraz aktualne standardy diagnostyczne (z uwzględnieniem części praktycznej). W trakcie szkolenia fizjoterapeuci będą również przeprowadzać ocenę z wykorzystaniem „Formularza Oceny”, który następnie będzie stosowany podczas oceny funkcjonalnej narządu ruchu i wydolności fizycznej dzieci uczestniczących w programie.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, skuteczność programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wymaga udziału odpowiednio przeszkolonego personelu, zdolnego do prawidłowego wykonania testu Adamsa oraz pomiarów skoliometrem. Rekomendacje podkreślają również znaczenie edukacji personelu w celu ograniczenia liczby nieuzasadnionych skierowań na dalszą diagnostykę, w tym badania RTG kręgosłupa. W przypadkach wymagających diagnostyki radiologicznej zaleca się stosowanie zasady ALARA

(As Low As Reasonably Achievable), mającej na celu minimalizację ekspozycji pacjentów na promieniowanie (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

Szczegółowe rekomendacje oraz wnioski z odnalezionych dowodów naukowych przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Działania edukacyjne dla dzieci i ich rodziców/opiekunów prawnych

Działania edukacyjne będą realizowane w gabinetach fizjoterapeutycznych w formie indywidualnych spotkań dziecka oraz jego rodzica/opiekuna prawnego z fizjoterapeutą. Tematyka spotkań będzie obejmować m.in. zasady utrzymywania prawidłowej postawy ciała, wczesne objawy nieprawidłowości postawy, rozwój i konsekwencje wad postawy, znaczenie regularnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie prawidłowych nawyków związanych z aktywnością ruchową i sposobem żywienia. Zaplanowano również instruktaż dotyczący zasad ergonomii w środowisku domowym i szkolnym, prawidłowego pakowania oraz noszenia plecaka, a także promowanie uczestnictwa w różnych formach aktywności fizycznej. Po zakończeniu spotkania uczestnik otrzyma broszurę edukacyjną.

Dodatkowo rodzicom/opiekunom prawnym zostaną udostępnione materiały edukacyjne w formie online, obejmujące zagadnienia związane z wczesnym rozpoznawaniem wad postawy, sposobami ich zapobiegania, znaczeniem aktywności fizycznej oraz zasadami prawidłowej ergonomii w codziennym funkcjonowaniu dziecka. Wskazano, że ww. materiały będą również dostępne na stronach internetowych i w mediach społecznościowych realizatorów programu.

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

Warto wskazać, że odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na edukację dzieci i ich rodziców/opiekunów w profilaktyce i leczeniu wad postawy. Zwiększenie świadomości dotyczącej charakteru choroby, jej przebiegu oraz potencjalnych konsekwencji braku leczenia może sprzyjać poprawie motywacji do udziału w ćwiczeniach i przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W uzasadnionych przypadkach zaleca się także rozważenie wsparcia psychoterapeutycznego (SOSORT 2014).

Szczegółowe rekomendacje oraz wnioski z odnalezionych dowodów naukowych przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Ocena funkcjonalna narządu ruchu i wydolności fizycznej

Ocena funkcjonalna narządu ruchu oraz wydolności fizycznej będzie przeprowadzana przez fizjoterapeutów przeszkolonych w ramach programu, w wyznaczonych gabinetach fizjoterapeutycznych. Zakres oceny, realizowanej z wykorzystaniem „Formularza Oceny”, będzie obejmował m.in. oględziny i ocenę symetrii ustawienia głowy, barków, łopatek, talii, miednicy oraz kończyn dolnych, a także pomiary długości kończyn oraz ocenę stóp i stawów kolanowych. Program zakłada także przeprowadzenie testów funkcjonalnych, wytrzymałościowych i wydolnościowych, w tym m.in. testów Adamsa, Degi, Thomasa, Patricka, Schobera, Otta, Matthiasa, Seyfrieda i Krausa-Webera oraz próby Ruffiera. Po zakończeniu oceny fizjoterapeuta przedstawi rodzicowi/opiekunowi prawnemu wyniki dotyczące postawy ciała dziecka, funkcjonowania narządu ruchu oraz poziomu wydolności fizycznej ocenionego na podstawie przeprowadzonych testów. Przekazane zostaną również informacje dotyczące zalecanego dalszego postępowania, a także wskazania i ewentualne przeciwwskazania do podejmowania aktywności fizycznej.

Warto podkreślić, iż zaplanowana ocena funkcjonalna narządu ruchu i wydolności fizycznej, obejmująca m.in. oględziny postawy ciała, ocenę symetrii oraz wykonanie testów diagnostycznych stosowanych w wykrywaniu zaburzeń postawy (w tym testu Adamsa), **ma charakter działań przesiewowych w kierunku wad postawy**. Należy również wskazać, że zaplanowana ww. ocena u dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat **jedynie częściowo znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych**. Część towarzystw naukowych przedstawia

negatywne rekomendacje dotyczące przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad postawy (USPSTF 2025, AAFP 2025, UK NSC 2021).

Szczegółowe rekomendacje oraz wnioski z odnalezionych dowodów naukowych przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Imprezy edukacyjno-ruchowe promujące aktywne spędzanie wolnego czasu

W ramach projektu zaplanowano organizację ok. 12 otwartych imprez edukacyjno-ruchowych w latach 2027-2029, co odpowiada średnio czterem wydarzeniom rocznie. Wydarzenia mają odbywać się na terenie powiatów województwa opolskiego oraz Miasta Opola i będą adresowane do dzieci, młodzieży i dorosłych mieszkańców województwa. Ich celem będzie upowszechnianie zachowań prozdrowotnych poprzez promowanie aktywnego stylu życia oraz zachęcanie uczestników do podejmowania zróżnicowanych form aktywności fizycznej. W ramach imprez przewidziano konsultacje dietetyczne i fizjoterapeutyczne, obejmujące odpowiednio poradnictwo w zakresie zdrowego żywienia, ocenę BMI oraz analizę składu produktów spożywczych według skali Nutri-Score, a także ocenę postawy ciała, stóp, funkcjonowania narządu ruchu i wydolności fizycznej uczestników. Ponadto zaplanowano pokazy kulinarne, konsultacje specjalistyczne dotyczące znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia, zajęcia z trenerami oraz różne formy aktywności ruchowej, w tym gry, zabawy i treningi.

Program przewiduje również ocenę postawy ciała metodą fotorejestracji z wykorzystaniem urządzeń DIERS, które zostaną zakupione na potrzeby realizacji działań programowych, a po ich zakończeniu będą wykorzystywane w placówkach jako narzędzia diagnostyczne. Należy jednak zwrócić uwagę, że planowane w programie **wykorzystanie systemu DIERS znajduje jedynie częściowe odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych oraz dowodach naukowych**. Rasterstereografia może być stosowana jako metoda uzupełniająca badanie kliniczne lub narzędzie służące monitorowaniu pacjentów z rozpoznaną skoliozą, nie stanowi natomiast alternatywy dla diagnostyki radiologicznej ani samodzielnej metody przesiewowej (AWMF 2023, KRKFIS PAN 2024, Bassani 2019, Ślęzak 2026).

Ponadto uczestnicy, którzy wykonają określone zadania i uzyskają wymagane potwierdzenia w karcie uczestnika, będą mogli wziąć udział w losowaniu nagród, obejmujących m.in. rowery, smartwatche, plecaki sportowe oraz sprzęt przeznaczony do gier i aktywności ruchowych.

Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT 2016) wskazuje na zasadność prowadzenia aktywności fizycznej u dzieci ze skoliozą, podkreślając jednocześnie konieczność indywidualnego doboru ćwiczeń. Ćwiczenia grupowe są dopuszczalne, o ile zapewniają indywidualizację postępowania.

Szczegółowe rekomendacje oraz wnioski z odnalezionych dowodów naukowych przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

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, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego”,
- (2) „liczba personelu medycznego, która ukończyła szkolenia”,
- (3) „liczba osób, które zgłosiły się do udziału w Programie”,

- (4) „liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”,
- (5) „liczba osób-dzieci, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych”,
- (6) „liczba osób-rodziców/opiekunów prawnych, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych”,
- (7) „liczba wysłanych maili do rodziców/opiekunów prawnych z filmami edukacyjnymi”,
- (8) „liczba wykonanych ocen funkcjonalnych narządu ruchu i wydolności fizycznej”,
- (9) „liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie realizacji”,
- (10) „liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”,
- (11) „liczba oddanych kuponów biorących udział w loterii z podziałem na poszczególne imprezy”,
- (12) „liczba osób, które ukończyły Program”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiet satysfakcji. 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, które 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 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 przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego trwania. Budżet zawiera także koszty monitorowania i ewaluacji PPZ. **Należy jednak zwrócić uwagę, że istnieje rozbieżność w zakresie wysokości kosztów pośrednich.** Biorąc pod uwagę wytyczne dotyczące kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, koszty pośrednie projektu realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) powinny wynosić 10% kosztów bezpośrednich. W projekcie koszty pośrednie oszacowano na 1 661 700 zł, co stanowi ok. 11,2% kosztów bezpośrednich (14 784 300 zł). Kwestia ta wymaga doprecyzowania. Wskazane byłoby także przedstawienie uzasadnienia lub źródeł oszacowania przyjętych kosztów jednostkowych.

Koszt całkowity programu oszacowano na 16 446 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków EFS+ w ramach Programu Regionalnego „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”.

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

- *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2025)* stwierdza, że obecne dowody naukowe nie są wystarczające do oceny bilansu korzyści i szkód związanych z przesiewem w kierunku wykrycia skoliozy młodzieńczej u dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 18 lat. Poparcie dla ww. stanowiska wyraziło również *American Academy of Family Physicians (AAFP 2025)*.
- Rekomendacje negatywne odnoszą się do prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej – stanowisko *UK National Screening Committee (UK NSC 2021)*. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie, gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystną). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X – przy czym ekspozycja na wskazane promieniowanie może być szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób z wykrytym schorzeniem w ramach przesiewu jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.
- Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują *American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS)*, *Scoliosis Research Society (SRS)*, *Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA)* oraz *American Academy of Pediatrics (AAP)*. Choć ww. organizacje zgodnie wskazują na ograniczenia związane z dowodami przemawiającymi za prowadzeniem badań przesiewowych w kierunku skoliozy idiopatycznej, podkreślają jednocześnie, że potencjalne korzyści wynikające z wczesnego wykrycia deformacji i wdrożenia odpowiedniego postępowania mogą mieć istotne znaczenie dla pacjentów (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- We wspólnym stanowisku AAOS, SRS, POSNA i AAP wskazano, że badania przesiewowe w kierunku skoliozy powinny być przeprowadzane u dziewcząt dwukrotnie, w wieku 10 i 12 lat, natomiast u chłopców jednokrotnie, w wieku 13 lub 14 lat. Zalecenie to wynika z wcześniejszego osiągnięcia dojrzałości płciowej przez dziewczęta oraz większej częstości występowania u nich skoliozy wymagającej leczenia (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).

- Zgodnie ze stanowiskiem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk (KRKFilS PAN, 2021) badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania skoliozy idiopatycznej są rekomendowane jako skuteczna metoda wczesnej diagnostyki tego schorzenia. Komitet zaleca wykonywanie testu Adamsa z pomiarem kąta rotacji tułowia skoliometrem u dziewcząt trzykrotnie w wieku około 10, 11 i 12 lat (z powtórzeniem co roku do wystąpienia pierwszej miesiączki w przypadku jej opóźnienia) oraz u chłopców dwukrotnie w wieku około 12 i 14 lat. Wskazuje również, że wynik pomiaru KRT równy lub wyższy niż 7° jest wskazaniem do dalszej diagnostyki specjalistycznej, wynik w granicach $4-6^\circ$ wymaga ponownej oceny po 3-6 miesiącach, natomiast wynik poniżej 4° – nie wymaga dodatkowej kontroli w krótkim odstępie czasu. Rekomendacje KRKFilS PAN podkreślają, że badania mogą być prowadzone wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje w diagnostyce narządu ruchu, a stosowane metody muszą być zweryfikowane i opisane w oficjalnych wytycznych.

Działania edukacyjne

- 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).
- Odnalezione rekomendacje kładą szczególny nacisk na edukację dzieci i ich rodziców/opiekunów w profilaktyce i leczeniu wad postawy. Zwiększenie świadomości dotyczącej charakteru choroby, jej przebiegu oraz potencjalnych konsekwencji braku leczenia może sprzyjać poprawie motywacji do udziału w ćwiczeniach i przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W uzasadnionych przypadkach zaleca się także rozważenie wsparcia psychoterapeutycznego (SOSORT 2014).
- Skuteczność programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wymaga udziału odpowiednio przeszkolonego personelu, zdolnego do prawidłowego wykonania testu Adamsa oraz pomiarów skoliometrem. Rekomendacje podkreślają również znaczenie edukacji personelu w celu ograniczenia liczby nieuzasadnionych skierowań na dalszą diagnostykę, w tym badania RTG kręgosłupa. W przypadkach wymagających diagnostyki radiologicznej zaleca się stosowanie zasady ALARA, mającej na celu minimalizację ekspozycji pacjentów na promieniowanie (AAOS/SRS/POSNA/AAP 2015).
- 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, MZ 2009).

Wykorzystanie rasterstereografii (DIERS)

- Zgodnie z niemieckimi wytycznymi dotyczącymi młodzieńczej skoliozy idiopatycznej rasterstereografia nie stanowi alternatywy dla badań radiologicznych, jednak może przyczyniać się do ograniczenia liczby wykonywanych zdjęć RTG w procesie monitorowania pacjentów z łagodnymi i umiarkowanymi skrzywieniami kręgosłupa. W przypadku zaobserwowania zwiększenia deformacji wskazane jest przeprowadzenie diagnostyki radiologicznej w celu precyzyjnego określenia stopnia skrzywienia, gdyż kwalifikacja do dalszego postępowania oraz wybór metody leczenia opierają się na wartości kąta Cobba wyznaczonej na podstawie obrazu radiologicznego (AWMF 2023).

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)].

- 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.
- 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.

Rasterstereografia (DIERS)

- W badaniu Ślęzak 2026 oceniono zgodność wyników badania klinicznego z wynikami uzyskanymi za pomocą systemu DIERS Formetric 4D Motion z modułem DIERS pedoscan. Badaniem zostało objętych 167 dzieci w wieku 6-14 lat. Najwyższą zgodność między metodami stwierdzono w przypadku wad postawy w płaszczyźnie strzałkowej – 95,81% ($\kappa=0,61$). Umiarkowaną zgodność wykazano w odniesieniu do pleców płaskich ($\kappa=0,41$) i płaskostopia ($\kappa=0,44$), natomiast słabą w przypadku prawidłowego wysklepienia stóp ($\kappa=0,39$), postawy skoliozycznej ($\kappa=0,04$) oraz skoliozy ($\kappa=0,05$). Po połączeniu postawy skoliozycznej i skoliozy w jedną kategorię współczynnik κ wzrósł do 0,24, a ogólna zgodność między metodami wyniosła 88,02%. Autorzy wskazali, że system DIERS może stanowić uzupełnienie badania klinicznego (Ślęzak 2026).
- W badaniu Bassani 2019 oceniono dokładność rasterstereografii wykonywanej z wykorzystaniem systemu Formetric 4D w porównaniu z badaniem radiologicznym u 192 pacjentów z młodzieńczą lub dziecięcą skoliozą idiopatyczną. Wartość kąta skrzywienia określona za pomocą rasterstereografii była średnio niższa niż wartość uzyskana w badaniu radiologicznym, odpowiednio o 15° i 33°, a średnia różnica między pomiarami wynosiła 18°. Współczynnik korelacji między wynikami obu metod wyniósł 0,55. W podgrupie 30 pacjentów objętych sześciomiesięczną obserwacją dokładność rasterstereografii w zakresie monitorowania progresji skrzywienia była niska. Zgodność między metodami w zakresie identyfikacji zwiększenia lub zmniejszenia kąta skrzywienia wynosiła 67%, przy czułości 64% i swoistości 69%. Autorzy wskazali, że rasterstereografia charakteryzuje się umiarkowaną dokładnością w określaniu stopnia skoliozy oraz niską dokładnością w monitorowaniu jej progresji, w związku z czym nie może być uznana za alternatywę dla oceny radiologicznej. Zaznaczono jednocześnie, że metoda może potencjalnie znaleźć zastosowanie we wczesnym przesiewie dużych populacji młodzieży, jednak wymaga to uprzedniego przeprowadzenia analizy kosztów i korzyści względem tradycyjnych metod, w tym testu Adamsa (Bassani 2019).

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.

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.

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 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.451.58.2026 „Program edukacji zdrowotnej dotyczący wydolności i sprawności fizycznej jako czynników ryzyka powstawania wad postawy, wśród dzieci i młodzieży województwa opolskiego w latach 2027-2029”; data ukończenia: wrzesień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 135/2026 z dnia 21 września 2026 roku o projekcie programu „Program edukacji zdrowotnej dotyczący wydolności i sprawności fizycznej jako czynników ryzyka powstawania wad postawy, wśród dzieci i młodzieży województwa opolskiego w latach 2027-2029”.