



Rada Przejrzystości
działająca przy
Prezisie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BP.401.31.2022.MKZ

Protokół nr 29/2022
z posiedzenia Rady Przejrzystości
w dniu 25 lipca 2022 roku
w formie wideokonferencji

Rafał Niżankowski otworzył posiedzenie o godzinie 10:01.

Członkowie Rady Przejrzystości (Rada) obecni przy rozpoczęciu posiedzenia (kworum 7 osób):

1. Dorota Kilańska
2. Marcin Lipowski
3. Adam Maciejczyk
4. Mirosław Markowski
5. Tomasz Młynarski
6. Rafał Niżankowski
7. Tomasz Pasierski
8. Tomasz Romańczyk
9. Piotr Szymański
10. Monika Urbaniak

Proponowany porządek obrad:

1. Ustalenie ewentualnych konfliktów interesów członków Rady. Omówienie i przyjęcie porządku obrad Rady.
2. Przygotowanie opinii w sprawie zasadności zmian w programie lekowym B.61 „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej (ICD-10: E 72.0)”.
3. Przygotowanie opinii o projektach programów polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego:
 - 1) „Program profilaktyki raka piersi – USG dla kobiet od 30 roku życia do 49 roku życia z terenu miasta Sieradza”,
 - 2) „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”.
4. Zakończenie posiedzenia.

Ad 1. Żaden z członków Rady nie zadeklarował konfliktu interesów.

Rada jednogłośnie (10 głosami „za”) przyjęła zaproponowany porządek obrad.

Ad 2. Analityk Agencji podsumował najważniejsze informacje o zmianach w programie lekowym dot. leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej, a propozycję opinii Rady przedstawił Mirosław Markowski.

W związku z brakiem dyskusji, Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła pozytywną opinię (załącznik nr 1 do protokołu).



Ad 3 1). Analityk Agencji zaprezentował założenia programu polityki zdrowotnej miasta Sieradz z zakresu profilaktyki raka piersi, a propozycję opinii Rady przedstawił Tomasz Pasierski.

W dyskusji uczestniczyli Rafał Niżankowski i Tomasz Pasierski.

W związku z brakiem innych głosów, Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła negatywną opinię (załącznik nr 2 do protokołu).

2) Analityk Agencji wskazał kluczowe elementy programu polityki zdrowotnej miasta Żyrardów z zakresu rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży, a propozycję opinii Rady przedstawiła Dorota Kilańska.

W dyskusji głos zabrali: Mirosław Markowski, Rafał Niżankowski, Dorota Kilańska, Tomasz Romańczyk,

W związku z brakiem innych głosów, Prowadzący zarządził głosowanie, w wyniku którego Rada jednogłośnie (10 głosów „za”) uchwaliła pozytywną opinię (załącznik nr 3 do protokołu).

Ad 4. Prowadzący zakończył posiedzenie o godzinie 10:52.



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości

nr 118/2022 z dnia 25 lipca 2022 roku

w sprawie zmian w programie lekowym B.61 „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej (ICD-10:E72.0)”

Rada Przejrzystości uważa za zasadne wprowadzenie zmian w dotychczasowym opisie programu lekowego B.61 „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej (ICD-10: E72.0)”.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, przekazane AOTMiT, dotyczy oceny zasadności wprowadzenia zmian w dotychczasowym opisie programu lekowego B.61 „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej (ICD-10: E 72.0)”:

- zmiany nazwy programu, pozwalającej na uwzględnienie w programie pacjentów z młodzieńczą postacią choroby (bez ograniczenia programu do wczesnodziecięcej postaci cystynozy nefropatycznej);
- obniżenia wymaganej wartości progowej dla poziomu hemicystyny w leukocytach z >2 na >1 nmol/mg białka w kryteriach kwalifikacyjnych;
- usunięcia z kryteriów kwalifikacji cech tubulopatii (tj. zespół Fanconi-de Toni-Debre) potwierdzającej rozpoznanie cystynozy nefropatycznej i w zamian dodanie nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);
- zmiany sformułowania z przekraczającej na przekraczając przy schemacie dawkowania leków w programie (zmiana ma charakter językowy);
- usunięcie konieczności oznaczania magnezu z badań przy kwalifikacji do programu i podczas monitorowania leczenia;
- usunięcie z badań przy kwalifikacji konsultacji psychologicznej i dermatologicznej;
- przy monitorowaniu leczenia - usunięcie zapisu ograniczającego konsultację okulistyczną do pacjentów leczonych cysteaminą jedynie w postaci doustnej;
- zmiany częstości wykonywania oznaczenia hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi z 1 raz na 90 dni na 1 raz na 180 dni przy monitorowaniu leczenia.



Charakterystyka produktu leczniczego Cystagon, finansowanego w ramach w/w programu lekowego, nie ogranicza leczenia cysteaminą wyłącznie do postaci wczesnodziecięcej cystynozy (co jest zgodne z proponowaną zmianą opisu programu), określa jako nieprawidłowe wartości stężenia cystyny w leukocytach krwi obwodowej powyżej 1 nmol hemicystyny/mg białka (co jest zgodne z proponowaną zmianą w opisie programu) i wskazuje na potrzebę monitorowania stężenia cystyny co 3-4 miesiące, a u pacjentów poddawanych dializie i po przeszczepieniu ściśle monitorowanie cystyny (co jest niezgodne z proponowaną zmianą w programie), wskazuje ponadto, że leczenie cysteaminą doustną nie zapobiega wytrącaniu się kryształów cystyny w strukturach gałki ocznej.

Dowody naukowe

W wyniku przeglądu systematycznego odnaleziono niskiej jakości dowody: publikację Higashi 2017 stanowiącą opis przypadku 12-letniego chłopca z młodzieńczą postacią cystynozy nefropatycznej oraz publikację Servais 2008 r. stanowiącą opis serii 14 przypadków pacjentów z młodzieńczą postacią cystynozy nefropatycznej. Brak nowych opublikowanych badań wysokiej jakości oceniających skuteczność i bezpieczeństwo cysteaminy w populacji pacjentów z młodzieńczą postacią cystynozy nefropatycznej. Z uwagi na bardzo rzadki charakter schorzenia, przeprowadzenie randomizowanych badań klinicznych odpowiednio licznej populacji jest utrudnione.

W publikacji Higashi 2017 siedem miesięcy po rozpoczęciu terapii cysteaminą odnotowano u pacjenta zmniejszoną zawartość wolnej cystyny (1,01 nmol połowicznej cystyny/mg białka przy celu terapeutycznym <1,0) w granulocytach po 6 godzinach od przyjęcia cysteaminy oraz wzrost eGFR (do 77,8 ml/min/1,73 m² z 66,8 ml/min/1,73 m²). Autorzy publikacji zaznaczają, że odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia cysteaminą zapobiega lub opóźnia progresję do schyłkowej niewydolności nerek i zapobiega rozwojowi powikłań pozanerkowych.

W publikacji Servais 2008 siedmiu z czternastu pacjentów poddano terapii cysteaminą, ale informację nt. skuteczności leczenia przedstawiono jedynie u jednego pacjenta, u którego odnotowano zmniejszenie zawartości cystyny w granulocytach z 2,5 do 0,12 nmol połowicznej cystyny/mg białka po wprowadzeniu doustnej terapii cysteaminą w dawce dziennej 1200 mg. Autorzy publikacji zaznaczają, że wczesne rozpoczęcie doustnej terapii cysteaminą spowalnia pogorszenie czynności nerek, a cysteamina może być użyteczna w zapobieganiu lub odwracaniu odkładania cystyny w innych narządach.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono również 4 rekomendacje kliniczne odnoszące się w części do zmian zaproponowanych

w programie lekowym: *Levtchenko 2022 (konsensus europejskich ekspertów), zalecenia ekspertów opublikowane w ramach konferencji Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO 2016), hiszpańską rekomendację Ariceta 2015 oraz międzynarodowy konsensus ekspertów z 2014 r. dotyczący diagnozy i leczenia cystynozy (Emma 2014).*

Wszystkie wytyczne odnoszą się ogólnie do pacjentów z cystynozą nefropatyczną bez różnicowania zaleceń co do typu choroby. Wytyczne wskazują, że cysteamina jest podstawą terapii cystynozy i opóźnia wystąpienie powikłań.

W dwóch rekomendacjach odniesiono się do wartości referencyjnych stężenia hemicystyny podczas diagnozy w leukocytach krwi obwodowej: Ariceta 2015 zgodnie z proponowaną zmianą w programie lekowym B.61 wskazuje na wartość >1 nmol cystyny/mg białka (zwykle >2 nmol), Emma 2014 wskazuje stężenie > 2 nmol cystyny/mg białka.

Wytyczne: Levtchenko 2022, KDIGO 2016, Ariceta 2015, Emma 2014 zgodnie podkreślają, że przy młodzieńczym typie cystynozy występuje raczej białkomoc niż zespół Fanconiego, co jest zgodne z proponowaną zmianą w PL.

Wytyczne Levtchenko 2022 zalecają coroczną kontrolę dermatologiczną u pacjentów z cystynozą, natomiast nie odnoszą się do potrzeby kontroli dermatologicznej przy kwalifikacji do leczenia cysteaminą.

Odnosnie zmiany zakładającej monitorowanie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej 1 raz na 180 dni, wytyczne KDIGO 2016 zalecają monitorowanie stężenia 3 do 4 razy w roku, wytyczne Ariceta 2015 zalecają monitorowanie co miesiąc po dostosowaniu dawki, co 6 miesięcy u stabilnych pacjentów i zwiększenie częstotliwości w przypadkach istotnych klinicznie (stan po przeszczepie nerki, podczas dializoterapii).

W wytycznych nie odnaleziono zaleceń dotyczących pozostałych proponowanych zmian w programie lekowym B.61: potrzeby konsultacji dermatologicznej przy kwalifikacji do leczenia, oznaczania magnezu przy kwalifikacji do leczenia i podczas monitorowania leczenia, potrzeby konsultacji okulistycznej u pacjentów leczonych cysteaminą doustną.

Eksperti kliniczni wystąpili z wnioskiem o przyjęcie zmian w ocenianym programie lekowym B.61.

Problem ekonomiczny

Proponowane zmiany w zapisach programu lekowego spowodują, w oparciu o dane ekspertów i NFZ, wzrost populacji pacjentów leczonych w programie o 2 pacjentów z młodzieńczą postacią choroby.

Wzrost wydatków płatnika publicznego w programie z tego tytułu oszacowano na ok. 78 tys. zł rocznie w wariancie prawdopodobnym i ok. 111 tys. zł rocznie w wariancie maksymalnym.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn zm.), z uwzględnieniem opracowania nr: OT.4220.21.2022 „Opracowanie dotyczące oceny zasadności wprowadzenia zmian w dotychczasowym opisie programu lekowego B.61: »Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej (ICD-10: E72.0)«”. Data ukończenia: 20 lipca 2022 r.



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**Opinia Rady Przejrzystości
nr 119/2022 z dnia 25 lipca 2022 roku
o projekcie programu „Program profilaktyki raka piersi –
USG dla kobiet od 30 roku życia do 49 roku życia z terenu miasta
Sieradza”**

Rada Przejrzystości negatywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki raka piersi – USG dla kobiet od 30 roku życia do 49 roku życia z terenu miasta Sieradza”.

Uzasadnienie

Rak piersi jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Badania przesiewowe raka piersi stanowią przedmiot wielu badań naukowych o dużej jakości oraz wytycznych.

Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka piersi z wykorzystaniem USG, wśród kobiet w żadnej grupie wiekowej, bez czynników ryzyka, nie znajduje odzwierciedlenia w rekomendacjach ani w dowodach naukowych. Badania te nie są realizowane na skalę masową w żadnym kraju.

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

Programem ma zostać objęte jedynie ok. 7% docelowej populacji.

Wobec negatywnej opinii Rady z 2013 r. i Prezesa Agencji, wnioskodawca nie przedstawił żadnych publikacji naukowych, potwierdzających skuteczność USG jako badania przesiewowego w populacji ogólnej dla wykrycia raka piersi.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.45.2022 „Program profilaktyki raka piersi – USG dla kobiet od 30 roku życia do 49 roku życia z terenu miasta Sieradza” realizowany przez: Miasto Sieradz, Warszawa, lipiec 2022 oraz Raportu nr OT.434.2.2021 „Profilaktyka raka piersi” z marca 2021 r.





Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości
nr 120/2022 z dnia 25 lipca 2022 roku
o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie
rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata
2023-2025”

Rada Przejrzystości pozytywnie opiniuje projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025”, pod warunkiem uwzględnienia uwag zawartych w raporcie AOTMiT i uwag Rady.

Uzasadnienie

W programie wskazano populację objętą interwencjami, podając kryteria kwalifikacji. Są to mieszkańcy miasta Żyrardów w wieku 7-17 lat z rozpoznaniem wady postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu w zakresie działań rehabilitacyjnych i edukacyjnych (ok. 270 osób, co stanowi ok. 12% populacji docelowej). Należy podkreślić, że w 2020 r. liczba pacjentów w wieku 0-17 lat, korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w woj. mazowieckim wynosiła 893/100 tys., natomiast w powiecie żyrardowskim, na terenie którego znajduje się miasto Żyrardów – 778/100 tys.

Dodatkowo interwencjami edukacyjnymi będą objęci również rodzice/opiekunowie prawni dzieci podczas 1 spotkania trwającego 45 minut, w grupach max. 20-osobowych.

Wyłączeniem z PPZ będzie korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ZUS, KRUS, PFRON lub Urząd Miasta Żyrardowa z powodu ww. problemów zdrowotnych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (oświadczenie rodzica uczestnika).

Cel zaplanowany w PPZ, to: zwiększenie jakości życia dzięki zmniejszeniu dolegliwości bólowych u co najmniej 80 dzieci i nastolatków z miasta Żyrardów, dotkniętych problemem wad postawy i/lub niepełnosprawnością narządu ruchu, poprzez kompleksowe działania edukacyjne i rehabilitacyjne prowadzone na terenie gminy w latach 2023-2025.

W projekcie nie wskazano opisu narzędzia lub skali, które zostanie wykorzystane do pomiaru tego parametru przed i po interwencji oraz nie wskazano uzasadnienia dla przyjętej wartości docelowej. Nie przedstawiono również



poprawnie sformułowanego miernika efektywności do celu głównego. Wskazano natomiast dwa cele szczegółowe i cztery mierniki efektywności.

Zaplanowane interwencje to: indywidualny plan rehabilitacyjny i działania edukacyjne. Plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji, natomiast pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebują” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania (NSF 2017, VHA-DoD 2010). Specyficzna fizjoterapia (z ang. *physiotherapeutic scoliosis-specific exercises – PSSE*) jest rekomendowana jako pierwszy krok w procesie leczenia skoliozy idiopatycznej, aby zapobiec lub ograniczyć postęp deformacji oraz możliwości gorsetowania (SOSORT 2016). Rekomenduje się, aby nauka PSSE była przeprowadzana indywidualnie (w relacji 1:1), w celu zapewnienia zindywidualizowanej opieki, tak żeby regularne PSSE mogło być stosowane przez pacjenta w domu lub w małych grupach (SOSORT 2016). Wartościowa jest praktyczna demonstracja ćwiczeń możliwych do przeprowadzenia w warunkach domowych (Hansson i in. 2010)¹. 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).

W PPZ zabiegi wykonywane będą w cyklu terapeutycznym 10-dniowym, średnio po 4 zabiegi dziennie. Wnioskodawca podkreśla, że indywidualny plan rehabilitacyjny zostanie określony na podstawie rodzajów i liczby zabiegów wskazanych w skierowaniu na rehabilitację leczniczą od lekarza POZ/lekarza specjalisty/fizjoterapeuty lub określony przez fizjoterapeutę po zgłoszeniu się pacjenta do realizatora.

Programy rehabilitacji zazwyczaj obejmują: badanie pacjenta, trening fizyczny, edukację, poradę dietetyka i wsparcie psychologiczne (ACCP 2007). Działania te powinny być prowadzone przez odpowiednio wykwalifikowany personel w ww. dziedzinie.

W programie zaplanowano omówienie roli diety oraz suplementacji diety, a także aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu ruchu, istotności prowadzenia zdrowego stylu życia, sposobów radzenia sobie ze stresem, rolę stylu życia w zapobieganiu pogłębiania się niepełnosprawności ruchowej, a w przypadku rodziców/opiekunów prawnych dzieci dodatkowo: korzystanie z publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Badania sugerują, że edukacja pacjenta jest możliwa do wykonania i bardzo cenna dla osiągnięcia poprawy jakości życia, funkcjonowania, dobrostanu

¹ <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-11-244>

i lepszego radzenia sobie. Niski poziom motywacji do ćwiczeń, typowy dla młodych osób, można podnieść poprzez uświadomienie dziecka i rodziców co do charakteru choroby, jej przewidywanego przebiegu, potencjalnych konsekwencji braku leczenia itd. W uzasadnionych przypadkach warto uzupełnić leczenie o konsultację psychoterapeutyczną (SOSORT 2014). Należy podkreślić, że efektywna edukacja winna być prowadzona według kompleksowego planu opieki w oparciu o przygotowane przez interdyscyplinarny zespół przewodniki/protokoły edukacyjne i zdiagnozowaną wiedzę grupy docelowej. Perspektywa osoby musi być centralna podczas procesu planowania, aby zapewnić, że plan opieki jest spersonalizowany, uwzględnia wyjątkowe potrzeby i okoliczności życiowe danej osoby oraz składa się ze strategii opartych na dowodach, odpowiednich do potrzeb zdrowotnych danej osoby (Taylor i in. 2013). Zwiększenie efektywności edukacji i wpływ na zmianę postaw zdrowotnych, wymaga interwencji wzmacniających i zgodnie z zaleceniami UPSTF zawierać liczbę godzin pozwalających na osiągnięcie efektu. Wartościowa jest praktyczna demonstracja ćwiczeń możliwych do przeprowadzenia w warunkach domowych (Hansson i in. 2010). Prowadzący edukację powinni wskazać możliwość korzystania z filmów edukacyjnych przygotowanych w Akademii NFZ i dotyczących sposobu wykonywania ćwiczeń w warunkach domowych, jak np. „Moje Fizjo+”.

Uczestnik PPZ w przypadku ukończenia pełnego cyklu rehabilitacyjnego w ramach programu otrzymuje zalecenia dotyczące dalszego postępowania oraz informacje na temat możliwości kontynuowania rehabilitacji na rynku publicznym.

Koszty jednostkowe uczestnictwa w programie to 550 zł/os. (w tym koszt indywidualnego planu rehabilitacyjnego – 520 zł, koszt działań edukacyjnych – 30 zł), 2 000 zł/rok – koszt akcji informacyjnej (opracowanie i druk materiałów informacyjnych) oraz 500 zł/rok – koszt monitorowania i ewaluacji.

Uwagi Rady:

- 1. Brak informacji o przygotowaniu protokołu edukacyjnego, na podstawie którego realizowana będzie interprofesjonalna edukacja.*
- 2. We wniosku nie wskazano kompetencji niezbędnych do nauczania zasad radzenia sobie ze stresem.*
- 3. Nie wskazano szczegółów dotyczących narzędzi do ewaluacji efektu wskazanego w celu głównym.*
- 4. Wszystkie zaplanowane przez wnioskodawcę 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). Czas*

trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym oraz nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.46.2022 „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dzieci i młodzieży w mieście Żyrardów na lata 2023-2025” realizowany przez: Miasto Żyrardów, Warszawa, lipiec 2022 oraz Aneksów „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016, „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, z marca 2018 r.