



---

**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych  
nr 200/2014 z dnia 25 sierpnia 2014 r.  
o projekcie programu „Program profilaktyki wad postawy u dzieci z  
klas 0–VI realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański w 2014  
roku”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości wydaję pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program profilaktyki wad postawy u dzieci z klas 0–VI realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański w 2014 roku”, pod warunkiem uwzględnienia uwag Rady i niedublowania świadczeń finansowanych przez NFZ.

**Uzasadnienie**

Program dotyczy dobrze zdefiniowanego ważnego problemu zdrowotnego i społecznego, jakim jest wczesne wykrywanie wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej oraz zapobieganie progresji wad. Zgodnie z zaleceniami ekspertów wspomaga on świadczenia gwarantowane, należące do obowiązków pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ.

Program przewiduje akcję informacyjną zapewniającą właściwą dostępność świadczenia oraz działalność edukacyjną adresowaną do rodziców i nauczycieli. Badanie i kwalifikacja do ćwiczeń korekcyjnych pozostanie w rękach ortopedów.

Określono wielkość populacji uczestniczącej w programie.

Przewidziano budżet całkowity i jednostkowy koszt badania; nie przedstawiono kosztów akcji informacyjno-promocyjnej, szkoleń pracowników, materiałów informacyjnych dla rodziców. Zaplanowano monitorowanie programu. Nie wskazano sposobu zakończenia cyklu ćwiczeń.

Mimo braku przekonujących dowodów efektywności programów wczesnego wykrywania wad postawy i ćwiczeń korekcyjnych, zdaniem ekspertów, są one zalecane, po indywidualnym doboru rodzaju systematycznie wykonywanych i właściwie nadzorowanych ćwiczeń. Dalszym walorem kontynuowania ćwiczeń jest nawyk stałej, zwiększonej aktywności fizycznej, której znaczenie nie ogranicza się do zapobiegania progresji wad postawy.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Gminy Miejskiej Pruszcz Gdański z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej. Celem programu jest m.in. wczesne wykrywanie wad postawy ciała wśród uczniów z określonej populacji, zmniejszenie odsetka dzieci z nierozpoznanymi wadami postawy, zapobieganie odległym następstwom wynikającym ze zmian w układzie kostno-stawowym, określenie w badanej populacji liczby uczniów z wadami postawy, określenie stopnia zaawansowania



zmian, rozpoznanie skali problemu wad postawy oraz potrzeb zdrowotnych uczniów szkół Pruszcza Gdańskiego. Planowane interwencje w programie stanowią badania lekarskie wykonywane przez ortopedę, działania edukacyjno-informacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz szkolenie dla nauczycieli szkół podstawowych nt. przeciwdziałania wadom postawy. Program ten jest jednoroczny. Planowane koszty całkowite to 30 tys. zł na cały okres realizacji programu.

### **Problem zdrowotny**

Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci i młodzieży wchodzą w zakres rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych – zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego. Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienie kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych. W zależności od wielkości oraz lokalizacji, skrzywienie kręgosłupa wpływa na funkcjonowanie układu oddechowego, zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Chorzy ze skoliozą w życiu dorosłym cierpią na dolegliwości bólowe kręgosłupa, ponadto istotny wpływ na jakość życia mają odczucia estetyczne oraz akceptacja własnego wyglądu.

### **Alternatywne świadczenia**

Kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, powinna być wykonywana u dzieci w momencie rozpoczynania nauki szkolnej (6-7 lat), a następnie w wieku 10 lat, 12, 13 i 16 lat. Zadanie to wpisane jest w obowiązki pielęgniarki lub higienistki szkolnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

### **Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję**

#### **Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:**

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy, mające na celu wczesne wykrywanie tych wad i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą, znajdują się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące poparcie dla tego typu programów zdrowotnych (dodatkowe uwagi – patrz 3.1. ), a jeden zadeklarował nawet „zbieżność interesów” (przez analogię do „konfliktu interesów”) z celami programów, których celem jest poprawa wydolności ruchowej i zdrowotności najmłodszej części społeczeństwa.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, i powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Efektywność tych rutynowych badań, jak również praktyczna możliwość skorzystania z

dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych dzieci z dodatnim wynikiem badania przesiewowego, nie są znane.

Choć badaniom przesiewowym w kierunku wad postawy, zwłaszcza skolioz, poświęcono tysiące publikacji, brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skriningu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci kierowanych jest w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę niepotrzebnie. Z badania Montgomery1990 wynika, że częstsze badania przesiewowe (protokół konwencjonalny vs. nieswoisty) zwiększają o ok. 30% liczbę skierowań na dalszą diagnostykę, nie zmieniając liczby ostatecznych rozpoznań. Poprawę efektywności poprzez zmniejszenie liczby rozpoznań fałszywie dodatnich można osiągnąć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe, takie jak badanie fotogrametryczne Moire'a (Montgomery1990). Z badania Fong2010 [25] wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Za względu na niewielki koszt i prostotę autorzy sugerują nie wykluczać tego badania lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz rentgena w niskich dawkach lub kombinacji tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty lecz brak jest wystarczających dowodów, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Oceniając wartość badań przesiewowych, należy wziąć pod uwagę wysiłek organizacyjny oraz koszty badań i dalszej diagnostyki/leczenia, ale także potencjalne działania niepożądane, wiążące się z niepotrzebnymi badaniami lekarskimi i błędnymi rozpoznaniem, oraz niekorzystny efekt psychologiczny związany z koniecznością noszenia gorsetu (w części przypadków niepotrzebnego – gdy zniekształcenie kręgosłupa nie ma tendencji do powiększania się, a z rzadka samoistnie ustępuje, niezależnie od leczenia).

Obecnie dostępne dowody efektywności klinicznej zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń, nie pozwalają ani zdecydowanie zalecić, ani zniechęcać do takiego postępowania.

W wyniku tej sytuacji amerykański USPSTF wydał rekomendację negatywną dla badań przesiewowych w kierunku skoliozy, co nie zyskało akceptacji środowisk medycznych (zalecenia SOSORT z 2005 r., wytyczne włoskie z 2005 r., stanowisko SRS/AAOS z 2007 r. ). Ciekawe światło na efektywność kliniczną rzucają dane z badania kosztowej efektywności Montgomery 1990, wykazujące, że badania wykonywane narzędziami zwiększającymi wartość predykcyjną (badanie fotogrametryczne Moire'a) obniżają zarówno działania niekorzystne (zmniejszając liczbę rozpoznań fałszywie dodatnich), jak i w efekcie długofalowe koszty programu. Efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych (Nussinovitch 2002). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa jego indywidualne dobranie dla konkretnych chorych i prowadzenie pod systematyczną kontrolą specjalistów bądź w warunkach placówki specjalistycznej (Kotwicki 2009, Negrini 2008). Efektywność programu ćwiczeń zwiększa także wprowadzenie do niego nauki autokorekcji postawy (Kowalski 2001). Skuteczność autokorekcji potwierdza badanie Anwajler 2006.

Nieliczne analizy ekonomiczne wykazały, że choć koszt samych badań przesiewowych jest niewielki, rośnie znacznie, gdy przeliczy się go na jeden przypadek ostatecznie rozpoznany i skierowany do leczenia oraz na jeden przypadek skutecznie leczonej skoliozy (SRS/AAOS, Montgomery 1990). Efektywność kosztową programu można zwiększyć, dobierając bardziej efektywne narzędzia przesiewowe (Montgomery 1990).

Poza samą wartością badań przesiewowych, programy samorządowe mogą oferować wartość dodatkową w postaci organizowania dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych. Istotnym elementem dodanym może też być edukacja: uświadamianie dzieciom i rodzicom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci. Kolejną wartością dodaną może być organizowanie rehabilitacyjnych ćwiczeń korekcyjnych w dogodnym dla dzieci miejscu i czasie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania. Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia, które mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu: problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na sferę rozwoju psychicznego.

### **Wnioski z oceny projektu programu zdrowotnego Gminy Miejskiej Pruszcz Gdański:**

#### Dot. problemu zdrowotnego:

Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się więc w priorytet zdrowotny - zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego – należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21.08.09 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do epidemiologii wad postawy w Gminie Miejskiej Pruszcz Gdański, jak i ogólnie do sytuacji krajowej. Informacje te zostały częściowo uzupełnione przez analityka w rozdziale 2.1.3. Warto zaznaczyć, że problem wad postawy występuje u znacznej liczby dzieci w wieku szkolnym, w większości publikacji odsetek osób z w/w wadami wynosi od 50 do nawet 90%.

#### Dot. celów programu i populacji:

Główny cel projektu programu nie został jednoznacznie określony, Wnioskodawca prezentuje liczne cele, działania w programie. Dotyczą one m.in. wczesne wykrywanie wad postawy ciała wśród uczniów z określonej populacji, zmniejszenie odsetka dzieci z nierozpoznanymi wadami postawy, zapobieganie odległym następstwom wynikającym ze zmian w układzie kostno-stawowym, określenie w badanej populacji liczby uczniów z wadami postawy, określenie stopnia zaawansowania zmian, rozpoznanie skali problemu wad postawy oraz potrzeb zdrowotnych uczniów szkół Pruszcza Gdańskiego. Oprócz tego w

projekcie programu wskazano też 4 cele pośrednie, które dotyczą zwiększenia świadomości zdrowotnej wśród uczniów, ale i ich rodziców oraz poprawy ogólnej sprawności ruchowej poprzez wskazanie odpowiednich ćwiczeń.

W projekcie programu brakuje odniesienia do jego oczekiwanych efektów oraz mierników efektywności adekwatnych do jego założeń.

Populacja docelowa programu to uczniowie szkół podstawowych (klas 0-VI, tj. osoby w wieku 5-13 lat) na terenie gminy miejskiej Pruszcz Gdański. Oszacowano, że uczestnicy objęci badaniami przesiewowymi będą stanowić 2014 osób w roku 2014. Zgodnie z danymi GUS za 2013 r. liczba dzieci i młodzieży w wieku przedszkolnym i szkolnym, tj. od 5 do 14 roku życia, stanowiła blisko 3270 osób (patrz ryc. 1, rozdz. 2.1.3.). Wnioskodawca nie odnosi się natomiast do populacji pośredniej w programie, tzn. nauczycieli uczestniczących w szkoleniu i rodziców/opiekunów dzieci.

Akcja informacyjna jako tryb zapraszania do udziału w programie zostanie zorganizowana przy współpracy z dyrektorami publicznych szkół oraz Referatu Spraw Społecznych w gminie. Wnioskodawca nie omawia szczegółów w/w akcji, nie wiadomo jakie metody i formy zostaną zastosowane w ramach programu. Warto zaznaczyć, że dobrze zorganizowana akcja promocyjna programu jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

#### Dot. interwencji:

Wnioskodawca planuje realizację badań przesiewowych w zakresie identyfikacji wad postawy uczniów szkół podstawowych przeprowadzanych przez wykwalifikowany personel medyczny, mianowicie lekarzy ortopedów. Interwencja zaproponowana w opisie programu znajduje się w zestawie rutynowych badań wykonywanych tradycyjnie w wieku szkolnym. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów. Także eksperci proszeni o opinię wyrazili gorące poparcie dla tego typu programów zdrowotnych. Jednak badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych. Powinny być one rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat. Programy przesiewowego wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności.

Wydaje się, że Wnioskodawca przewiduje również w ramach programu śladowe działania edukacyjno-informacyjne dla rodziców dzieci w postaci przekazania odpowiednich materiałów informacyjnych dot. problemu zdrowotnego. Dodatkowo zaplanowano szkolenia dla nauczycieli szkół podstawowych populacji docelowej w zakresie profilaktyki wad postawy, natomiast Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do szczegółów tego działania. Edukacja zdrowotna jest istotnym elementem dodanym w zakresie programów zdrowotnych dot. profilaktyki wad postawy. Warto byłoby rozszerzyć tą kwestię w opiniowanym programie i uściślić dzieciom i rodzicom czynniki sprzyjające wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, nieprzeciążania dziecięcych tornistrów, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci.

#### Dot. organizacji programu:

Etapy realizacji projektu programu wydają się być prawidłowo skonstruowane. Wnioskodawca oprócz zaplanowanej akcji informacyjnej wyróżnia uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo danego ucznia w badaniach przesiewowych dot. wad postawy. Wskazuje również na wybór Realizatora poprzez zorganizowany, otwarty konkurs ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W realizacji badania lekarskiego w celu wykrycia wad postawy u dzieci, zapewnia o wykwalifikowanym personelu medycznym np. specjalście w dziedzinie ortopedii. W toku programu wszystkie informacje nt. beneficjenta oraz zaleceń w stosunku do dalszego postępowania medycznego będą zapisywane w specjalnej „Karcie badania ortopedycznego”, a jeden z egzemplarzy przekazywany będzie rodzicom/opiekunom prawnym dziecka. W wyniku wcześniej wspomnianego badania lekarskiego zostaną przedstawione zalecenia co do dalszego postępowania - indywidualnie dla każdego z uczestników. Przewidziane jest szkolenie nauczycieli szkół podstawowych nt. przeciwdziałania wadom postawy, natomiast nie ustosunkowano się do metod, materiałów i dokładnej formy danych zajęć edukacyjnych. Ponadto nie sprecyzowano liczby osób objętych tego typu działaniami edukacyjnymi. Wnioskodawca przewiduje też przekazanie materiałów informacyjnych rodzicom uczniów, ale nie odnosi się do ich zawartości merytorycznej.

Brakuje odniesienia do sposobu zakończenia udziału w danym programie zdrowotnym. W projekcie programu uwzględnia się wskazanie zaleceń dot. dalszego postępowania w wyniku wykrycia wady postawy u dziecka, jednak Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do zajęć terapeutycznych w tym zakresie. W/w sytuacja wiąże się z faktem, że osoba z zdiagnozowanym schorzeniem postawy zmuszona jest do podjęcia leczenia we własnym zakresie, tym samym występuje ryzyko długiego oczekiwania na świadczenia, czy też nieosiągnięcia celu terapeutycznego w odpowiednim czasie. Owszem Wnioskodawca wspomina o organizacji zajęć z gimnastyki korekcyjnej, ale w ewaluacji programu i nie odnosi się do żadnych szczegółów wymienionego działania. W treści projektu brakuje też informacji nt. bezpieczeństwa planowanych interwencji.

#### Dot. monitorowania i ewaluacji:

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane w projekcie programu w bardzo okrojonej formie. Ocena zgłaszalności do udziału w programie określona jest prawidłowo, z kolei brakuje odniesienia do oceny jakości uzyskanych świadczeń zdrowotnych. Zasadnym byłoby stworzenie anonimowej ankiety satysfakcji beneficjenta z świadczonych usług w ramach programu, czy też opinii rodziców/opiekunów dziecka oraz nauczycieli biorących udział w szkoleniu. Ocena efektywności w projekcie programu również nie odnosi się do wszystkich postawionych założeń w ramach celu głównego. Mimo chęci zwiększenia świadomości zdrowotnej uczniów i ich rodziców/opiekunów oraz poprawy ogólnej sprawności ruchowej, Wnioskodawca nie ustosunkowuje się do tej kwestii w efektywności programu. Ciężko jest również sprecyzować dokładne wskaźniki efektywności danych interwencji nie określając oczekiwanych efektów projektu programu zdrowotnego.

Program będzie realizowany w 2014 r.

#### Dot. planowanych kosztów:

Koszty całkowite programu zostały oszacowane na 30 000 zł w roku 2014, natomiast koszty jednostkowe badania lekarskiego nie mogą przekroczyć wg Wnioskodawcy 10 zł. W projekcie programu nie zestawiono kosztów dot. realizacji szkoleń dla pracowników, materiałów informacyjnych dla rodziców czy też akcji informacyjnej przewidzianej w ramach trybu

zapraszania do udziału w programie. Program ma być w całości finansowany ze środków własnych Gminy.

Biorąc pod uwagę oszacowaną w treści programu liczbę populacji docelowej oraz dostępny budżet i koszty jednostkowe lekarskich badań przesiewowych, wydatki na realizację programu będą następujące:

- 2014 osób \* 10 zł = 20 140 zł - koszt realizacji badań przesiewowych wśród uczniów szkół podstawowych Gminy
- 30 000 zł – 20 140 zł = 9 860 zł - wolne środki finansowe w wyniku realizacji badań przesiewowych w ramach zaplanowanego budżetu

Do projektu programu nie dołączono piśmiennictwa oraz wzoru pisemnej zgody na uczestnictwo dziecka w programie zdrowotnym, jak i tzw. Karty badania ortopedycznego wspomnianej w treści projektu programu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*) można stwierdzić, że:

- I. Program dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i społecznego – profilaktyki i wczesnego wykrywania wad postaw u dzieci i młodzieży szkolnej.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt zakłada przeprowadzenia akcji informacyjno-promocyjnej, co jest jednym z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.
- III. Skuteczność działań – programy przesiewowe, wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci przed spodziewanym skokiem pokwitaniowym, stanowiącym dodatkowy czynnik ryzyka, prawidłowo zaprojektowane i wspomagające, a nie dublujące świadczenia gwarantowane leżące w obowiązkach pielęgniarki lub higienistki szkolnej i lekarzy POZ, są powszechnie zalecane przez ekspertów, mimo braku twardych dowodów ich efektywności. Podobnie ma się sprawa z programami ćwiczeń korekcyjnych, które mogą być skuteczne pod warunkiem indywidualnego doboru zestawu ćwiczeń oraz systematycznego ich nadzorowania i dostosowywania.
- IV. Podano planowane koszty całkowite realizacji programu – 30 000 zł, oszacowano koszt jednostkowy badania lekarskiego na 10 zł, nie odniesiono się do pozostałych kosztów przewidzianych w projekcie programu.
- V. Program zakłada monitorowanie i ewaluację. Natomiast nie odnosi się do oceny jakości jego świadczeń zdrowotnych oraz zbyt ogólnie ustosunkowuje się do oceny efektywności programu.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-143/2014 „Program profilaktyki wad postawy u dzieci z klas 0-VI realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański w 2014 roku”

realizowany przez: Gminę Miejską Pruszcz Gdański, Warszawa, sierpień 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012.