



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 266/2014 z dnia 24 listopada 2014 r.

o projekcie programu „Badanie wad postawy uczniów klas I i II gimnazjów z Powiatu Krakowskiego oraz korekta wykrytej wady na lata 2015-2020” powiatu krakowskiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu „Badanie wad postawy uczniów klas I i II gimnazjów z Powiatu Krakowskiego oraz korekta wykrytej wady na lata 2015-2020”, pod warunkiem uwzględnienia proponowanych w uzasadnieniu zmian.

Uzasadnienie

Wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształceń statycznych kończyn dolnych obejmują świadczenia gwarantowane w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lub 7 lat oraz 10, 12, 13 i 16 lat. Badanie prowadzi pielęgniarka lub higienistka szkolna oraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Dostępne dowody efektywności klinicznej dotyczące badań przesiewowych i wczesnego leczenia za pomocą programów ćwiczeń nie pozwalają na zdecydowane zalecenie albo odradzenie takiego postępowania.

Projekt programu zakłada udział lekarzy specjalistów i terapeutów, co zwiększa efektywność badań przesiewowych. Badania takie zawsze wspierane były przez ortopedów i pediatrów, uwzględnia je również część wytycznych.

Ważnym elementem programu jest akcja informacyjno-edukacyjna dla rodziców i nauczycieli, organizowanie dalszej diagnostyki i ćwiczeń korekcyjnych. O skuteczności pływania w korygowaniu wad postawy przekonanych jest większość lekarzy, a zajęcia na pływalni, pod kierunkiem terapeutów przewiduje program.

Niniejszy projekt zawiera podstawowe wymagane elementy, w tym budżet jednostkowy i całkowity.

Program powinien uwzględniać przeprowadzenie akcji informacyjnej. W projekcie należy doprecyzować kryteria uczestnictwa oraz dołączyć do niego wzory ankiet ewaluacyjnych, przewidzianych w ramach oceny efektywności i jakości świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program zdrowotny Powiatu Krakowskiego dotyczący prewencji i wczesnego wykrywania wad postawy wśród uczniów I klasy gimnazjum. W ramach programu zaplanowano realizację badań przesiewowych wśród 2 tys. pierwszo gimnazjalistów Powiatu oraz zajęcia terapeutyczne-korekcyjne dla grup z wykrytymi wadami postawy (rocznie). Program ten jest 6-letni i obejmuje okres od 2015 do 2020 r. Planowane



koszty całkowite oszacowano na 229 250 zł/rok, gdzie I etap programu (screening) finansują gminy (70 tys. zł/rok), a etap drugi (zajęcia terapeutyczne) – Powiat (156 250 zł/rok).

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 ponad gimnazjalnych 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, 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 screeningu. 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 Montgomery 1990 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 (Montgomery 1990). Z badania Fong 2010 wynika, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające, jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze 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 predykcijną (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 powiatu Krakowskiego:

Dot. problemu zdrowotnego:

Projekt programu zdrowotnego przysłany przez Powiat Krakowski dotyczy istotnego społecznie problemu zdrowotnego, jakim jest zapobieganie i wykrywanie wad postawy u dzieci i młodzieży szkolnej. Wpisuje się on też w priorytet zdrowotny: „zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Opis problemu zdrowotnego i epidemiologii w projekcie programu jest przedstawiony w sposób dokładny i wyczerpujący. Wnioskodawca oprócz wskazania metod diagnostycznych wad postawy, czy też sposobu ich leczenia, określa obecne postępowanie w zakresie w/w dysfunkcji, jak i odwołuje się do aktów prawnych czy aktualnych strategii rozwoju w zakresie profilaktyki zdrowotnej na terenie powiatu krakowskiego (dalsze informacje – patrz rozdz. 2.1.3).

Zgodnie z danymi GUS za 2013 r., populacja w wieku 13-14 lat stanowi 5857 osób, tj. blisko 3% mieszkańców całego powiatu krakowskiego, a ok. 18% populacji w wieku szkolnym (tj. szkoła podstawowa i gimnazjalna).

Dot. celów projektu programu:

Celem głównym opiniowanego projektu programu zdrowotnego jest bardzo złożony. Jednak najistotniejszym założeniem jest, jak podkreśla Wnioskodawca, skuteczna identyfikacja dzieci zagrożonych wadami postawy. Określono również 4 cele szczegółowe, które formą bardziej przypominają konkretne działania organizacyjne i elementy oceny efektywności i zgłaszalności do programu niż założenia do zrealizowania. Oczekiwane efekty opisane w projekcie programu są adekwatne do postawionych założeń. Mierniki efektywności programu są niejasno i chaotycznie opisane. „Wykonanie badań kontrolnych u tych samych dzieci na początku II klasy gimnazjum” jest działaniem, interwencją, natomiast niesłuszne jest traktowanie powyższego jako miernik efektywności programu. Należy tą kwestię doprecyzować.

Dot. populacji:

W projekcie programu określono, że populację docelową mają stanowić głównie uczniowie klas I gimnazjum powiatu krakowskiego, jednak przewiduje się realizację badań kontrolnych wśród pozostałych klas gimnazjalnych, które uczestniczyły w poprzednich edycjach opiniowanego programu zdrowotnego. Wnioskodawca oszacował liczebność danej populacji na ok. 2 tys. dzieci rocznie. Zgodnie z danymi GUS za 2013 r., liczba osób w danej grupie wiekowej będzie oscylować w granicach 3 tysięcy. Wnioskodawca w uzasadnieniu potrzeby wdrożenia programu wskazuje, że blisko 59% z wszystkich przebadanych dzieci w roku 2013, w danym powiecie (poprzednia edycja programu) nie miało problemów z wadami postawy. Jednak u 36% z całej populacji zlecono dodatkową konsultację lekarską, a u 27% dzieci wykryto skoliozę. Wątpliwości w danym zestawianiu procentowym wyników badań przesiewowych dot. wady postawy budzi wysoki odsetek wad w płaszczyźnie strzałkowej beneficjentów – tj. 44%. Wnioskodawca w w/w zestawieniu sugeruje, że na 100% badanych – 59% miało prawidłową postawę, dlatego też najwyższy odsetek wad może wskazywać 41, a nie 44% jak wskazano w projekcie.

Nie określono precyzyjnie kryteriów uczestnictwa w programie. W treści projektu programu wspomniano, że szkoły gimnazjalne, których Dyrekcja podpisze listy intencyjne dot. współpracy przy realizacji programu będą mogły uczestniczyć w badaniach przesiewowych w ramach opiniowanego projektu.

W ramach działań organizacyjnych, zaplanowano podział uczestników na 3 grupy według wstępnej diagnozy postawionej na podstawie badania przesiewowego. Pierwsza grupa obejmuje osoby z prawidłową postawą ciała lub niewielkimi wadami. Druga grupa stanowi populację z zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia specjalistycznych działań terapeutycznych. Trzecia grupa to dzieci wymagające dodatkowej specjalistycznej konsultacji lekarskiej w ramach NFZ i do niej zakwalifikowane zostaną osoby z podejrzeniem choroby Scheuermanna, idiopatycznej skoliozy wielopłaszczyznowej, pochylenia i rotacji miednicy czy znacznej dysfunkcji kończyn dolnych wraz z silnym bólem. Zgodnie z w/w podziałem beneficjentów programu realizowane będą zajęcia terapeutyczne.

Wnioskodawca nie przewiduje akcji informacyjno-promocyjnej. Zaznacza jednak, że spotkania edukacyjne w ramach zaplanowanych interwencji będą miały na celu rozpropagowanie i nagłośnienie idei programu.

Warto zaznaczyć, że dobrze zorganizowana akcja promocyjna programu jest jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń.

Dot. interwencji:

W projekcie programu nie określa się sposobu wyboru głównego Realizatora. Zgodnie z zapisami ustawowymi należy zorganizować otwarty konkurs ofert, na podstawie którego Wnioskodawca wybierze najbardziej korzystną z propozycji.

W ramach planowanych interwencji przewidziano realizację badania przesiewowego wszystkich dzieci z klas I gimnazjum w szkołach, które przystąpiły do uczestnictwa w danym programie zdrowotnym. Screening w kierunku wykrywania wad postawy będzie realizowany tradycyjną metodą badania fizykalnego - test zgięciowy Adamsa – i jednoczesną jego weryfikację przez komputerową ocenę wad postawy z wykorzystaniem zjawiska mory projekcyjnej w pierwszym etapie programu. Badanie przeprowadzone przy użyciu mory projekcyjnej klasyfikuje się jako obiektywne i zupełnie nieszkodliwe, co daje możliwość

powtarzania badania w zależności od potrzeb w celu stałego kontrolowania postępów korekcyjnych. Jednak zebrane 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. W badaniu Fong z 2010 r. zaznacza się, że wykonywanie samego testu zgięciowego jest niewystarczające i metoda ta jest raczej subiektywna, zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na jej niewielki koszt i prostotę sugeruje się nie wykluczać tego badania, ale stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz RTG w niskich dawkach (lub też kombinacji tych metod) dowodzi trafności skierowań do specjalisty. Brak jest jednak wystarczających dowodów na dodatkowe korzyści tych badań. W projekcie programu zaznacza się, że badania przesiewowe w danych szkołach będą wykonywane przez wykwalifikowany personel, jakim są specjaliści rehabilitacji ruchowej, bądź fizjoterapeuci z udokumentowanym (co najmniej dwuletnim) doświadczeniem w diagnozowaniu metodą mory projekcyjnej. Nad interpretacją i analizą wyników badań przesiewowych będzie sprawować nadzór – lekarz rehabilitacji II stopnia. Jest to zgodne z wytycznymi, które mówią, że efektywność przesiewu zwiększa wykonywanie go przez doświadczonych, wyspecjalizowanych pracowników medycznych.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez higienistki/pielęgniarki szkolne w ramach porad patronażowych, badań bilansowych, często przy współpracy z lekarzami POZ (Rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik 1). Zaleca się ich rutynowe wykonywanie u dzieci w wieku przedszkolnym (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno-skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych), w III i V klasie szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno-skrzywienia kręgosłupa), w klasie I gimnazjum oraz w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym boczno-skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej). W związku z powyższym, testy przesiewowe typu zgięciowy Adamsa w I klasach gimnazjalnych może być uznawany jako powielanie świadczeń gwarantowanych realizowanych przez szkolny personel medyczny. Pozostałe działania w ramach II etapu programu, jak również edukacja zdrowotna wydają się być uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych.

Ważnym elementem dot. profilaktyki wad postaw u dzieci i młodzieży jest edukacja zdrowotna poprzez uświadamianie dzieciom, ich rodzicom i nauczycielom czynników sprzyjających wadom postawy, propagowanie znaczenia prawidłowej postawy, zachęcania do większej aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. Zgodnie z powyższym, w projekcie programu zaplanowano spotkania edukacyjne dla uczniów klas I/II gimnazjum oraz oddzielnie dla ich rodziców i nauczycieli. Dana forma działań edukacyjnych będzie polegała przede wszystkim na: omówieniu wyników badań przesiewowych dzieci i ewentualnej diagnozy dla konkretnej jednostki oraz na uświadomieniu konsekwencji i zagrożeń rozpoznanych wad postawy.

Drugi etap programu będą stanowić zajęcia terapeutyczne w formie zwykłych ćwiczeń korekcyjnych w salach gimnastycznych danych placówek szkolnych oraz zajęcia na pływalni. Zbiorowe ćwiczenia korekcyjne przygotowane są przede wszystkim dla uczniów z grupy I (tj. osób z prawidłową postawą i niewielkimi wadami) i II (z wadami wymagającymi podjęcia specjalistycznych ćwiczeń) wytypowanej na podstawie badania przesiewowego (patrz komentarz dot. populacji). Precyzyjnie określono liczebność grup ćwiczeniowych tj. do

12 osób w każdej. Zajęcia te będą organizowane co najmniej 2 razy w tygodniu w wymiarze godziny lekcyjnej (jeden cykl = 25 zajęć dla każdego dziecka). Dodatkowo specjalista prowadzący zajęcia ma obowiązek przygotowania odpowiedniego zestawu ćwiczeń domowych dla każdego członka grupy. Rodzice dzieci, u których wykryto wady postawy będą mogli obserwować sposób wykonywania danych ćwiczeń fizycznych, a tym samym pomagać i kontrolować dodatkową rehabilitację dziecka w warunkach domowych.

Ćwiczenia odbywające się w wodzie (na pływalni) zaplanowane zostały dla dzieci z grupy I oraz jako zajęcia dodatkowe dla grupy II i III (z poważnymi wadami postawy) wymienionej w projekcie programu. Cały cykl ma obejmować 14 zajęć (co najmniej raz w tygodniu). Określono również, że na jedną grupę ćwiczeniową (tj. do 25 dzieci) musi przypadać przynajmniej 2 terapeutów rehabilitacji/fizjoterapii.

Ponadto, dla grupy dzieci z bardzo poważnymi wadami postawy (gr. III) zostały przewidziane indywidualne ćwiczenia korekcyjne w wyniku wcześniejszej konsultacji z lekarzem specjalistą w ramach kontraktu z NFZ. W projekcie zaznacza się realizację zajęć na podstawie metod: Lahnert-Schorth, PNF w skoliozach, prof. Dobosiewicz, dr Białek, Yumeiho czy Akermanna. Wskazano również, że personel prowadzący dane zajęcia musi posiadać certyfikat ukończenia kursu dot. co najmniej jednej z w/w metod. Grupa dzieci objęta wyżej opisanym działaniem podlega stałej, comiesięcznej kontroli postępów i modyfikacji zaplanowanych ćwiczeń.

Obowiązkiem głównego Realizatora programu oprócz realizacji zaplanowanych świadczeń, będzie przygotowanie materiałów edukacyjno-informacyjnych dla rodziców beneficjentów programu. Natomiast po wykonaniu przewidzianych interwencji zobligowany jest do przekazania opiekunom dzieci - wyników badań i wstępnych zaleceń do dalszego postępowania medycznego.

W projekcie programu nie odniesiono się do kwestii bezpieczeństwa planowanych interwencji, jak również brak odniesienia do skuteczności planowanych działań. Wnioskodawca nawiązuje do opinii eksperckiej jednego z Konsultantów Wojewódzkich w 2007 r. – B. Frańczuka, zgodnie z zacytowanym w projekcie fragmentem wypowiedzi: program dot. chorób układu narządu ruchu jest wartościowy ze względu na jego edukacyjno-informacyjny, diagnostyczno-terapeutyczny, ale i badawczy charakter.

Dot. monitorowania i ewaluacji:

Projekt programu uwzględnia prawidłowo zaplanowane monitorowanie i ewaluację. Jednak wzory przewidzianych w ramach programu ankiet ewaluacyjnych nie zostały przedstawione celem weryfikacji ich formy i treści. Dodatkowo, sugeruje się, że analiza w/w kwestionariuszy zostanie przeprowadzona prawdopodobnie w formie pracy dyplomowej studentów Wydziału Rehabilitacji AWF w Krakowie.

Wnioskodawca zaznacza, że podobne programy były już realizowane w powiecie krakowskim i spotkały się z wysokim zainteresowaniem zarówno wśród uczniów gimnazjalnych, nauczycieli, jak też rodziców populacji docelowej.

Warto zaznaczyć, że poprzednia edycja programu była również przedmiotem opinii ówczesnej Rady Konsultacyjnej i Prezesa AOTM, gdzie otrzymano pozytywną ocenę dla przedstawionego w 2011 r. projektu (Opinia nr 173/2011).

Okres realizacji programu jest długofalowy, tj. 6-letni.

Dot. kosztów:

W projekcie programu przedstawiono jego koszty całkowite oraz koszty jednostkowe badań przesiewowych i ćwiczeń korekcyjnych. Oszacowano, że roczny okres realizacji programu wyniesie około 229 250 zł, z czego etap badań przesiewowych będzie finansowany przez gminy powiatu, a etap zajęć terapeutycznych przez sam Powiat. Wnioskodawca określa, że przeprowadzenie badań w I klasie gimnazjum oraz dodatkowych badań kontrolnych u uczniów II klasy gimnazjalnej to koszt rzędu 70 tys. zł. Koszt grupowych ćwiczeń korekcyjnych na sali gimnastycznej to ponad 18 tys. rocznie, a indywidualna forma tych ćwiczeń wynosi 25,5 tys. zł. Zajęcia odbywającej się na pływalni są jedną z najdroższych form zajęć przewidzianych w ramach programu i środki finansowe na nie zagospodarowane to 112 tys. zł rocznie. W w/w zestawienie kosztów wliczono również koszty administracyjne i edukacji zdrowotnej. W projekcie programu zaznacza się, że koszty konsultacji lekarskich w całości pokrywane są przez Realizatora z kontraktu NFZ. Natomiast cały dostępny budżet ma charakter ruchomy i środki niewykorzystane na konkretną interwencję, mogą zostać przesunięte na inny cel związany z programem.

Wnioskodawca w przedstawionym, w projekcie programu, zestawieniu kosztów nie uzasadnia określonych liczebności uczestników zakwalifikowanych do jego II etapu.

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

- I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, realizując priorytety Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.
- II. Dostępność działań programu dla beneficjentów - zaplanowano udział rodziców i nauczycieli gimnazjalistów w spotkaniach edukacyjnych mających na celu promowanie idei programu zdrowotnego.
- III. Skuteczność działań – w projekcie nie odniesiono się do skuteczności planowanych działań, jednak pozostają one w zgodzie z aktualnymi wytycznymi.
- IV. Oszacowano roczny koszt realizacji programu na 229 250 zł. Badania przesiewowe będą finansowane z budżetu Gmin powiatu krakowskiego (70 tys. zł), a zajęcia terapeutyczne przez Powiat – 156 250 zł.
- V. Projekt programu uwzględnia monitorowanie i ewaluację. Nie załączono jednak wzorów ankiet ewaluacyjnych przewidzianych w ramach oceny efektywności i jakości świadczeń w programie.

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-441-188/2014 „Badanie wad postawy uczniów klas I i II gimnazjów z Powiatu Krakowskiego oraz korekta wykrytej wady na lata 2015-2020” realizowany przez: Powiat Krakowski, Warszawa, listopad 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, maj 2012.