



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 10/2016 z dnia 12 stycznia 2016 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
wad postawy, nadwagi i otyłości u dzieci klas V i VI szkoły  
podstawowej z elementami profilaktyki uzależnień”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki wad postawy, nadwagi i otyłości u dzieci klas V i VI szkoły podstawowej z elementami profilaktyki uzależnień”.

**Uzasadnienie**

Przedmiotowy projekt programu profilaktyki zdrowotnej dotyczy istotnego zagadnienia jakim jest profilaktyka wad postawy, nadwagi i otyłości.

Na negatywną opinię Prezesa Agencji składają się głównie: fakt zaplanowania w programie świadczeń, które są obecnie finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych oraz mnogość braków w nadesłanych materiałach.

W projekcie cel główny został opisany w sposób poprawny. Natomiast oczekiwane efekty przedstawiają częściowo możliwe do podjęcia działania, zaś mierniki efektywności nie odnoszą się do stopnia realizacji celów. Zasadne jest zatem przeformułowanie tej części, tak aby tworzyła spójną całość.

Określona w projekcie populacja docelowa obejmuje uczniów szkół podstawowych klas V i VI (dzieci w wieku 11-12 lat). W projekcie nie wskazano kryteriów kwalifikacji do programu, zatem nie wiadomo, na jakich zasadach wyłonione zostaną placówki oświatowe, w których ma zostać zrealizowany program. Warto także zaznaczyć, że działania programowe skierowane będą do 43% populacji docelowej, co może nie pozwolić na osiągnięcie widocznej poprawy zdrowotnej w całej populacji.

Projekt nie uwzględnia także uczestnictwa rodziców/ opiekunów prawnych, co może wpływać na efektywność prowadzonych działań. Proszę zwrócić uwagę, że odpowiednio wyedukowani rodzice/ opiekunowie mogą przyczynić się do kontrolowania nawyków zdrowotnych wśród dzieci (przestrzegania zasad zdrowego żywienia, uprawianie aktywności fizycznej, wykonywanie zaleconych ćwiczeń), co może mieć przełożenie na efekty zdrowotne.

Zaplanowane interwencje nie zostały opisane w sposób wyczerpujący. Warto przedstawić dokładnie zakres badania wykonywanego przez pielęgniarkę oraz zakres tematyczny działań edukacyjnych prowadzonych w programie. Tytuł programu odnosi się także do profilaktyki uzależnień, jednak to zagadnienie nie zostało rozszerzone w treści programu.



Należy mieć także na uwadze, że zaproponowane badanie wad postawy jest obecnie świadczeniem gwarantowanym finansowanym przez NFZ, więc istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

W ramach monitorowania i ewaluacji nie określono konkretnych wskaźników, które zostaną w tym celu wykorzystane. Proszę zauważyć, że są to istotne elementy programu, które pozwalają ocenić jego przebieg oraz wpływ wdrożonych interwencji na sytuację zdrowotną w regionie.

Przedstawiony budżet wydaje się być wystarczający na przeprowadzenie założonych działań, jednak zastrzeżenie budzi współfinansowanie 40% wielkości budżetu przez realizatora. Działanie takie nie daje pewności, że udział wszystkich osób planowanych do objęcia programem będzie możliwy do sfinansowania.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki wad postawy, nadwagi i otyłości u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 78 000 zł rocznie, zaś okres realizacji to lata 2016-2018.

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 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 odnosi się do problemu występowania wad postawy, nadwagi i otyłości wśród dzieci.

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.

W projekcie programu w sposób ogólny opisano problem zdrowotny. W sposób wybiórczy odniesiono się do danych epidemiologicznych, nie uwzględniając danych dotyczących nadwagi i otyłości wśród dzieci.

Wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie, koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka wyraźnie pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14% populacji w wieku 0–18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2–9 lat. Wymienia się wiele przyczyn powstawania wad postawy, z czego jako pierwsze wymieniane są: siedzący tryb życia, mała aktywność fizyczna, zbyt długie przebywanie w jednej pozycji, błędy popełniane przy noszeniu dziecka oraz meble nieodpowiednio dobrane do wzrostu dziecka.

Wyniki badania OLAF z 2010 roku dotyczące występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci, wskazują, że problem ten dotyczy 16,3% populacji dziecięcej w Polsce. Największy odsetek dzieci z nieprawidłową wagą odnotowano w województwie mazowieckim, najniższy zaś w województwie świętokrzyskim.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży w zakresie zagrożeń wadami postawy, nadwagą i otyłością poprzez przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz badań

profilaktycznych u ok. 1 200 osób rocznie. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

W projekcie wskazano oczekiwane efekty. Proszę jednak zwrócić uwagę, że dalsza diagnostyka, czy też wykonanie badań przesiewowych stanowią działania możliwe do podjęcia, nie zaś ich rezultaty. Warto je zatem przeformułować.

Mierniki efektywności zostały określone w sposób odnoszący się jedynie do oceny zgłaszalności do programu. Proszę pamiętać, że są one niezbędne do określenia stopnia zrealizowania postawionych celów. W omawianym projekcie miernikami efektywności mogą być: liczba dzieci spośród badanych, u których wykryto wady postawy, nadwagę lub otyłość i skierowano do dalszego leczenia oraz liczba dzieci spośród leczonych (po zakończeniu programu) która, po 3 miesiącach od zakończenia zajęć terapeutycznych utrzymuje prawidłową pozycję ciała lub osiągnęła spadek wagi, liczba dzieci spośród leczonych, która nadal wykonuje zalecane ćwiczenia oraz stosuje się do zaleceń żywieniowych. W celu oceny stanu wiedzy na temat dbania o prawidłową postawę ciała, proszę rozważyć przeprowadzenie ankiety.

#### Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią uczniowie V i VI szkół podstawowych w Zabrzu. W ramach programu planuje się przebadać 1200 osób rocznie.

Należy odnotować, że w projekcie programu nie zawarto danych demograficznych. Na podstawie danych GUS za 2014 r. teren Miasta Zabrze zamieszkiwało ponad 2 800 dzieci w wieku 9-10 lat (program ma rozpocząć się w 2016 r. czyli będą to uczniowie klas III i IV szkół podstawowych z 2014 r.).

Do programu zaplanowano włączenie ok. 1200 dzieci corocznie. Będzie to zatem stanowić ok. 43% wszystkich dzieci z klas V-VI z terenu Miasta Zabrze.

W projekcie nie wskazano kryteriów kwalifikacji, na podstawie których uczniowie zapraszani będą do udziału w programie. Jest to istotny element programu, który pozwala dokładnie zdefiniować populację docelową oraz określić przejrzyste zasady funkcjonowania programu. Warto tą kwestię uzupełnić.

Warto określić także sposób wyboru placówek oświatowych, na terenie których prowadzony ma być przedmiotowy program.

Warto w ramach programu uwzględnić także uczestnictwo rodziców/ opiekunów prawnych dzieci, co może wpływać na efektywność prowadzonych działań. Proszę zwrócić uwagę, że odpowiednio wyedukowani rodzice/ opiekunowie mogą przyczyniać się do kontrolowania nawyków zdrowotnych wśród dzieci (przestrzegania zasad zdrowego żywienia, uprawianie aktywności fizycznej, wykonywanie zaleconych ćwiczeń), co może mieć przełożenie na efekty zdrowotne.

#### Interwencja

Program podzielony został na dwa etapy. W pierwszym etapie wykwalifikowana pielęgniarka wykona badanie u wszystkich uczniów. W projekcie nie wskazano na czym będzie polegało badanie, w jakich warunkach zostanie przeprowadzone, ani jaki będzie jego zakres. Projekt nie zawiera konkretnych interwencji jakie mają być zastosowane podczas tego etapu. Wskazuje natomiast, że w drugim etapie wezmą udział pacjenci, u których zaistnieje podejrzenie wady postawy. Skierowani zostaną na badania specjalistyczne, a także rehabilitant przeprowadzi indywidualny instruktaż. Dodatkowo wyznaczy indywidualne ćwiczenia korekcyjne z zakresu profilaktyki układu ruchu. Brak jest dokładnego opisu planowanych interwencji, co sprawia, że projekt jest niejasny. Warto doprecyzować opis interwencji, tak, aby nie budził on wątpliwości. Proszę zwrócić uwagę, że II etap programu skupia się tylko na dzieciach z wadami postawy, nie zaplanowano natomiast interwencji dla dzieci z nadwagą i otyłością. Warto zatem uzupełnić projekt o działania w II etapie, które będą przewidziane dla tej populacji.

W projekcie nie określono wskaźników dla nadwagi/otyłości, których stwierdzenie u uczestnika będzie kwalifikowało go do II etapu programu. Zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest

miar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli.

W programie zaplanowano także działanie edukacyjne prowadzone w czasie I etapu programu. W projekcie nie wskazano jednak czego dotyczyć będą te działania oraz jaki będzie ich zakres tematyczny. W tytule programu wskazuje się na profilaktykę uzależnień, jednak w dalszej części dokumentu nie rozwija się tego tematu.

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.

Proszę zatem zauważyć, że istnieje ryzyko podwójnego finansowania części świadczeń udzielanych w ramach programu i jako świadczenia gwarantowane. Istotne jest zatem wyraźne rozgraniczenie zabiegów wykonywanych w ramach programu od świadczeń gwarantowanych realizowanych w rejonie.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie nie odniesiono się w sposób prawidłowy do monitorowania i ewaluacji programu. Proszę mieć na uwadze, że jest to ważny element programu, który umożliwia ocenę przebiegu zaplanowanych działań i ich jakości, jak również wskazuje efekty danych interwencji. Ocenę tą warto uwzględnić wykorzystując ocenę zgłaszalności, jakości udzielanych świadczeń i efektywności.

Ocena zgłaszalności może zostać oparta o listy uczestnictwa. Warto, aby uwzględniała także liczbę zgłoszeń do programu oraz odsetek osób, które zrezygnowały z udziału w trakcie jego trwania.

Ocenę jakości udzielanych świadczeń można przeprowadzić z wykorzystaniem wyników ankiet satysfakcji uczestników i/ lub ich pisemnych uwag zgłaszanych do realizatorów.

Należy mieć na uwadze, że ocena efektywności prowadzonych działań powinna w sposób rzetelny wskazywać w jaki sposób prowadzone działania wpłynęły na zdrowie populacji i uczestników programu. W omawianym programie oceny takiej można dokonać na podstawie zaproponowanych mierników efektywności: liczby dzieci spośród badanych, u których wykryto wady postawy, nadwagę lub otyłość i skierowano do dalszej diagnostyki, liczby dzieci korzystających z zajęć korekcyjnych wad postawy, porad dietetycznych (po wcześniejszym uczestnictwie w programie) oraz liczby dzieci spośród leczonych, u których nastąpiła zmiana postawy ciała, wagi ciała utrzymująca się po 3 miesiącach od zakończenia zajęć korekcyjnych.

#### Warunki realizacji

Realizator programu ma zostać wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W projekcie nie określono warunków niezbędnych do realizacji programu.

Projekt nie zawiera opisu sposobu zapraszania uczestników do programu, ani sposobu zakończenia udziału w programie. Warto określić także sposób kontynuacji świadczeń poza programem.

Całkowity roczny budżet oszacowany został na kwotę 78 000 zł. Kosztorys zawiera koszty jednostkowe. W projekcie nie przedstawiono kosztów poszczególnych interwencji, co uniemożliwia dokładną weryfikację budżetu.

Finansowanie programu ma się odbyć na zasadach współpłacenia przez realizatora programu, co może stanowić pewne ograniczenie. Działanie takie, nie daje pewności, czy określona kwota, która ma zostać sfinansowana przez realizatora zostanie zapewniona.

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

#### Problem zdrowotny

Do najczęstszych wad postawy należą: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło-okrągłe, plecy płaskie, boczne skrzywienia kręgosłupa – skoliozy, wady statyczne kończyn dolnych.

Plecy okrągłe to nadmierne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi. Charakteryzują się osłabieniem mięśni, wysunięciem do przodu głowy i barków, przykurczem mięśni klatki piersiowej, upośledzeniem funkcji oddechowej klatki piersiowej

Plecy wklęsłe to pogłębienie lordozy lędźwiowej, co często jest uwarunkowane wiekiem, ustawieniem miednicy, napięciem i długością mięśni stabilizujących stawy biodrowe.

Plecy wklęsło-okrągłe charakteryzują się zwiększoną lordozą lędźwiową i kifożą piersiową, co prowadzi do pochylecia głowy ku przodowi, spłaszczenia klatki piersiowej, rozciągnięcia prostownika grzbietu odcinka piersiowego oraz jego skrócenia w odcinku lędźwiowym, przykurczy mięśni obręczy barkowej i klatki piersiowej, przesunięcia narządów jamy brzusznej ku przodowi i pod ich naporem rozciągnięcia mięśni brzucha.

Plecy płaskie charakteryzują się spłaszczeniem lub brakiem fizjologicznych wygięć kręgosłupa, co powoduje osłabienie funkcji amortyzacyjnej kręgosłupa, przeciążenia prowadzące do zmian zwyrodnieniowych, upośledzenie pojemności i ruchomości klatki piersiowej, większą skłonność do powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa.

Skolioza idiopatyczna jest typem skoliozy strukturalnej (skolioza utrwalona), której cechami charakterystycznymi są: deformacja kręgosłupa w trzech płaszczyznach (czołowej, strzałkowej i poprzecznej), kąt skrzywienia mierzony sposobem Cobb'a na zdjęciu RTG wykonanym w pozycji stojącej w projekcji przednio-tylnej wynosi co najmniej 10°, powstaje w wieku rozwojowym, ma tendencję do pogłębiania się w okresach szybkiego wzrostu kręgosłupa, zaś progresja dotyczy głównie dziewcząt.

Według definicji WHO nadwaga i otyłość są definiowane jako nieprawidłowa lub nadmierna akumulacja tłuszczu, która stanowi zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Jest to przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzeń homeostazy energii. Wskaźnik BMI jest równy lub przekracza 30 kg/m<sup>2</sup>.

Nadwaga i otyłość są głównymi czynnikami ryzyka dla wielu chorób przewlekłych i według ekspertów niosą za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego otyłego człowieka. Otyłość ma wpływ na samoocenę pacjenta, niezadowolone z kształtów i masy swojego ciała, poczucie winy i bezradności, depresji, nadużywania alkoholu, leków lub narkotyków. Złe nawyki żywieniowe nabyte w dzieciństwie utrwalają się i mają wpływ na rozwój otyłości w społeczeństwie, która z kolei przyczynia się do problemów społecznych, np. bezrobocia.

#### Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się z kolei 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 (Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz.U z 2013 r. poz. 1248)

#### Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma na celu wczesne wykrywanie wad postawy i kierowanie dzieci do leczenia, zanim się one utrwalą. Działania te są szeroko popierane w opiniach ekspertów z zakresu ortopedii i rehabilitacji.

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skringingu. Odnalezione dane wskazują, że wartość predykcyjna wyniku dodatniego standardowego badania przesiewowego jest wyjątkowo niska (5%), co oznacza, że 95% dzieci jest niepotrzebnie kierowanych w wyniku przesiewu na dalszą diagnostykę. 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. Podkreśla się, że jest to metoda raczej subiektywna i zależna od doświadczenia i kompetencji badającego. Ze względu na niewielki koszt i prostotę, autorzy projektu sugerują, aby nie wykluczać tego badania, lecz stosować razem z dodatkowymi testami. Stosowanie oceny wartości kąta rotacji tułowia, oceny fotogrametrycznej Moire'a oraz zdjęcia rentgena wykonanego w niskich dawkach lub kombinacja tych metod dowodzi trafności skierowań do specjalisty, lecz brak jest dowodów na to, że badania te wykazują dodatkowe korzyści.

Pomimo różnych, nierzadko sprzecznych, rekomendacji i zaleceń, badania przesiewowe w kierunku wad postawy są silnie zalecane przez środowiska medyczne, zwłaszcza w populacji dzieci w wieku szkolnym, kiedy to prawidłowy rozwój organizmu jest najintensywniejszy.

Istotne jest z punktu widzenia zasadności finansowania udzielanych aktualnie świadczeń gwarantowanych, aby badania przesiewowe nie powielały świadczeń już finansowanych, a stanowiły ich uzupełnienie. Dodatkową wartością samorządowych programów zdrowotnych jest organizowanie dalszej diagnostyki lub ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacji, która może być udzielana w miejscach łatwo dostępnych dla uczestników oraz w dogodnym dla nich czasie. Kolejnym ważnym elementem jest edukacja zdrowotna mająca na celu uświadomienie dzieciom i rodzicom znaczenie czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowanie i wzmacnianie znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też znaczenie nieprzeciążania dziecięcych plecaków i tornistrów oraz zachęcanie dzieci do większej aktywności fizycznej dzieci.

Niezależnie od programów skierowanych na problem zdrowotny wad postawy u dzieci i młodzieży, należy zwrócić uwagę wszystkich zarówno samorządów, jak i władz szkolnych i innych organizacji zajmujących się dziećmi i młodzieżą, na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej młodego pokolenia. Działania te mogą skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu wad postawy, ale też wpływać na problemy takie jak otyłość, zaburzenia lipidowe, osteoporoza i inne, oraz na istotny wpływ aktywności fizycznej na sferę rozwoju psychicznego.

Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości ważne jest aby programy polityki zdrowotnej w tym zagadnieniu prowadzone były począwszy od dzieci przedszkolnych i szkolnych ze szczególnym uwzględnieniem tych grup wiekowych. Prowadzenie programów wśród młodzieży i dorosłych również jest zalecane, jednak może przynieść mniejsze korzyści z perspektywy służby zdrowia.

Ponadto eksperci wskazują, że programy te powinny obejmować dietę, aktywność fizyczną oraz psychologiczne terapie behawioralno-poznawcze. W czasie realizacji szkolnych programów dotyczących edukacji w zakresie zdrowego odżywiania należy uniemożliwić dzieciom dostęp do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu.

Modyfikacja stylu życia jest jednym z najtrudniejszych zadań planowanych w ramach programów zdrowotnych jst. Kształtowanie określonych postaw zdrowotnych jest bardzo trudne wśród osób chorych, a jeszcze trudniejsze jako działanie prewencyjne w populacji zdrowej. Interwencje w tym kierunku powinny wymuszać interaktywność beneficjentów. Preferowaną formą takiej edukacji są np. warsztaty.

Z odnalezionych rekomendacji i wytycznych (m.in. Polish Forum for Prevention, Światowa Organizacja Zdrowia, National Institute for Health and Clinical Excellence Clinical Guideline, Massachusetts Department of Public Health (MDPH), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Endocrine Society) wynika, że zalecanym wskaźnikiem nadwagi i otyłości u dzieci jest pomiar BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów. Normy w populacji polskiej to: dla nadwagi pomiędzy 90 a 97 centylem, dla otyłości powyżej 97 centyli. Diagnostyka i skrining nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży powinny polegać na pomiarze BMI percentylów, zaś nie zaleca się pomiaru obwodu talii oraz międzynarodowych tabel otyłości. Dziecko, u którego zdiagnozowano

nadwagę lub otyłość powinno być kierowane do lekarza specjalisty. Kurację odchudzającą zaleca się u dzieci z BMI powyżej 95 centyla

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

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-237/2015 „Program profilaktyki wad postawy, nadwagi i otyłości u dzieci klas V i VI szkoły podstawowej z elementami profilaktyki uzależnień” realizowany przez: Miasto Zabrze Warszawa, grudzień 2015 oraz aneksów do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny”, maj 2012 r., „Edukacja w zakresie zdrowego odżywiania oraz profilaktyka i leczenie nadwagi i otyłości – wspólne podstawy oceny”, lipiec 2012 r.