



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 242/2017 z dnia 5 września 2017 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program korekcji  
wad postawy dla uczniów klas III, IV szkół podstawowych  
zlokalizowanych na terenie Miasta Częstochowy na lata 2017-2021”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program korekcji wad postawy dla uczniów klas III, IV szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta Częstochowy na lata 2017-2021”.

**Uzasadnienie**

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika z faktu, że nie odnaleziono wytycznych, które zalecałyby wykonywanie badań w kierunku wad postawy w populacji dzieci w wieku 8-10 lat. Aktualne wytyczne wskazują, za zasadne wykonywanie badań populacji dziewczęta w wieku 10 i 12 lat (dwukrotne badanie), natomiast w populacji chłopców – w wieku 13 lub 14 lat (badanie jednokrotne).

Cele programowe warto określać zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, aby uwzględniały wszystkie zaplanowane działania.

W zakresie interwencji należy wskazać, że w rekomendacjach brak jest zgodnego stanowiska co do zasadności prowadzenia badań przesiewowych u dzieci. Niemniej jednak zaproponowane w projekcie badania są zalecane w diagnostyce wad postawy.

Monitorowanie i ewaluacja wymagają uzupełnienia, gdyż w obecnym kształcie nie spełniają swojego zadania.

W ramach budżetu warto doprecyzować koszty jednostkowe.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad postawy u dzieci. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 227 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2021.

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

Oceniany projekt programu odnosi się do wad postawy wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w następujące priorytety: „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”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie programu odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej przedstawiając zarówno dane krajowe, jak i sytuację regionalną.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2.01.2017 r., w 2014 roku w województwie śląskim odnotowano 219 hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, co stanowiło 0,54% wszystkich hospitalizacji z powodu przeanalizowanych rozpoznań. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 28,40.

Zaburzenia układu ruchu, związane z intensywnym wzrastaniem i kształtowaniem się postawy ciała, według różnych autorów występują u 10–80% dzieci w wieku szkolnym. Tak duże różnice przedstawionego odsetka wynikają przede wszystkim z braku ujednoczonych kryteriów diagnostycznych oraz indywidualnego przebiegu posturogenezy. Uznać można, że zaburzenia charakteryzujące się poważnym przebiegiem dotyczą ok. 10–15% dzieci. Wśród najczęściej występujących zaburzeń układu ruchu wymienić należy: boczne skrzywienie kręgosłupa (skoliozę) występujące u 2-4% dzieci i młodzieży, młodzieńczą kifozę piersiową (chorobę Scheuermana) występującą u 3-5% nastolatków, oraz zniekształcenia statyczne kończyn dolnych, które dotyczą ok. 10-15% dzieci.

#### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zmniejszenie częstości występowania wad postawy u dzieci klas III i IV, poprzez ich skuteczną identyfikację oraz podjęcie konkretnych działań z zakresu profilaktyki poprzez edukację i zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród uczniów, ich rodziców/opiekunów, nauczycieli, pielęgniarek higieny szkolnej”. Projekt programu zawiera również 5 celów szczegółowych. Warto wskazać, że program nie zakłada prowadzenia zajęć korekcyjnych, zatem zmniejszenie występowania wad postawy może okazać się trudne. Cele programowe powinny być tworzone zgodnie z zasadą SMART, zgodnie z którą cel powinien być szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie.

W treści projektu poprawnie przedstawiono mierniki efektywności, które są spójne z postawionymi w projekcie celami, jednak nie odnoszą się do wszystkich zaplanowanych działań. Pominięto działania edukacyjne skierowane do nauczycieli oraz pielęgniarek medycyny szkolnej. Należy również zaznaczyć, że przedstawione mierniki efektywności mają głównie charakter ilościowy. W odniesieniu do przewidzianych działań edukacyjnych miernikiem efektywności może być np. poziom wiedzy uczestników przed i po zakończeniu udziału w programie. Zasadnym wydaje się także doprecyzowanie przedstawionych wskaźników, tak aby obejmowały one dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz schorzenia, z którym się borykają, jak również informacji czy po przeprowadzeniu działań programowych zmniejszyło się występowanie wad postawy. Istotnym jest również, aby wartości mierników były określane przed i po realizacji programu.

#### Populacja docelowa

Populację docelową ocenianego programu stanowią dzieci z klas III i IV szkół podstawowych z terenu miasta Częstochowy. Liczebność populacji docelowej została oszacowana na 5 546 dzieci. Projekt zakłada objęcie działaniami 100% populacji docelowej. Zgodnie z informacjami pozyskanymi z GUS na terenie Częstochowy mieszka 6 354 dzieci w przedziale wiekowym 7-9 lat. Należy odnieść się do powyższych rozbieżności.

Ponadto, w projekcie zaznaczono, że wsparciem edukacyjnym objęte zostaną dzieci z klas III i IV szkół podstawowych z terenu miasta Częstochowy, a także ich rodzice/opiekunowie prawni, nauczyciele i pielęgniarki medycyny szkolnej (ok. 8 000 – 10 000 osób w roku szkolnym 2017/2018).

W projekcie pobieżnie odniesiono się do kryteriów włączenia do udziału w programie. Zasadne jest wyłączenie z możliwości uczestnictwa w programie dzieci, u których wadę postawy zdiagnozowano już wcześniej.

### Interwencja

W ramach realizacji programu przewidziano wdrożenie następujących działań:

- przeprowadzenie badań przesiewowych:
  - ocena krzywizn przednio-tylnych kręgosłupa oraz nachylenia kości krzyżowej przy użyciu inklinometru Saundersa;
  - przeprowadzenie testu Adamsa, pomiar kąta rotacji tułowia przy pomocy skoliometru Bunnella;
  - ocena osiowości kończyn dolnych oraz odnotowanie objawu Derbolowsky'ego, ocena stanu stawów skokowych, wysklepienia podłużnego stopy, stopnia rozciągnięcia ścięgna Achillesa (pomiar centymetrem wymiaru dwukostkowego ew. międzykolanowego w pozycji leżącej dziecka);
  - ocena stawów wg testu Beightona w celu stwierdzenia wiotkości stawowej;
- spotkania edukacyjne z zakresu profilaktyki i korekty wad postawy dla wszystkich dzieci z klas III i IV szkół podstawowych biorących udział w badaniach;
- spotkania edukacyjne skierowane do nauczycieli, pielęgniarek medycyny szkolnej, rodziców/opiekunów prawnych dzieci z klas III i IV szkół podstawowych, u których wykryto nieprawidłowości w zakresie postawy ciała min. 10 spotkań.

Warto podkreślić, że odnalezione wytyczne nie są zgodne co do zasadności prowadzenia przesiewu w kierunku wad postawy. Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force 2014 (USPSTF) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee (UK NSC 2016).

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionej powyżej prezentują: American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics (AAP). Choć AAOS, SRS, POSNA i AAP zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. AAOS, SRS, POSNA i AAP w swoim wspólnym stanowisku (2015 r.) dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat.

W odniesieniu do konkretnych testów diagnostycznych warto wskazać, że odnalezione dowody naukowe pozytywnie odnoszą się do zaproponowanych badań.

Warto także zaznaczyć, że kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad postawy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna być ona przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne m.in. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (bądź w I klasie szkoły podstawowej), w III i V klasie szkoły podstawowej oraz w I klasie gimnazjum. Świadczenia realizowane w ramach przedmiotowego programu mają objąć dzieci i młodzież w wieku od 4-15. roku życia, a więc również roczniki nie kwalifikujące się do otrzymania świadczeń w ramach POZ, w związku z czym można stwierdzić, że

działania przewidziane do realizacji w ramach programu stanowić mogą w pewnej części uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

W przypadku podejrzenia wady postawy w badaniu przesiewowym dziecko będzie kierowane do lekarza specjalisty z poradni rehabilitacji lub wad postawy celem diagnostyki różnicowej. Określenie ścieżki postępowania z uczestnikiem programu po zakończeniu przez niego udziału jest wskazane z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń. Należy pamiętać, że kompleksowa opieka medyczna może przynieść pacjentowi dużo więcej korzyści.

W projekcie opisano działania edukacyjne, wskazano ich zakres tematyczny, osobę odpowiedzialną za ich prowadzenie oraz czas trwania. Interwencje te nie budzą zastrzeżeń.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W ramach monitorowania uwzględniono zarówno ocenę zgłaszalności i jakości udzielanych świadczeń. Zasadnym wydaje się, aby ocena zgłaszalności obejmowała także dokładną liczbę uczestników poszczególnych działań zaplanowanych w ramach programu, z uwzględnieniem wieku dzieci oraz rodzaju schorzenia, z którym się borykają. W ramach oceny jakości udzielanych świadczeń warto także przeprowadzić ankietę satysfakcji uczestników programu.

Ocena efektywności programu nie została przygotowana w sposób prawidłowy. W części projektu poświęconej ww. ocenie zaznaczono jedynie, że nadzór i okresowa kontrola realizacji programu będzie prowadzona przez pracowników Urzędu Miasta Częstochowa, bieżący nadzór będzie natomiast sprawowany przez koordynatora powołanego przez organizatora programu.

Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Jej planowanie powinno się natomiast opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Istotne jest zatem określenie odsetka nowoodkrytych wad postawy, liczby dzieci skierowanych do dalszego leczenia oraz wpływu działań edukacyjnych na zachowanie prawidłowej postawy ciała. Ważne jest także późniejsze monitorowanie zdrowia uczestników po skierowaniu ich do dalszego leczenia w ramach NFZ.

#### Warunki realizacji

Realizatorem programu będzie podmiot wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono także warunki jakie powinien spełnić realizator programu. W projekcie opisano poszczególne etapy postępowania, wskazano sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji danych świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Koszt całkowity realizacji programu został oszacowany na 227 000 zł. Koszt jednostkowy kampanii informacyjno-edukacyjnej oszacowano na 6 500 zł, edukacji uczniów klas III i IV szkół podstawowych na 5 zł, badań przesiewowych (wraz z przygotowaniem pisemnej informacji dla rodziców) na 25 zł, jednego spotkania z zakresu edukacji zdrowotnej skierowanej do rodziców/opiekunów prawnych, nauczycieli, pielęgniarek medycyny szkolnej – na 300 zł, broszur informacyjno-edukacyjnych zawierających propozycje ćwiczeń korekcyjnych dla dzieci z wadami postawy (ok. 75% przebadanych dzieci) – 12 zł, koszty związane z koordynacją programu oszacowano na 1 200 zł (rok). Kosztorys przedstawiono w sposób pobieżny – nie wiadomo bowiem ile spotkań edukacyjnych zostało zaplanowanych (zarówno w przypadku populacji dzieci, jak i osób dorosłych).

#### **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 kifozą 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.

#### Alternatywne świadczenia

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się na 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

Podkreślić należy brak dobrych metodologicznie badań poświadczających efektywność skryningu. 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.

Zgodnie z wytycznymi U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; stanowisko wydane w roku 2004, podtrzymane w latach 2009 oraz 2014) skryning w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wśród młodzieży bez objawów choroby nie jest rekomendowany. USPSTF nie znalazło dobrych dowodów popierających tezę, że skryning młodzieży bez objawów choroby wykrywa skoliozę idiopatyczną na wcześniejszym stadium niż metody wykrywania choroby nieuwzględniające prowadzenia skryningu. Precyzja najbardziej popularnego testu (testu Adamsa z użyciem lub bez użycia skoliometru) służącego wykryciu młodzieży ze skoliozą idiopatyczną, charakteryzuje się natomiast zmiennością, istnieją też dowody mówiące o niedostatecznej obserwacji młodzieży ze skoliozą idiopatyczną wykrytej przez populacyjne programy przesiewowe.

USPSTF znalazło dowody mówiące, że terapia skoliozy idiopatycznej podczas lat młodzieńczych prowadzi do korzyści zdrowotnych (zmniejszenie bólu, dysfunkcji) jedynie w przypadku małego odsetka osób. Większość przypadków wykrytych poprzez przeprowadzone testy przesiewowe nie rozwiną się do klinicznie istotnej formy skoliozy. Przypadki skoliozy wymagające agresywnej terapii, takiej jak operacja, prawdopodobnie zostaną wykryte bez konieczności przeprowadzenia skryningu.

Rekomendacje negatywne odnośnie prowadzenia programów przesiewowych w kierunku młodzieńczej skoliozy idiopatycznej wydało również UK National Screening Committee. Głównymi powodami prezentowanego przez UK NSC stanowiska jest brak wspólnego konsensusu odnośnie

zgody lekarzy na zasadność dalszej terapii po przeprowadzeniu testu Adamsa (w wyniku powyższego część dzieci zostanie skierowana na dalsze badania, w momencie gdy nie wpłyną one na poprawę ich funkcjonowania, część natomiast nie zostanie skierowana na dalsze testy oraz terapię, która mogłaby okazać się dla nich korzystna). Kolejnym badaniem diagnostycznym w kierunku wykrycia skolioz jest badanie z wykorzystaniem promieniowania X, ekspozycja na wskazane promieniowanie może być natomiast szkodliwa. Niejasne jest również czy leczenie osób wykrytych podczas prowadzenia badań przesiewowych jest lepsze od oczekiwania na rozwinięcie symptomów.

Stanowisko przeciwne do rekomendacji przedstawionych powyżej prezentują Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Research Society (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatrics. Choć zgadzają się, że poparcie dla badań przesiewowych ma w omawianym przypadku ograniczenia, w swoim stanowisku twierdzą, że potencjalne korzyści dla pacjentów ze skoliozą idiopatyczną, wiążące się z wczesną terapią ich deformacji, mogą być znaczące. Wytyczne te w swoim wspólnym stanowisku dochodzą do konkluzji, że jeżeli skryning w kierunku wykrycia skoliozy jest przeprowadzany, dziewczęta powinny być poddane badaniom dwukrotnie – w wieku 10 i 12 lat, natomiast chłopcy jednokrotnie – w wieku 13 lub 14 lat. Powyżej sformułowane zalecenie poparte jest faktem, iż dziewczęta osiągają dojrzałość płciową ok. 2 lat wcześniej niż chłopcy oraz 3-4 razy częściej cierpią na skoliozę wymagającą leczenia. Rekomendacje podkreślają, że aby program profilaktyczny był skuteczny, musi być prowadzony przez dobrze wyszkolony personel, który odpowiednio przeprowadzi test Adamsa oraz wykona pomiary skoliometrem, co umożliwi poprawne zidentyfikowanie osób z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną.

Pomimo różnych 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 powieleły 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 znaczenia czynników sprzyjających wadom postawy oraz budowania i wzmacniania znaczenia zachowania prawidłowej postawy. Istotne jest też nieprzeciążanie 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.

**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: OT.441.230.2017 „Program korekcji wad postawy dla uczniów klas III, IV szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta Częstochowy na lata 2017-2021” realizowany przez: Miasto Częstochowa, Warszawa, sierpień 2017 oraz Aneksu „Programy profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 282/2017 z dnia 4 września 2017 roku o projekcie programu „Program korekcji wad postawy dla uczniów klas III, IV szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie miasta Częstochowy na lata 2017-2021”