



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 97/2018 z dnia 21 czerwca 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny Program  
Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci  
w wieku 5 lat”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny Program Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej był już przedmiotem oceny Agencji w 2017 r. i uzyskał wówczas negatywną opinię Prezesa Agencji. W aktualnie ocenianym projekcie uwzględniono większość uwag Prezesa Agencji przedstawionych w poprzedniej opinii, odnoszących się w głównej mierze do populacji docelowej programu i planowanych interwencji. Zaproponowana obecnie populacja docelowa programu oraz interwencje, które przewidziano w ramach programu korespondują z odnalezionymi rekomendacjami klinicznymi i opiniami ekspertów klinicznych, co umożliwi wydanie pozytywnej opinii Prezesa Agencji.

Niemniej jednak w celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej uwagi dotyczące poszczególnych elementów projektu programu.

Zaproponowane w projekcie cele programowe zostały przeformułowane i są zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności zostały doprecyzowane, przy czym mają one głównie charakter ilościowy.

W odniesieniu do populacji docelowej programu należałoby wyjaśnić metodologię przyjętej zgłaszalności do poszczególnych działań w ramach programu. Warto także zwrócić uwagę, że istnieje ryzyko powielania świadczeń w zakresie konsultacji okulistycznych i niektórych badań diagnostycznych.

Monitorowanie i ewaluację programu zaplanowano w sposób poprawny.

Budżet został poprawiony, jednak należy zweryfikować kwotę przeznaczoną na koszty pośrednie oraz pamiętać o uwzględnieniu w kosztorysie kwoty przeznaczonej na monitorowanie i ewaluację programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację zaplanowanych działań wynosi 6 442 550 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2021.



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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej częściowo wpisuje się w priorytet zdrowotny: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Opis problemu zdrowotnego został opisany prawidłowo. Odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z danymi na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla woj. małopolskiego, liczba poradni okulistycznych dla dzieci, które w 2014 r. sprawozdały co najmniej jedną poradę w ramach NFZ wyniosła 10 (zrealizowano ich łącznie około 23 430 i była to piąta najwyższa wartość w ww. zakresie wśród wszystkich województw). Z kolei, liczba hospitalizacji dzieci z powodu chorób oka i okolic ogółem w 2014 roku na 100 tys. dzieci w woj. małopolskim wynosiła 192,87 hospitalizacji i była to jednocześnie siódma najwyższa wartość wśród wszystkich województw w Polsce.

### Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest *poprawa stanu zdrowia dzieci w wieku 5 lat, poprzez zwiększenie o 20% wczesnego wykrywania i zdiagnozowania wad wzroku oraz wdrożenia postępowania leczniczego, zapobiegającego powstaniu i utrwalaniu się wad wzroku na terenie województwa małopolskiego w latach 2019-2021*. Powyższy cel został przeformułowany zgodnie z uwagami Prezesa Agencji przedstawionymi w poprzedniej opinii i w obecnym brzmieniu jest zgodny z koncepcją SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Wskazano także 4 cele szczegółowe, które stanowią uzupełnienie dla celu nadrzędnego. Zaproponowane cele dotyczą głównie zwiększenia poziomu wiedzy nt. profilaktyki i higieny narządu wzroku oraz wykrywania i leczenia wad wspomnianego narządu, jak również poszerzenia wiedzy nt. sytuacji epidemiologicznej wad wzroku w populacji docelowej programu. Zostały one sformułowane zgodnie z zasadą SMART. Przy czym niejasna jest metodologia oszacowań procentowych zakładanych zmian w zakresie ww. założeń, co warto uściślić.

Mierniki efektywności zostały uzupełnione zgodnie z uwagami z poprzedniej opinii Prezesa Agencji, wskazano ich wartość docelową i sposób pomiaru. Jednakże należy podkreślić, że wskazane mierniki mają charakter głównie ilościowy i odnoszą się w dużej mierze do monitorowania działań w programie, np. „liczba dzieci objętych programem zdrowotnym”, „liczba dzieci uczestniczących w zajęciach edukacyjnych”, „liczba wychowawców przedszkolnych uczestniczących w zajęciach informacyjno-edukacyjnych” itp. Z zapisów projektu wynika, że miernikami efektywności wymaganymi we wnioskach o dofinansowanie projektów ze środków EFS są również „liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie” oraz „liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu”. Jednak wskaźniki te nie mają odzwierciedlenia w treści ocenianego projektu programu, jak również nie odnoszą się do żadnego z jego celów.

### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci w wieku 5 lat (roczniki 2014-2016) zamieszkałe na terenie woj. małopolskiego.

Liczba dzieci kwalifikujących się do udziału w programie wynosi 105 800. Założono, że zgłaszalność do programu będzie na poziomie ok. 80%, zatem liczebność populacji docelowej programu wyniesie ok. 84 500 dzieci. W projekcie szacuje się, że blisko 20% pięcioletków z ww. populacji zostanie zakwalifikowanych do dalszej diagnostyki (tj. 16 900 dzieci) w trakcie 3 lat realizacji programu. Dane w zakresie liczebności populacji docelowej programu są zgodne z danymi GUS w przedmiotowym zakresie.

Ponadto w projekcie przewidziano udział rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz wychowawców przedszkolnych. Przyjęto frekwencję rodziców/opiekunów prawnych dzieci na poziomie 50% w całym okresie realizacji programu (tj. 42 520 osób). Z kolei, wychowawcy przedszkolni biorący udział w projekcie będą stanowić blisko 2 200 uczestników, tj. po jednym reprezentancie z każdej placówki przedszkolnej zaangażowanej w realizację programu.

Wśród kryteriów kwalifikacji do udziału w programie oprócz wieku i miejsca zamieszkania wymienia się także uzyskanie pisemnej zgody rodziców wraz z oświadczeniem, że dziecko nie jest objęte specjalistyczną opieką medyczną w zakresie zaburzeń wzroku w ramach NFZ.

Rekomendacje/wytyczne z przedmiotowego zakresu nie są zgodne co do wieku populacji oraz rodzaju badania jakie należy w niej wykonać. Większość zaleceń odnosi się do dzieci w wieku 3-6 lat, zatem populacja określona w projekcie jest poprawna.

Podsumowując w ocenianym projekcie doprecyzowano i uzupełniono informacje dotyczące populacji docelowej programu zgodnie z uwagami Prezesa Agencji. Aczkolwiek nie do końca jasna pozostaje metodologia zakładanych frekwencji (przesiew - 80%, edukacja rodziców - 50%, pogłębiona diagnostyka - 20%), co należy wyjaśnić.

#### Interwencja

W ramach programu zaplanowano realizację następujących interwencji:

- edukacja zdrowotna, tj. spotkania edukacyjno-informacyjne dla rodziców/opiekunów dzieci i wychowawców przedszkolnych oraz zajęcia edukacyjne dla dzieci w wieku 5-lat uczestniczących w programie;
- badania przesiewowe 5-latków w kierunku wad wzroku wraz z konsultacją okulistyczną,
- pogłębiona diagnostyka 5-latków z wykrytą wadą wzroku (konsultacja okulistyczna wraz z indywidualnie dostosowanymi badaniami diagnostycznymi).

Edukacja zdrowotna zarówno 5-letnich uczestników programu, jak i ich najbliższego otoczenia (tj. rodziców/ opiekunów prawnych oraz wychowawców przedszkolnych) stanowi swego rodzaju wartość dodaną programu. Wskazano czas trwania i liczbę spotkań, liczebność grup oraz osoby odpowiedzialne za prowadzenie zajęć szkoleniowych.

Odnalezione dowody naukowe (Dean 2015) wskazują, że prowadzenie działań edukacyjnych może mieć duży wpływ na poprawę skuteczności stosowania się dzieci do zaleceń terapeutycznych w leczeniu amblyopii. W metaanalizie Dean 2015 podkreśla się też istotne znaczenie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów i nauczycieli ww. populacji dzieci.

Badania przesiewowe wzroku będą prowadzone na terenach placówek przedszkolnych. Za realizację ww. badań odpowiedzialny będzie zespół kierowany przez lekarza okulistę, w skład, którego mogą wchodzić osoby uprawnione do wykonywania przesiewu w kierunku wad wzroku ze stosownym certyfikatem (np. optometryści), co pozostaje w zgodzie z odnalezionymi dowodami naukowymi.

Wytyczne podkreślają, że wymagany jest udział przeszkolonego i certyfikowanego personelu medycznego, pozyskanie odpowiedniej przestrzeni oraz sprzętu, a także odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań rodzinie, POZ, a także szkołom i odpowiednim instytucjom państwowym (NCCVEH 2015A, UK NSC 2013, RCO/OSC 2009).

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów, wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa (USPSTF 2017, CPS 2016, NCCVEH 2015, AAPOS 2014, UK NSC 2013, RCO/OSC 2009),

a także eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej.

W ramach wspomnianych badań przesiewowych w projekcie przewiduje się zastosowania optotypów (tj. tablic obrazkowych/tablic Snellena) celem badania ostrości wzroku, wykonanie badania ustawienia oraz ruchomości gałek ocznych, testu naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (cover test) oraz testu zakrywania i odkrywania (cover-uncover test), testu obuocznego widzenia, jak również realizację konsultacji okulistycznej, edukacji zdrowotnej i opisanie wyników badań z uwzględnieniem kryterium rozpoznania nieprawidłowości funkcjonowania narządu wzroku, a następnie w przypadku wystąpienia wady wzroku - kwalifikacji do dalszej diagnostyki lub wydania zaleceń dot. leczenia w ramach NFZ (dla rodziców/opiekunów dziecka).

Badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów jest najczęściej stosowanym i wskazywanym badaniem w ramach skryningu w kierunku wad wzroku u dzieci. Zalecane jest przez Polskie Towarzystwo Ortoptyczne jako badanie podstawowe z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku/chorób oczu u dzieci (PTOrt 2016). Ponadto, badanie to przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku (CPS 2016, NCCVEH 2015, AAPOS 2014A, AAPOS 2014B, RCO/OSC 2009, AAO 2007, IMD 2002).

Kolejne metody przesiewowe uwzględnione w projekcie, tj. badania ustawienia i ruchomości gałek ocznych również znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach. Ocena ruchów i ustawienia gałek ocznych wymieniane są wśród rutynowych badań w zaleceniach Canadian Paediatric Society (CPS 2016) oraz American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS 2014 B), a także Instytutu Matki i Dziecka (IMD 2002).

W treści projektu wskazano również na zastosowanie testów naprzemiennego zasłaniania (cover test oraz cover/uncover test), które są jednymi z zalecanych badań przesiewowych w kierunku zezów m.in. przez Canadian Paediatric Society oraz Instytut Matki i Dziecka (CPS 2016, IMD 2002).

Wśród badań przesiewowych wymieniono także test obuocznego widzenia, jednak nie wskazano konkretnej techniki badawczej. Polskie Towarzystwo Ortoptyczne (PTOrt 2016) rekomenduje dane badanie jako podstawowe z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku u dzieci, sygnalizując tym samym zastosowanie synoptoforu. Dodatkowo w wytycznych NCCVEH 2015 akceptuje się wykonywanie tzw. stereotestów, jak np. często stosowany test Titmusa (inaczej test muchy). Test ten może być stosowany u małych dzieci.

W projekcie przewidziano także pogłębioną diagnostykę, adekwatnie do wykrytej wady wzroku dziecka. W ramach porady lekarza okulisty przewiduje się wykonanie dokładnego wywiadu diagnostycznego z rodzicem/ opiekunem dziecka i ustalenie zakresu indywidualnych badań diagnostycznych potrzebnych do postawienia ostatecznej diagnozy.

Jak wskazują m.in. wytyczne Canadian Paediatric Society (CPS 2016) czy The National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH 2015A), każde dziecko z nieprawidłowościami stwierdzonymi w badaniu wzroku, lub które nie przeszło pozytywnie badań przesiewowych wzroku, powinno zostać skierowane na dalszą diagnostykę. Dzieci z dodatkowymi czynnikami ryzyka, jak np. opóźnienie w rozwoju, powinny zostać przebadane przez wysoko wyspecjalizowanych okulistów.

Część badań z zakresu diagnostyki pogłębionej powiela się z zastosowanymi działaniami w ramach skryningu w kierunku wad wzroku w projekcie programu (tj. badanie ostrości wzroku, ustawienia i ruchomości gałek ocznych czy testów cover i uncover).

Badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej jest rekomendowanym badaniem dodatkowym przez Polskie Towarzystwo Ortoptyczne (PTOrt 2016). Stanowi tym samym część rutynowego badania okulistycznego. Test Hirschberga jest również zalecanym przez PTOrt 2016 badaniem podstawowym z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku i chorób oczu u dzieci. Należy mieć na uwadze, że część odnalezionych wytycznych traktuje ww. badanie jako element przesiewu w kierunku wad wzroku, a niekoniecznie pogłębione badanie diagnostyczne (CPS 2016, IMD 2002). Wśród dzieci z grupy docelowej wykonane ma zostać również badanie dna oka. Jest ono zalecane

przez Canadian Paediatric Society (CPS 2016). Ponadto, badanie to wskazywane jest także przez ekspertów klinicznych. W ramach projektu przewiduje również badanie fiksacji za pomocą wizuskopu. Ocena fiksacji wzroku oraz ustawienia gałek ocznych pozwala na rozpoznanie niedowidzenia lub zezą, a tym samym jest interwencją rekomendowaną przez PTOrt 2016.

Ponadto, oprócz wyżej opisanych badań, zaplanowano też przeprowadzenie badania refrakcji przy użyciu autorefraktometru po poszerzeniu źrenicy, które wskazywane jest w rekomendacjach/wytycznych jako metoda szczególnie użyteczna w przypadku małych dzieci, które nie są jeszcze zdolne do współpracy przy badaniu z użyciem tablic optometrycznych (NCCVEH 2015, AAPOS 2014A, USPSTF 2017).

Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci poniżej 6 r.ż., realizowane są jedynie orientacyjne badania zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu wśród 4- i 5-latków w ramach świadczeń pielęgniarstwa POZ oraz badania w kierunku zezą (cover test, test Hirschberga) i badania ostrości wzroku wśród dzieci w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego w ramach świadczeń lekarza POZ oraz pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej. Z kolei, porady specjalistyczne w dz. okulistyka dla dzieci czy leczenia zezą należą do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Reasumując, interwencje zaplanowane w ramach projektu zostały doprecyzowane zgodnie z uwagami Prezesa Agencji i są zgodne z wytycznymi klinicznymi. Mając na uwadze szeroki aspekt zaplanowanych w ramach projektu interwencji przesiewowych/diagnostycznych oraz edukację zdrowotną uwzględniającą dzieci i ich najbliższe otoczenie, program ten może stanowić uzupełnienie i zwiększenie dostępności świadczeń finansowanych w ramach NFZ.

Jednakże należy podkreślić, że istnieje ryzyko powielania świadczeń w zakresie konsultacji okulistycznych i niektórych badań diagnostycznych. Niejasne pozostaje jakim testem będą wykonywane badania obuocznego widzenia, co warto doprecyzować.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane uzupełnione zgodnie z uwagami z poprzedniej opinii Prezesa Agencji.

Zarówno ocena zgłaszalności, jak i ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostały opracowane w sposób prawidłowy.

Ewaluacja programu także została zaplanowana w sposób poprawny, niemniej jednak zostanie ona oparta głównie na wskaźnikach ilościowych.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony na podstawie konkursu ofert, co zgodne jest z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano kompetencje i wymagania wobec realizatora. Odniesiono się także do organizacji programu, w tym sposobu zapraszania uczestników i zakończenia udziału w programie.

Koszt całkowity programu oszacowano na 6 442 550 zł. Przy czym nie przedstawiono zestawienia kosztów programu z podziałem na lata jego realizacji. Wskazano koszty jednostkowe w odniesieniu do poszczególnych planowanych w ramach programu interwencji. Jednak należałoby zweryfikować wysokość kosztów pośrednich, ponieważ biorąc pod uwagę kwotę przeznaczoną na koszty bezpośrednie w projekcie (tj. 5 794 850 zł), kwota kosztów pośrednich nie powinna przekroczyć 579 485 zł (10% kosztów bezpośrednich projektu). W zapisach programu pojawiają się również niejasności w zakresie ostatecznego oszacowania budżetu całkowitego, co należy doprecyzować.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

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

##### Problem zdrowotny

Zaburzenia narządu wzroku są jednymi z najczęstszych zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Rodzaj tych zaburzeń oraz ich częstość zależy od wieku dziecka. Najczęstszymi zaburzeniami są:

- wady refrakcji – układ optyczny oka nie skupia równoległej wiązki światła na siatkówce, powodując zamglenie widzenia: krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm
- zez (strabismus) – nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych;
- zaburzenia widzenia barw – uszkodzenie funkcji fotoreceptorów siatkówki (czopków) – najczęściej jest wadą wrodzoną, uwarunkowaną genetycznie;
- amblyopia („leniwe oko”) – definiowana jako deficyt w ostrości widzenia stwierdzony za pomocą optotypów np. tablic Snellena, lub jako jednostronny lub obustronny spadek ostrości widzenia, dla którego niemożliwe jest określenie przyczyn w fizykalnym badaniu lekarskim.

#### Alternatywne świadczenia

Świadczenia z zakresu diagnostyki wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Mogą one być realizowane w ramach okresowych bilansów dzieci w wieku szkolnym lub w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

#### Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne: Canadian Paediatric Society - CPS 2016, The National Center for Children’s Vision and Eye Health - NCCVEH 2015, , American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus - AAPOS 2014, Royal College of Ophthalmologists/ Ophthalmic services for Children -RCO/OSC 2009, American Academy of Ophthalmology - AAO 2007, Instytut Matki i Dziecka - IMD 2002.

W odnalezionych rekomendacjach zagranicznych nie ma zgodności co do wieku dzieci, częstości, rodzajów testów przesiewowych, jakie powinny być wykonywane w kierunku wykrywania zaburzeń wzroku oraz kto te testy powinien przeprowadzać. Większość rekomendacji klinicznych w zakresie skryningu w kierunku wad wzroku, odnosi się głównie do dzieci <5 r.ż.

Narodowy Panel Ekspertów The National Center for Children’s Vision and Eye Health rekomenduje przeprowadzanie corocznego skryningu w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku od 3 do poniżej 6 lat lub przynajmniej raz (akceptowalne minimum) przy użyciu tablic optometrycznych lub refraktometru (NCCVEH 2015).

UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2013).

US Preventive Services Task Force znalazło wystarczające dowody wskazujące, że narzędzia służące do przeprowadzania badań przesiewowych wzroku mają odpowiednią dokładność w wykrywaniu wad wzroku, w tym wad refrakcji, zezów i amblyopii oraz rekomenduje przeprowadzanie badań przesiewowych wzroku wśród wszystkich dzieci przynajmniej raz między 3 a 5 r.ż. w celu wykrycia obecności amblyopii lub jej czynników ryzyka (USPSTF 2011).

Badanie ostrości wzroku przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku, chyba że dziecko nie jest zdolne do wykonania takiego testu – w takim wypadku rekomenduje się wykonanie badań przy użyciu zautomatyzowanych urządzeń np. refraktometrii automatycznej lub photoscreeningu.

Wśród zalecanych badań przesiewowych w kierunku zezów wymienia się: test Hirschberga (test odbłasków rogówkowych), badanie ustawienia gałek ocznych, ocenę ruchów gałek ocznych, cover test (naprzemienne zasłanianie), test czerwonego refleksu.

W rekomendacjach wskazuje się również na występowanie fałszywie pozytywnych wyników skryningu (szczególnie u młodszych dzieci) które prowadzić mogą do nadmiernego przepisywania okularów korygujących (USPSTF 2011).

W swoich opiniach, eksperci stwierdzili, że nie ma skuteczniejszych interwencji w przedmiotowym wskazaniu niż: badanie ostrości wzroku (wykrywające ewentualne osłabienie widzenia), ruchomości gałek ocznych (kontrolujące ustawienie oczu i potwierdzające lub wykluczające obecność zezów), badanie dna oka (wykrywające ewentualne schorzenia oczu) oraz badanie wady refrakcji autorefraktometrem komputerowym po porażeniu akomodacji (wykrywające wady refrakcji). Istotnym jest aby badanie autorefraktometrem było wykonane po porażeniu akomodacji oka.

Autorzy przeglądów (m.in. Alexander 2010, Powell 2009, Schmucker i wsp. 2009) są zgodni, że brak jest dowodów dotyczących prowadzenia przesiewowych badań wzroku. Mimo tego, że badania przesiewowe wzroku są szeroko prowadzone w szkołach w krajach o wysokich dochodach i w wielu krajach o średnich dochodach, efektywność tych programów nie została dotąd ustalona. Badania przesiewowe wzroku w szkołach są generalnie postrzegane jako korzystne, jednak brak jest prowadzonych badań RCT, które mogłyby potwierdzić lub odrzucić tą tezę. Brak zgodności co do wieku dzieci, w którym powinny być poddane przesiewowi, jakie testy powinny być stosowane, jakie punkty końcowe powinny być oceniane oraz z jaką częstością testy te należy wykonywać.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.85.2018 Regionalny Program Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” realizowany przez: województwo małopolskie, Warszawa, maj 2018, Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 131/2018 z dnia 11 czerwca 2018 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” (woj. małopolskie).