



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 59/2024 z dnia 23 sierpnia 2024 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród
uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych z terenu
powiatu bielskiego w roku szkolnym 2025/2026”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2025/2026”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wносить wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zaplanowane interwencje obejmują działania edukacyjne oraz badania przesiewowe, które znajdują odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych i opiniach ekspertów, co wzięto pod uwagę przy wydawaniu opinii.

Opiniowany projekt zawiera jednak uchybienia, które uniemożliwiają jego realizację z zachowaniem wysokiej jakości. W związku z powyższym należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności: poprawnie sformułować cel główny oraz cele szczegółowe; uzupełnić zapisy dotyczące zaplanowanych działań zgłoszeniowych i edukacyjnych; uszczegółowić opis planowanych etapów oraz interwencji; skorygować część zaplanowanych wskaźników monitorowania i ewaluacji.

Ponadto należy mieć także na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powieły u danego pacjenta świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się bowiem w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy i pielęgniarki POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne. W związku z powyższym należy dołożyć wszelkich starań, aby zredukować ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku u dzieci, które uczęszczają do klas I i V szkół podstawowych znajdujących się na terenie powiatu Bielskiego, a także działań edukacyjnych dla ich rodziców/opiekunów prawnych oraz wychowawców, realizowany przez Powiat Bielski.

Realizacja programu została zaplanowana na lata 2025-2026, a całkowity koszt został oszacowany na 508 640 zł.

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. 2024 poz. 146) 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

W opiniowanym PPZ przedstawiono problem zdrowotny, jakim są wady wzroku wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono definicję narządu wzroku oraz krótką charakterystykę wad wzroku takich jak niedowidzenie, wady refrakcji (w tym krótkowzroczność, dalekowzroczność i astygmatyzm), choroba zezowa, różnowzroczność oraz zaburzenia widzenia barw).

Projekt programu zawiera wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu odniesiono się do globalnej oraz krajowej sytuacji epidemiologicznej korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że *„na całym świecie co najmniej 2,2 miliarda ludzi ma wadę wzroku do blizy lub dali, a z nich co najmniej 1 miliard ma wadę wzroku, której można było zapobiec lub która jeszcze nie została wykryta”*.

W projekcie odniesiono się do regionalnej sytuacji epidemiologicznej. Wskazano, że *„według danych o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w województwie śląskim w 2022 roku, u aż 2380 stwierdzono po raz pierwszy zaburzenia refrakcji i akomodacji oka. Jest to 10,6% ogółu rozpoznanych po raz pierwszy schorzeń wg kodu ICD 10 w województwie śląskim”*. Podkreślono również, że *„w latach 2020-2022 Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bielsku Białej wydał orzeczenia o niepełnosprawności dzieciom poniżej 16 r.ż. m.in. w roku 2020-350 orzeczeń, w tym w strukturze niepełnosprawności choroby narządu wzroku stanowiły 9,7%”*.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej. Pozwoliłoby to na analizę istotności problemu zdrowotnego oraz możliwości jego zabezpieczenia w kontekście potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ).

Warto podkreślić, że zgodnie z informacjami zawartymi w MPZ na lata 2022-2026 dla województwa śląskiego, schorzenia aparatu ochronnego oka i oczodołu (2,18) zaliczane były do najczęstszych świadczeń z pozostałych grup rozpoznań w SOR w 2018 r. Nie przedstawiono jednak rekomendowanych kierunków działań dla województwa śląskiego z zakresu okulistyki w populacji dzieci i młodzieży.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„przebadanie w kierunku wykrycia wad wzroku co najmniej 60% uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego rozpoczynających edukację w roku szkolnym 2025/2026”*.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowany cel główny został sformułowany w sposób nieprawidłowy,

w postaci działania, co należy skorygować. Ponadto cel główny nie zawiera uzasadnienia dla podanej wartości docelowej. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

W projekcie zaproponowano 4 cele szczegółowe:

- (1) *„wykrycie wad wzroku u jak największej liczby uczniów, minimum u 3% uczniów klas pierwszych i piątych przebadanych w programie w roku szkolnym 2025/2026 oraz przekazanie wyniku z badania rodzicom /opiekunom prawnym z zaleceniami dalszej diagnostyki i leczenia w poradni okulistycznej”,*
- (2) *„podniesienie poziomu wiedzy na temat kształtowania prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u rodziców/opiekunów prawnych uczniów uczestniczących w programie poprzez działania edukacyjne oraz zweryfikowanie nabytej wiedzy przez przeprowadzenie pre- i post testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów programu)”,*
- (3) *„podniesienie poziomu wiedzy na temat kształtowania prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u wychowawców klas pierwszych i piątych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego poprzez działania edukacyjne oraz zweryfikowanie nabytej wiedzy przez przeprowadzenie pre- i post testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów programu)”,*
- (4) *„podniesienie poziomu wiedzy na temat kształtowania prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u uczniów klas piątych uczniów uczestniczących w programie poprzez działania edukacyjne oraz zweryfikowanie nabytej wiedzy przez przeprowadzenie pre- i post testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów programu)”,*

Cel szczegółowy nr 1 wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w projekcie badań przesiewowych wzroku. Należy jednak zaznaczyć, że samo wykrycie wad wzroku nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia we wskazanej populacji. Cele szczegółowe nr 2, 3 i 4 odnoszą się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ. Możliwy jest wzrost wiedzy na skutek zaplanowanych w programie działań edukacyjnych. W treści projektu zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, nie załączono jednak przykładowego testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja.

W projekcie programu przedstawiono końcową ankietę satysfakcji dla rodziców/opiekunów prawnych oraz wychowawców, w której zawarto dwa pytania odnoszące się do wzrostu wiedzy uczestników tj. *„czy przed udziałem w programie posiadała Pani/posiadał Pan wiedzę na temat zaburzeń narządu wzroku oraz objawów mogących świadczyć o jego zaburzeniach u dzieci?”* oraz *„czy przez udział w programie zwiększyła Pani/zwiększył Pan swoją wiedzę na temat narządu wzroku oraz objawach mogących świadczyć o jego zaburzeniach?”*. Należy zaznaczyć, że przedstawiony sposób pomiaru wzrostu wiedzy ma charakter wyłącznie deklaracyjny, co jest działaniem nieprawidłowym. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 85% poprawnych odpowiedzi w pre-teście). Podobnie jak w przypadku celu głównego, nie przedstawiono uzasadnienia dla wartości docelowych wskazanych przy celach szczegółowych.

Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

W projekcie programu zaproponowano 5 mierników efektywności:

- (1) „odsetek przebadanych uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego w roku szkolnym 2025/2026 w stosunku do populacji kwalifikującej się do przeprowadzenia badania”,
- (2) „odsetek uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego, u których wykryto wady wzroku i przekazano wynik rodzicom/opiekunom prawnym z zaleceniami dalszej diagnostyki i leczenia w poradni okulistycznej”,
- (3) „wzrost poziomu wiedzy w zakresie prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u rodziców/opiekunów prawnych”,
- (4) „wzrost poziomu wiedzy w zakresie prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u wychowawców klas pierwszych i piątych szkół podstawowych funkcjonujących na terenie powiatu bielskiego”,
- (5) „wzrost poziomu wiedzy w zakresie prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25% u uczniów klas piątych szkół podstawowych funkcjonujących na terenie powiatu bielskiego”.

Należy zaznaczyć, że mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary.

Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, może natomiast zostać wykorzystany podczas monitorowania zgłaszalności. Wskaźniki 3, 4 oraz 5 należy przeformułować na odsetek odpowiednio rodziców, wychowawców i uczniów klas piątych szkół podstawowych funkcjonujących na terenie powiatu bielskiego u których odnotowano wzrost poziomu wiedzy w zakresie prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem o minimum 25%. Należy także uzupełnić zapis dotyczący miernika nr 1. Pozostałe wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo, odnosząc się do poszczególnych celów programu.

Populacja docelowa

Populację docelową stanowią uczniowie klas I i V szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego i rozpoczynający edukację w roku szkolnym 2025/2026, a także mieszkający na terenie powiatu bielskiego. Według danych z poszczególnych urzędów gmin z terenu powiatu bielskiego na terenie powiatu znajduje się 55 szkół podstawowych. Szacowana liczba dzieci w klasach I i V w ww. szkołach wynosi 1 961 dzieci (klasa I) oraz 1 966 dzieci (klasa V). Dane te zbliżone są do informacji zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Podsumowano, że szacowana populacja kwalifikująca się do włączenia do programu w latach 2025/2026 stanowić będzie 1 960 uczniów klas I oraz 1 960 uczniów klas V. Należy zatem zaznaczyć, że łącznie badaniami przesiewowymi zostanie objęte 3 920 dzieci.

W programie prawidłowo określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia.

Interwencja

Zaplanowano działania informacyjno-zgłoszeniowe, edukacyjne oraz badania przesiewowe.

Działania informacyjno-zgłoszeniowe

Zgodnie z treścią PPZ, akcja informacyjna oraz zgłoszeniowa do programu prowadzona będzie przez realizatora/realizatorów wybranych w drodze konkursu za pośrednictwem szkół podstawowych.

W treści projektu nie przedstawiono szczegółów dot. działań zgłoszeniowych. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

Działania edukacyjne

W programie planowane jest przeprowadzenie edukacji uczniów klas V, rodziców/opiekunów prawnych dzieci klas I i V objętych programem oraz ich wychowawców. W ramach działań edukacyjnych poruszone zostaną zagadnienia dotyczące kształtowania prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem oczu oraz podniesienie umiejętności dostrzegania sygnałów, które świadczą o problemach ze wzrokiem.

Edukacja uczniów odbędzie się w salach lekcyjnych, natomiast rodziców/opiekunów prawnych oraz wychowawców realizowana będzie za pomocą internetu. Zostanie ona przeprowadzona przez lekarza okulistę z minimum dwuletnim stażem, bądź optometrystę (w przypadku edukacji uczniów).

Należy również zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono szczegółów dot. działań edukacyjnych takich jak np. czas trwania edukacji oraz jej forma. Kwestia ta wymaga uzupełnienia.

Badania przesiewowe wzroku

Badanie przesiewowe zostanie przeprowadzone przez wykwalifikowany personel posiadający odpowiednie uprawnienia oraz doświadczenie zawodowe tj. lekarza okulistę z minimum dwuletnim stażem lub optometrystę posiadającego co najmniej dwuletnie doświadczenie w zakresie badań wzroku lub ortoptystę posiadającego co najmniej pięcioletnie doświadczenie w zakresie badań okulistycznych. Przeprowadzenie badań przesiewowych odbędzie się według ustalonego wcześniej harmonogramu na terenie danej szkoły podstawowej w pomieszczeniach spełniających wymogi ogólne, w których można w sposób właściwy i bezpieczny przeprowadzić badanie (gabinet pomocy przedlekarskiej, gabinet pedagoga szkolonego itp.).

Podkreślono, że ostatnim etapem badania przesiewowego uczniów klas I i V będzie postawienie diagnozy, omówienie uzyskanego wyniku badania wraz z ewentualnymi zaleceniami dalszej diagnostyki i leczenia w poradni okulistycznej.

Zaplanowane interwencje znajdują odzwierciedlenie w odnalezionych dowodach naukowych. Przy realizacji programu zaleca się, aby mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności zostanie przeprowadzona na podstawie analizy: „liczby osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej (liczby zgód na udział w programie)”, „liczby osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów”, „liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji”, „liczby uczniów, u których wykonano badanie przesiewowe w stosunku do populacji objętej programem”, „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do rodziców/opiekunów prawnych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy”, „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do wychowawców klas pierwszych i piątych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy” oraz „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do uczniów klas piątych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy”. Należy zaznaczyć, że część przedstawionych wskaźników tj. „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do rodziców/opiekunów prawnych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy”, „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do wychowawców klas pierwszych i piątych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy” oraz „odsetek osób objętych działaniami edukacyjno-informacyjnymi skierowanymi do uczniów klas piątych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy”, odnosi się bardziej do ewaluacji.

W ramach oceny jakości świadczeń nie odniesiono się do przeprowadzenia ankiety satysfakcji. Niemniej jednak załączono wzór przykładowego kwestionariusza. Przewidziano również możliwość zgłaszania uwag/sugestii. Należy jednak zaznaczyć, że załączony wzór ankiety zawiera dwa pytania odnoszące do oceny wzrostu wiedzy, które mają charakter wyłącznie deklaracyjny co jest działaniem nieprawidłowym. Kwestia ta wymaga korekty.

Zgodnie z treścią PPZ, proces ewaluacji rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu. Zaznaczono, że w ramach ewaluacji wykorzystane zostaną następujące wskaźniki: „liczba dzieci zgłoszonych do programu w stosunku do wielkości populacji, do której program jest kierowany”, „liczba dzieci, u których wykryto wadę wzroku, wraz z rodzajem wykrytej wady i ewentualnymi zaleceniami w zakresie dalszej diagnostyki i leczenia w poradni okulistycznej”, „wzrost nabytej wiedzy poprzez wypełnienie pre- i post-testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów) u rodziców/opiekunów prawnych”, „wzrost nabytej wiedzy poprzez wypełnienie pre- i post testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów) u wychowawców klas pierwszych i piątych szkół podstawowych” oraz „wzrost nabytej wiedzy poprzez wypełnienie pre- i post-testów (przygotowanych przez realizatora/realizatorów) u uczniów klas piątych”. Należy zauważyć, że wskaźnik „liczba dzieci zgłoszonych do programu w stosunku do wielkości populacji, do której program jest kierowany” odnosi się bardziej do monitorowania. Należy również zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki odnoszące się do wzrostu wiedzy przypominają bardziej cele niż mierniki dotyczące ewaluacji.

Podsumowując ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało częściowo uwzględnione w projekcie. Należy także uwzględnić uwagi dotyczące celów programu i wskaźników efektywności.

Warunki realizacji

Projekt zawiera zdawkowy opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu., które wymagają uszczegółowienia. Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Wskazano, że kampania informacyjna zostanie przeprowadzona w ramach pierwszego etapu działań podejmowanych w ramach programu.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

Oszacowano koszty monitorowania i ewaluacji, a także koszty jednostkowe. Należy jednak zweryfikować koszty jednostkowe badań okulistycznych z uwagi na fakt, że mogą być zaniżone względem aktualnie obowiązujących stawek.

Koszt całkowity został oszacowany na 508 640 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Powiatu Bielskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Proces rozwoju widzenia u dziecka jest dynamiczny, a najważniejszy, krytyczny okres, przypada na pierwsze dwa lata życia. W przeciwieństwie do osób dorosłych, dzieci z jednostronnym, jak również z obustronnym upośledzeniem widzenia, mogą dobrze funkcjonować oraz nie sygnalizować zaburzeń w tym zakresie. Nieprawidłowości narządu wzroku u dzieci najczęściej pozostają przez długi czas bezobjawowe.

Główną przyczyną zaburzeń widzenia w dzieciństwie są wady refrakcji, odpowiedzialne za 56-94% przypadków niedowidzenia. Rodzaj wady wzroku występującej u dzieci jest związany z wiekiem. Wśród niemowląt przeważa nadwzroczność, stopniowo zmniejszająca się, aż do osiągnięcia normowzroczności. Wczesne osiągnięcie normowzroczności jest czynnikiem ryzyka rozwoju

krótkowzroczności. W zależności od rodzaju wady refrakcji i wieku w jakim występuje, powstają różnego rodzaju utrudnienia funkcjonowania i rozwoju ogólnego. Niewyrównane wady refrakcji mogą powodować u dzieci i młodzieży opóźnienia rozwojowe, problemy społeczne, zaburzenia w orientacji przestrzennej, a także słabsze wyniki w nauce.

Nadwzroczność

Nadwzroczność jest najczęściej diagnozowaną wadą wzroku u małych dzieci, w wieku przedszkolnym występuje z częstością 14%. Nieskorygowana we wczesnym dzieciństwie, przyczynia się do powstania niedowidzenia, opóźnienia rozwoju i problemów z orientacją przestrzenną.

Krótkowzroczność

Krótkowzroczność jest wadą refrakcji polegającą na nieostrym widzeniu obiektów znajdujących się w oddali przy jednocześnie dobrym widzeniu obiektów bliskich. Przyjęto podział krótkowzroczności na refrakcyjną, osiową i mieszaną.

Różnowzroczność

Różnowzroczność, w zależności od wartości różnicy wady refrakcji między prawym a lewym okiem, prowadzi do niedowidzenia, wystąpienia zez a oraz powoduje różnego stopnia utrudnienia w rozwoju widzenia stereoskopowego. Pomimo że przyczyną niedowidzenia są schorzenia okulistyczne, rozwija się ono w obszarze ośrodków wzrokowych mózgu. Różnowzroczność, niewykryta odpowiednio wcześnie, wywołuje inwalidztwo wzrokowe, ograniczające możliwość edukacji i zatrudnienia w zawodach wymagających pełnego widzenia stereoskopowego.

Zez

Okresowe odchylenie oczu jest częste u zdrowych noworodków i nie powinno niepokoić. Prawidłowa obuoczna koordynacja ruchów oczu pojawia się już około 2 miesiąca życia, natomiast fuzyja motoryczna powinna być już w pełni rozwinięta u wszystkich niemowląt od 4 miesiąca życia. Każdy przypadek zez a stwierdzony powyżej tego wieku, powinien wzbudzać niepokój i skłaniać do przeprowadzenia pełnego badania okulistycznego.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad wzroku, może być przeprowadzana u dzieci w ramach świadczeń gwarantowanych przez: lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położnej POZ oraz pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.) w analizowanej tematyce dostępne są porady specjalistyczne: okulistyka dla dzieci i leczenie zez a oraz warunki ich realizacji.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych:

- Badanie wzroku należy przeprowadzić u wszystkich dzieci w wieku 3-5 lat (USPSTF 2017, NCCVEH 2015A). Badanie takie powinno być przeprowadzone co roku (najlepsza praktyka) lub co najmniej raz (dopuszczalny minimalny standard) (NCCVEH 2015A). Dzieci, które nie są w stanie przejść przez badanie lub odmawiają jego wykonania, uważane są za nietestowalne. U dzieci takich częściej stwierdza się problemy ze wzrokiem niż u dzieci testowalnych, co wskazuje, że powinny one być

poddane być reskriningowi albo tego samego dnia, albo niedługo później, ale w żadnym przypadku nie później niż po upływie 6 miesięcy (NCCVEH 2015A). Nie zaleca się masowych badań przesiewowych wzroku (AMER 2012). Podstawowym celem programu badań przesiewowych wzroku u dzieci jest identyfikacja dzieci w wieku od 4 do 5 lat z zaburzeniami wzroku, umożliwiającą szybką interwencję (PHE 2017).

- W podstawowej opiece zdrowotnej stosuje się różne testy przesiewowe w celu identyfikacji wad wzroku u dzieci w wieku 3-5 lat, w tym: test „czerwonego refleksu”, test „zakryj-odkryj”, test odbłasków rogówkowych, testy ostrości wzroku (takie jak: test Snellen, test z symbolami LEA i testy z optotypami HOTV), autorefraktometria, fotoekranowanie, badania stereoskopowe (USPSTF 2017). Do badania testowania wzroku u dzieci w wieku 4-5 lat odpowiedni jest test oparty na logarytmie minimalnego kąta rozdzielczości logMAR (PHE 2017).
- Badanie ostrości wzroku za pomocą kart oraz standardowych fizykalnych technik oceny niedowidzenia u dzieci od 3 do 5 roku życia, prowadzone w domu medycznym, można obecnie uznać za opłacalne kosztowo (AMER 2012).
- AAO zaleca, aby badania przesiewowe wzroku rozpoczynały się w wieku około 3 lat i odbywały się co roku w wieku 4 i 5 lat. Po ukończeniu 5 lat AAO zaleca przeprowadzanie badań przesiewowych co 1 do 2 lat (AAO 2017).
- AAP zaleca, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat. Następnie należy je przeprowadzać w wieku 8, 10, 12 i 15 lat (AAP 2017).
- Za dwie najlepsze praktyki badań przesiewowych wzroku dla dzieci w wieku od 3-5 lat uznaje się jednooczne testowanie ostrości wzroku oraz testowanie instrumentalne z wykorzystaniem autorefrakcji (NCCVEH 2015A).
- Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) wskazują na następujące badania przesiewowe u dzieci:
 - 6-9 tydzień życia ocena zewnętrzna powiek oraz gałek ocznych, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
 - 6-9 miesiąc życia (test refleksów świetlnych Hirschberga, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
 - 3-4 rok życia (badanie ostrości wzroku, test refleksów świetlnych Hirschberga, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
 - 6-7 rok życia (badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
 - 12-13 rok życia (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

Skuteczność badań przesiewowych

- Badanie przesiewowe wzroku połączone z zapewnieniem bezpłatnych okularów zwiększa odsetek dzieci posiadających i noszących okulary w porównaniu z noszeniem i posiadaniem okularów przez dzieci, które uczestniczą w badaniu przesiewowym z zapewnieniem okularów dostępnych wyłącznie na receptę (RR 1,60 [95% CI (1,34 do 1,90)]). Może to prowadzić do lepszych wyników w nauce. Porównanie wyników badań przesiewowych z zapewnieniem gotowych okularów z wynikami badań z dostarczeniem okularów wykonanych na zamówienie wskazuje brak klinicznie znaczących różnic między tymi dwoma typami okularów w zakresie ich skuteczności. Wykazano też słaby wpływ interwencji edukacyjnych na noszenie okularów RR 1,11 [95% CI (0,95- 1,31)] oraz na prawdopodobieństwo ich zakupu OR 0,84 [95% CI (0,55-1,31)]. Wyniki nie są istotne statystycznie (Evans 2018).

- Wyniki przeglądu systematycznego badań prospektywnych i retrospektywnych wskazują, że w literaturze dostępne są bardzo ograniczone dane pozwalające na określenie dokładności testów wykorzystywanych do wykrywania zeza, wykonywanych w społeczności przez osoby niebędące ekspertami w zakresie badań przesiewowych. W jednym zidentyfikowanym badaniu (335 dzieci w wieku 1-6 lat) wykazano, że pomiary za pomocą urządzenia PlusoptiX S04 wykazały czułość wynoszącą 0,46 [95% CI (0,19-0,75)] oraz swoistość na poziomie 0,97 [95% CI (0,94-0,99)] w stosunku do pomiaru standardowego (Hull 2017).
- Główną szkodą wynikającą z badań przesiewowych było uzyskiwanie wyników fałszywie dodatnich. Główna szkoda z leczenia polegała na częstszym występowaniu zdenerwowania lub zmartwienia u dziecka lub jego rodziców w grupie leczonej plastrami w porównaniu z wynikami uzyskanymi w grupie leczonej samymi okularami (Jonas 2017).

Efektywność kosztowa badań przesiewowych

- Wyniki przeglądu systematycznego (98 badań z udziałem dzieci w różnym wieku) dostarczyły słabych dowodów na poparcie tezy, że badania fotopresiewowe zmniejszają częstość występowania niedowidzenia lub zeza lub poprawiają ogólne wyniki badań przesiewowych w kierunku niedowidzenia. Podobnie za słabe uznano dowody lepszej efektywności kosztowej przesiewu. Obecnie wydaje się, że jest to najbardziej opłacalna i skuteczną opcją jest eksperckie badanie przesiewowe w kierunku ostrości wzroku, z możliwością ponownego jego wykonania przed skierowaniem do specjalisty. Poszczególne kraje powinny zdecydować, jaki rodzaj programów przesiewowych odpowiada ich populacji, wpisuje się w cele opieki zdrowotnej oraz czy jest optymalny z punktu widzenia zasobów kadrowych i modeli finansowania (Horwood 2021).

Skuteczność alternatywnych interwencji podejmowanych w ramach badań przesiewowych wzroku

- Wyniki prospektywnego, kohortowego zaślepionego badania z randomizacją, przeprowadzonego u dzieci w wieku od 5 miesięcy do 11 lat (n=162) wskazują przydatność nagrań wideo w przeprowadzaniu badań przesiewowych wzroku u dzieci przez doświadczonych klinicystów (Sabri 2021).
- W badaniu z typu RCT z udziałem 111 dzieci i młodzieży w wieku 3-17 lat ocena ostrości wzroku za pomocą aplikacji na smartfon o nazwie „Peek Acuity” dobrze korelowała z wynikiem badania ostrości wykonanego z zastosowaniem standardowych metod klinicznych, aczkolwiek dzieci w wieku przedszkolnym wydawały się bardziej podatne na zmęczenie badaniem. Współczynnik korelacji dla obu porównywanych metod wyniósł 0,88 [95% CI (0,83-0,92)] dla oczu zbadanych jako pierwsze oraz 0,85 [95% CI (0,78-0,89)] dla oczu zbadanych jako drugie. Współczynnik korelacji wyznaczony wśród dzieci w wieku od 3 do 5 lat wyniósł 0,88 [95% CI (0,77-0,94)] dla oka zbadanego jako pierwsze i 0,45 [95% CI (0,13-0,68)] dla oka badanego jako drugie. Najwyższą czułość badanej interwencji (93%-100%) wykazano u dzieci w wieku od 3 do 5 lat z pogorszeniem wzroku (Zhao 2019).

Podsumowanie opinii ekspertów

Zdecydowana większość ekspertów opowiada się za finansowaniem ze środków publicznych badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci. Jeden z ekspertów zaznacza jednak, że brak jest „silnych” badań potwierdzających skuteczność programów profilaktycznych w tym zakresie. W opiniach ekspertów nie ma zgody co do optymalnego wieku, w jakim realizowany powinien być skryning w kierunku wad wzroku. Wszyscy eksperci zgodnie stwierdzili, że w każdym przypadku uzyskanych niepewnych wyników lub podejrzanych co do nieprawidłowości powinna odbyć się weryfikacja w pełnym badaniu okulistycznym. Eksperti zgodni są co do kwestii prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób wzroku. Działania te powinny być adresowane do następujących grup odbiorców: dzieci, opiekunowie i nauczyciele, a także personel pediatryczny i okulistyczny.

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

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

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. 2024 poz. 146), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.48.2024 „Program badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2025/2026”; data ukończenia: sierpień 2024 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 132/2024 z dnia 19 sierpnia 2024 roku o projekcie programu „Program badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród uczniów klas pierwszych i piątych szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2025/2026”.