



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 12/2025 z dnia 20 lutego 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku
12 lat zamieszkałych na terenie gminy Opalenica na lata 2025-2027”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 12 lat zamieszkałych na terenie gminy Opalenica na lata 2025-2027” **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady wzroku u dzieci. Proponowane w programie interwencje mogą uzupełniać obecnie dostępne świadczenia gwarantowane oraz zwiększać ich dostępność. Realizacja zaplanowanych działań jest zgodna z wytycznymi klinicznymi i znajduje w nich swoje uzasadnienie.

Oceniany projekt został opracowany z uwzględnieniem uwag zawartych w Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2024 z dnia 24 lipca 2024 r. Niemniej, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności w zakresie:

- uzupełnienia kryteriów włączenia lub wyłączenia, w tym w zakresie sposobu zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń;
- przeformułowania celu szczegółowego, tak aby nie powielał celu głównego;
- modyfikacji wskaźnika ewaluacji PPZ;
- opracowania testu wiedzy służącego do przeprowadzenia pre- i post-testów.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Opalenica, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku u dzieci, które ukończyły 12 r.ż., a także działań edukacyjnych dla ich rodziców/opiekunów prawnych. Program zaplanowano na lata 2025-2027, a całkowity koszt został oszacowany na 131 120 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 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

W opiniowanym PPZ omówiono problem zdrowotny, jakim są wady wzroku wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono opis narządu wzroku oraz krótko scharakteryzowano najczęstsze wady, takie jak niedowidzenie, wady refrakcji (krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm), choroba zezowa, różnowzroczność oraz zaburzenia widzenia barw. Opisano także metody diagnostyczne stosowane w ocenie funkcjonowania narządu wzroku, w tym podświetlane tablice optotypów do blizy, tablice Snellena do dali, badanie ruchomości gałek ocznych, badanie dna oka oraz badanie refraktometrem po porażeniu akomodacji. Projekt programu zawiera również wykaz piśmiennictwa, na którym oparto opracowanie problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do światowej oraz krajowej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym, nie nawiązano jednak do sytuacji lokalnej dotyczącej Gminy Opalenica, nie uwzględniając tym samym uwagi z Opinii Prezesa Agencji 50/2024 z 24 lipca 2024 roku.

W projekcie powołano się na dane WHO i wskazano, że 80% wad wzroku można uniknąć dzięki wczesnemu wykrywaniu i leczeniu. Według danych GUS, wśród dzieci z problemami zdrowotnymi najwięcej trudności ze wzrokiem mają osoby w wieku 10-14 lat (870 na 1 000). Z kolei Biuro Analiz Kancelarii Sejmu podaje, że wady wzroku (głównie refrakcyjne i zez) dotyczą 15-25% dzieci i młodzieży w Polsce.

W projekcie odniesiono się do regionalnej sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając informacje z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026. Zaznaczono m.in., że „w 2022 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie wielkopolskim udzielono 443 585 porad w związku z chorobami oka i przydatków oka, z czego 21 511 porad w poradni okulistycznej dla młodzieży. Ponadto choroby oka i przydatków oka znajdują się na siódmym miejscu pod względem udzielonych porad (czwartym dla całej Polski), a na szóstym, jeżeli chodzi o osoby poniżej 18 roku życia (piątym w całym kraju)”.

Warto również podkreślić, że w MPZ na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa wielkopolskiego wskazano na „poprawę dostępności do poradni specjalistycznych, charakteryzujących się najdłuższym przeciętnym czasem oczekiwania oraz dłuższym od średniej wartości dla kraju czasem oczekiwania, a także dla tych powiatów, które mają wyraźnie niską dostępność do poradni”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie o co najmniej 20% odsetka dzieci w wieku 12 lat, u których wykryto wady wzroku i zalecono dalszą diagnostykę w ramach NFZ”.

Cel programu 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. W ocenianym programie cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia za pomocą działań zaplanowanych w programie oraz w czasie jego realizacji.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (1) „Zwiększenie o 20% liczby dzieci w wieku 12 lat, którym postawiono rozpoznanie wad wzroku i przekazano pod opiekę okulisty.”,
- (2) „Zwiększenie o 20% liczby dzieci w wieku 12 lat, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary)”,

- (3) „Wzrost o 50% poziomu wiedzy rodziców i ich dzieci biorących udział w programie w zakresie znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku, co zostanie potwierdzone pre- i post- testami opracowanymi i przeprowadzonymi przez realizatora programu”.

Cel szczegółowy nr 1 nie został sformułowany prawidłowo. Cel szczegółowy nr 1 stanowi częściowo powielenie celu głównego.

Cel szczegółowy nr 2 wydaje się możliwy do zrealizowania biorąc pod uwagę zaplanowane interwencje.

Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ i jest możliwy do realizacji za pomocą 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 odniesieniu do uwag zawartych w Opinii Prezesa 50/2024 przeredagowano cel główny oraz cele szczegółowe zaplanowane w programie. Jednakże cel szczegółowy nr 1 stanowi częściowe powielenie celu głównego, dla celu szczegółowego nr 3 odnoszącego się do wzrostu wiedzy uczestników PPZ zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testów wiedzy, nie załączono jednak przykładowego testu wiedzy.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności:

- (1) „iloraz uzyskanych punktów z wyników pre- i post- testu przeprowadzonego wśród rodziców i ich dzieci biorących udział w programie w zakresie znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku, wynik wyrażony w procentach”,
- (2) „liczba wydanych zaleceń dalszej diagnostyki w ramach NFZ”,
- (3) „liczba wydanych zaleceń zastosowania korekcji wad wzroku”,
- (4) „odsetek dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę w związku z wykrytą w ramach programu wadą wzroku, wynik wyrażony w procentach”.

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. W ocenianym programie mierniki efektywności nr 1 oraz 4 zostały sformułowane w sposób prawidłowy, tym samym częściowo uwzględniono uwagę zawartą w opinii Prezesa 50/2024. Mierniki efektywności nr 2 oraz 3 nie referują bezpośrednio do zaproponowanych celów szczegółowych, mierniki te powinny się odnosić do odsetka dzieci, którym postawiono rozpoznanie wad wzroku i przekazano pod opiekę okulisty oraz do odsetka dzieci w wieku 12 lat, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary).

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci, kończące 12 lat w poszczególnych latach realizacji programu, urodzone w latach 2013-2015 i zameldowane na terenie gminy Opalenica. Liczebność grupy docelowej oszacowano na: 187 dzieci urodzonych w 2013 r., 214 dzieci urodzonych w 2014 r. oraz 195 dzieci urodzonych w 2015 r. Dane przedstawione w projekcie są zbliżone do informacji zamieszczonych na stronie internetowej GUS. Wskazano, że działaniami edukacyjnymi planuje się objąć dzieci z roczników 2013-2015, to jest około 600 osób oraz ok. 300 rodziców (opiekunów prawnych) dzieci objętych programem.

W programie prawidłowo określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia. Jako jedno z kryteriów wyłączenia wskazano pozostawanie pod stałą opieką poradni okulistycznej. Kryterium to należałoby doprecyzować, zabezpieczając ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Biorąc pod uwagę, że badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy i pielęgniarki

POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne, proponuje się zabezpieczenie ryzyka podwójnego finansowania poprzez zaplanowanie, jako kryterium włączenia do programu, złożenie przez uczestnika oświadczenia o niekorzystaniu ze świadczeń finansowanych przez gminę, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON w okresie np. 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu lub jako kryterium wyłączenia analogicznie zaplanowanie złożenia przez uczestnika oświadczenia o korzystaniu ze świadczeń finansowanych przez gminę, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON w okresie np. 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu w zakresie badań przesiewowych w kierunku wykrywania wad wzroku.

Interwencja

Zaplanowano działania rekrutacyjne, edukacyjne oraz badania przesiewowe.

Działania rekrutacyjne

Zgodnie z treścią programu, realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Rekrutacja uczestników będzie przeprowadzona we współpracy ze szkołami podstawowymi działającymi w gminie Opalenica, których uczniowie zostaną objęci programem. Rodzice i opiekunowie dzieci zostaną poinformowani za pośrednictwem szkół o możliwości uczestnictwa w programie oraz o kryteriach kwalifikacji i wykluczenia.

Działania edukacyjne

Spotkania edukacyjne dla uczniów i ich rodziców będą miały na celu zwiększenie świadomości na temat wad wzroku, higieny oczu i profilaktyki chorób oczu. Będą prowadzone przez okulistę lub inną wykwalifikowaną osobę i dostosowane do wieku uczestników. Odbędą się jednorazowo przed badaniem przesiewowym, a ich czas trwania oraz zakres będzie dopasowany do potrzeb grupy. W ramach programu przeprowadzone zostaną pre- i post-testy wiedzy, jednak brak dołączonego wzoru testu uniemożliwił jego ocenę.

W treści programu uzupełniono zapisy dotyczące działań edukacyjnych w kontekście czasu trwania edukacji oraz jej formy, tym samym odniesiono się do uwag zawartych w Opinii Prezesa 50/2024.

Badania przesiewowe wzroku

Zgodnie z informacją podaną w opisie programu, badanie przesiewowe odbywać się będzie na podstawie procedur dotyczących badań okulistycznych wykonywanych przez osobę uprawnioną do ich wykonania i będzie obejmować: badanie ostrości wzroku do dali i bliży, badanie widzenia barw, badanie ustawienia gałek ocznych, test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych, badanie dna oka oraz badanie refrakcji obiektywnej metodą refraktometru lub skiaskopii.

W treści projektu podkreślono, że realizator po przeprowadzonych testach przesiewowych, będzie zobowiązany do przygotowania pisemnej informacji dla rodzica lub opiekuna prawnego o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania jej lekarzowi POZ w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia wady wzroku.

Podkreślono, że działania edukacyjne i badania przesiewowe odbędą się podczas jednej wizyty dziecka wraz z rodzicem lub opiekunem prawnym w gabinecie lekarskim na terenie gminy Opalenica.

Zaproponowane działania edukacyjne i badania przesiewowe wzroku znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach klinicznych. W odniesieniu do uwagi Prezesa zawartej w Opinii 50/2024 dostosowano wiek dzieci kwalifikujących się do programu zgodnie z wytycznymi.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności do PPZ prowadzona będzie w oparciu o analizę sprawozdań okresowych za pomocą następujących wskaźników: „liczba dzieci, których rodzice wyrazili zgody na udział w programie”, „liczba osób objętych edukacją zdrowotną z zakresu profilaktyki wad wzroku”, „liczba zaświadczeń o przeprowadzonym badaniu przesiewowym”, „liczba osób, które nie zostały

zakwalifikowane do programu, ze wskazaniem przyczyny” oraz „liczba uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyny”.

W celu oceny jakości świadczeń przewidziano przeprowadzenie anonimowej ankiety satysfakcji, której wzór został załączony do programu i nie budzi zastrzeżeń. Wskazano również, że jakość usług będzie oceniana na podstawie pisemnych uwag rodziców lub opiekunów prawnych, kierowanych bezpośrednio do Urzędu Miejskiego w Opalenicy. Każdy rodzic lub opiekun zostanie poinformowany przez realizatora o możliwości zgłaszania swoich opinii.

Zaplanowane w projekcie wskaźniki dotyczące oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń zostały zaprojektowane prawidłowo, uwzględniając tym sami uwagę z Opinii Prezesa 50/2024.

Zgodnie z założeniami PPZ, ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu. W jej ramach uwzględnione zostaną wskaźniki takie jak: „liczba dzieci uczestniczących w programie”, „liczba wykrytych wad wzroku”, „liczba wydanych zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki lub leczenia” oraz „liczba dzieci z wadami wzroku skierowanych do dalszego postępowania medycznego”. Należy zaznaczyć, że wskaźnik „liczba dzieci uczestniczących w programie” ma większe znaczenie dla monitorowania niż ewaluacji. Warto również podkreślić, że ocena skuteczności programu powinna opierać się na porównaniu sytuacji przed jego wdrożeniem i po jego zakończeniu, co zostało częściowo uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. W ramach pierwszego etapu przeprowadzona zostanie akcja informacyjno-promocyjna. Następnie zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych wzroku. Ostatnim etapem programu będzie jego ewaluacja. Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

W projekcie przedstawiono koszty roczne realizacji programu, koszt całkowity oraz źródła finansowania. Wskazano koszty jednostkowe oraz koszty monitorowania i ewaluacji, tym samym odniesiono się do uwag z Opinii Prezesa 50/2024.

Koszt całkowity został oszacowany na 131 120 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu gminy Opalenica.

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 zezów 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 fuzja motoryczna powinna być już w pełni rozwinięta u wszystkich niemowląt od 4 miesiąca życia. Każdy przypadek zezów 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, położną POZ oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.

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 zezów 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 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 jednoocne 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 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)]) (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 zezów, 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 zezą 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 oka zbadanych jako pierwsze oraz 0,85 [95% CI (0,78-0,89)] dla oka 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 wzorku 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 późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.106.2024 „*Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 12 lat zamieszkałych na terenie gminy Opalenica na lata 2025-2027*”; data ukończenia: luty 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 33/2025 z dnia 17 lutego 2025 roku o projekcie programu „*Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 12 lat zamieszkałych na terenie gminy Opalenica na lata 2025-2027*”.