



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 53/2025 z dnia 18 czerwca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Dobry Wzrok – Lepszy Start” Program profilaktyki zdrowotnej
w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci szkół
podstawowych w gminie Środa Śląska”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Dobry Wzrok – Lepszy Start” Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci szkół podstawowych w gminie Środa Śląska, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady wzroku u dzieci i może mieć znaczenie w zmniejszaniu negatywnych następstw tych schorzeń.

W programie zaplanowano realizację działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych. Należy wspomnieć, że oceniany projekt zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych, edukacja stanowi wartość dodaną. Pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe, a także eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej. Zaplanowana w programie populacja dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych częściowo znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach. Niemniej interwencje zaproponowane w programie korespondują z wytycznymi.

Aby zapewnić jak najwyższą jakość realizacji programu, zaleca się uwzględnienie uwag i sugestii przedstawionych w dalszej części niniejszej opinii, w szczególności:

- dopracowania części projektu dotyczącej epidemiologii;
- prawidłowego zaplanowania celu głównego oraz części celów szczegółowych, a także zaprojektowania mierników efektywności odpowiadającym celom;
- zaplanowania pre- i post-testów wiedzy, weryfikujących wzrost wiedzy uzyskanej w ramach zaplanowanych działań edukacyjnych;
- zaprojektowania stosownego oświadczenia, za pomocą którego byłaby możliwa weryfikacja uczestnika pod kątem kryteriów włączenia i wyłączenia z programu;

- uzupełnienia ankiety satysfakcji o pytania odnoszące się do oceny jakości badań przesiewowych zaplanowanych w programie;
- weryfikacji poprawności wskaźników ewaluacji;
- zaplanowania kosztów monitorowania i ewaluacji;
- korekty opisu warunków realizacji PPZ w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny.

Należy także zwrócić uwagę na kwestie przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez Gminę Środa Śląska, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku u dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych, a także działań edukacyjnych skierowanych do ich rodziców/opiekunów prawnych. Realizację programu zaplanowano na lata 2025-2028, z perspektywą kontynuacji. Całkowity koszt PPZ został oszacowany na 41 300 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Środa Śląska. Planowane jest również złożenie wniosku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej.

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. Przedstawiono definicję narządu wzroku oraz scharakteryzowano najczęstsze wady wzroku u dzieci, takie jak niedowidzenie, krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm, zez i różnowzroczność. Projekt programu zawiera również referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na którym oparto opracowanie problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do krajowej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Powołując się na dane GUS oraz Polskiego Związku Niewidomych wskazano, że ponad 2,7 miliona Polaków zmaga się z różnego rodzaju zaburzeniami widzenia, w tym około 20-30% dzieci w wieku szkolnym. Należy zaznaczyć, że w projekcie nie przedstawiono jednak danych regionalnych i lokalnych, co należy uzupełnić.

W projekcie przedstawiono informacje z aktualnych Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 i wskazano, że w latach 2015-2019 prawie 11% wszystkich wizyt w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczyło chorób narządów zmysłu, w tym ślepoty i upośledzenia wzroku, które stanowiły trzecią najczęstszą przyczynę problemów zdrowotnych w kraju.

W MPZ na lata 2022-2026 w diagnozie dla województwa dolnośląskiego wskazano, że na terenie województwa od dnia 31.12.2019 r. nie ma ośrodka dziennego rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. W ramach rekomendowanych kierunków działań wskazano na „reaktywację ośrodka dziennego rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez wczesne wykrywanie i korekcję wad refrakcji oraz ograniczenie ich negatywnego wpływu na rozwój poznawczy, społeczny i edukacyjny”.

Cel główny został zaprojektowany nieprawidłowo. Należy wskazać, że składa się z dwóch odrębnych założeń. Pierwsze z nich – poprawa stanu zdrowia dzieci – zostało sformułowane w sposób zbyt ogólny. Dodatkowo poprawa stanu zdrowia może wynikać z wielu czynników niezwiązanych z programem. Drugie założenie dotyczące ograniczenia wpływu wad wzroku na rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny dzieci wydaje się niemożliwe do realizacji w ramach zaplanowanych działań, zwłaszcza że w programie nie przewidziano monitorowania efektów długoterminowych. Ponadto cel główny nie zawiera wartości docelowej, do której należy dążyć w ramach programu.

W projekcie zaproponowano 4 cele szczegółowe:

- (1) „wzrost o co najmniej 600 liczby dzieci w kl. I-III, którym udzielono świadczeń w Programie w postaci profilaktycznych badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w latach 2025-2028”;
- (2) „wczesne wykrycie i zdiagnozowanie zaburzeń refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia dzieci mieszkających w Gminie Środa Śląska”;
- (3) „wzrost o co najmniej 15% liczby dzieci w kl. I-III, którym w związku ze zdiagnozowaną w Programie w latach 2025-2028 wadą wzroku, zalecono dalszą konsultację specjalistyczną”;
- (4) „wzrost wiedzy rodziców nt. wad wzroku u dzieci o co najmniej 600 osób”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 zostały sformułowane nieprawidłowo, nie odnoszą się do efektu zdrowotnego. Należy zaznaczyć, że samo udzielenie świadczenia lub wykrycie choroby nie musi przełożyć się na poprawę zdrowia uczestników programu.

Cel szczegółowy nr 3 odnosi się do liczby dzieci, którym zalecono dalszą konsultację lekarską na skutek wykrytej w ramach programu wady wzroku i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań.

Cel szczegółowy nr 4 odnosi się do wzrostu wiedzy i byłby możliwy do realizacji za pomocą zaplanowanych w programie działań edukacyjnych, jednak w programie nie zaplanowano pomiaru wzrostu wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów. Należy 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).

Należy również zauważyć, że nie przedstawiono uzasadnienia dla podanych wartości docelowych przy celu szczegółowym nr 3 i 4.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności:

- (1) „liczba dzieci zbadanych w trakcie trwania programu”;
- (2) „liczba dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia”;
- (3) „liczba dzieci, u których wykryto wady wzroku”;
- (4) „liczba osób, u których zwiększyła się wiedza z zakresu wad wzroku u dzieci”.

Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, może zostać natomiast wykorzystany podczas monitorowania. Wskaźniki nr 2 i 3 nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, mogą zostać jednak wykorzystane w ramach ewaluacji. Ponadto wskaźniki te wydają się tożsame. Miernik nr 4 został sformułowany prawidłowo i odnosi się do celu szczegółowego nr 4.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki

zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

Biorąc pod uwagę zaplanowane w programie interwencje, przykładowe cele mogłyby brzmieć: "zwiększenie liczby dzieci z podejrzeniem wady wzroku, objętych opieką okulisty, którym postawiono rozpoznanie" oraz "zwiększenie liczby dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku (np. okulary)". Przykładami prawidłowo zaplanowanych mierników są: „odsetek dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę w związku z wykrytą w programie wadą wzroku”, „odsetek dzieci, u których zastosowano metody korekcji wad wzroku”.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do klas I-III szkół podstawowych znajdujących się na terenie Gminy Środa Śląska (1200 dzieci). Program ma objąć 1 200 uczniów, z zakładaną zgłaszalnością na poziomie co najmniej 50%, czyli ok. 600 dzieci. Około 10% z nich ma trafić do drugiego etapu pogłębionych badań. Działania edukacyjne mają objąć co najmniej 600 rodziców/opiekunów prawnych. W sytuacji nieosiągnięcia wartości docelowej z powodu zbyt małej liczby uczestników z klas I–III, organizator programu może poszerzyć grupę docelową o uczniów starszych klas szkół podstawowych.

W projekcie opisano kryteria włączenia i wyłączenia. Jako jedno z kryteriów wyłączenia z programu wskazano na „dzieci z wcześniej stwierdzoną wadą wzroku (weryfikacja na podstawie oświadczenia rodzica)”. Należy wspomnieć, że do programu nie dołączono wzoru wspomnianego dokumentu. Sugeruje się jego zaprojektowanie, celem zabezpieczenia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń. Oświadczenie mogłoby również uwzględniać zapis dotyczący niekorzystania w okresie ostatnich 24 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu z analogicznych interwencji finansowanych ze środków publicznych.

Interwencja

W ramach zaplanowanych interwencji w programie przewidziano działania edukacyjne (rodziców/opiekunów prawnych dzieci) oraz działania diagnostyczne (badania przesiewowe zaplanowane dla wszystkich dzieci oraz badanie pogłębione, skierowane do dzieci, u których w pierwszym etapie zostaną stwierdzone nieprawidłowości).

Edukacja zdrowotna

W ramach programu zaplanowano realizację edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci poprzez ulotki i plakaty w szkołach oraz Urzędzie Miejskim w Środzie Śląskiej, a także podczas badań przesiewowych. Przekazywane będą informacje o profilaktyce wad wzroku, jej korzyściach i skutkach zaniechania działań. Należy zaznaczyć, że w programie nie zaplanowano pomiaru wzrostu wiedzy uczestników za pomocą pre- i post-testów, co wymaga uzupełnienia. Brak przeprowadzenia testów wiedzy uniemożliwi ocenę stopnia realizacji działań edukacyjnych.

Badania przesiewowe wykonywane przez optometrystę (w dwóch etapach)

W ramach badań przesiewowych skierowanych do wszystkich dzieci włączonych do programu wskazano: badanie ostrości widzenia jedno i obuocznie (tablic obrazkowych/tablic Snellena), badanie ruchomości gałek ocznych (kontrola ustawienia oczu – potwierdzenie lub wykluczenie obecności zezu), badanie konwergencji, widzenia barw, widzenia stereoskopowego oraz cover test. Po zakończeniu etapu I badań zostanie przygotowana pisemna informacja dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ.

Badania pogłębione zaplanowano dla dzieci, u których w etapie I zostaną stwierdzone nieprawidłowości (jedna lub kilka nieprawidłowości jednocześnie) takie jak: obniżona ostrość widzenia jedno/obuoczną, zaburzenia ruchów oczu, zaburzenia widzenia stereoskopowego (przy założeniu, że będą one zazwyczaj wynikać z obniżonej ostrości widzenia jednego oka, co również będzie stanowiło

kwalifikację dziecka), nieprawidłowy cover test, zaburzenia konwergencji. Zakres badań w etapie II obejmuje: pełne badanie optometryczne pod kątem doboru korekcji okularowej, pogłębioną diagnostykę zaburzeń ruchów oczu wraz z zaleceniem ćwiczeń do domu, w przypadku nieprawidłowej konwergencji – zalecenie ćwiczeń do domu, pogłębioną diagnostykę zezową wraz z zaleceniami, a także sprawdzenie sprawności akomodacji i w razie potrzeby zalecenie ćwiczeń do domu.

Po zakończeniu etapu II badań zostanie przygotowana pisemna informacja dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ, a w razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni okulistycznej dla dzieci w ramach NFZ.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe (AAO/AAPOS 2024, NCCVEH 2024, PTO/PTP 2020, CAO/COS/CFPC/CPS 2019, UK NSC 2019, USPSTF 2017, PHE 2017, RANZCO 2015, AMER 2012), a także eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej. Rekomendacje dot. wieku w jakim powinno się wykonywać badania przesiewowe są jednak bardzo zróżnicowane. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego zalecają realizację badań przesiewowych w 3-4 r.ż., kolejno 6-7 r.ż. oraz 12-13 r.ż. Brytyjskie i amerykańskie rekomendacje skupiają się na wieku 3–5 lat, z możliwością kontynuacji u starszych dzieci. U dzieci poniżej 3. roku życia brak jest wystarczających dowodów na skuteczność badań, a ryzyko fałszywych wyników jest wyższe. Nie zaleca się też rutynowych badań specjalistycznych u zdrowych, bezobjawowych dzieci. W kontekście tych wytycznych, zaplanowanie badań przesiewowych dla dzieci uczęszczających do klas I-III szkół podstawowych znajduje jedynie częściowe odzwierciedlenie w obowiązujących rekomendacjach. Badania zaproponowane w projekcie korespondują z rekomendacjami.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności do programu ma być prowadzona na podstawie analizy wskaźników: „odsetek objęcia badaniami przesiewowymi populacji docelowej”, „liczba osób z populacji docelowej rodziców, którzy uczestniczyli w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej”, „liczba dzieci z populacji docelowej, które wzięły udział w badaniach przesiewowych” oraz „liczba dzieci, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz przyczyn tych rezygnacji”. Należy także zaznaczyć, że w załączonym do projektu wzorze sprawozdania realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu wskazano dodatkowe wskaźniki mające zastosowanie przy monitorowaniu tj. „liczba wykonanych badań przesiewowych I etapu” oraz „liczba wykonanych badań przesiewowych II etapu”. Zaznaczono także, że w przypadku niskiej frekwencji realizator przy współpracy z miastem zobligowany jest do podjęcia działań naprawczych. Należy zaznaczyć, że przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo.

W celu oceny jakości świadczeń przewidziano analizę pisemnych uwag uczestników oraz przeprowadzenie anonimowej ankiety satysfakcji, której wzór został załączony do programu. Należy zaznaczyć, że ankieta nie budzi większych zastrzeżeń. Warto jednak wspomnieć, że zawiera pytania odnoszące się do oceny jakości materiałów edukacyjnych. Natomiast nie zawiera pytań odnoszących się do oceny jakości badań przesiewowych zaplanowanych w programie, co należy uzupełnić.

Ocena efektywności programu prowadzona będzie poprzez analizę wskaźników takich jak: „odsetek dzieci ze zdiagnozowaną w ramach programu wadą wzroku ze wskazaniem rodzaju schorzenia”, „liczba dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem”, „określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną rodziców dzieci z populacji docelowej”, „identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu” oraz „analizę wpływu programu na stan zdrowia dzieci uczęszczających do średnich szkół podstawowych, na podstawie oceny wskaźników zapadalności na wady wzroku w perspektywie wieloletniej”. Należy zaznaczyć,

że wskaźniki dotyczące wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną rodziców oraz analizy wpływu programu na stan zdrowia dzieci zostały sformułowane nieprawidłowo (świadomość jest niemierzalna, a sformułowanie dot. oceny wpływu na stan zdrowia jest zbyt ogólne) oraz bardziej przypominają cele programu. Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało częściowo uwzględnione w ocenianym projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie opisano etapy i działania podejmowane w programie oraz określono zasady zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do informacji nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych oraz zaplanowano akcję informacyjną.

Należy zaznaczyć, że w opisie warunków realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych, obok optometrystów – jako udzielających świadczeń zdrowotnych, wskazano specjalistów zdrowia publicznego. Należy podkreślić, że specjaliści z tego zakresu nie są osobami wykonującymi zawód medyczny i nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych. Zapisy wymagają korekty.

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

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe, koszt całkowity oraz źródła finansowania. Należy wspomnieć, że w projekcie nie odniesiono się do kosztów monitorowania i ewaluacji, co wymaga doprecyzowania.

Roczny koszt realizacji programu został oszacowany na ok. 41 300 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Środa Śląska. Zaznaczono, że planowane jest również złożenie wniosku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej.

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 zezu 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 wcześniej, 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 zezu 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 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 zezu 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).
- Nie ma wystarczających dowodów wskazujących, że leczenie niedowidzenia lub zwalczanie czynników ryzyka niedowidzenia u dzieci w wieku <3 lat prowadzi do poprawy wyników widzenia (tj. poprawy ostrości wzroku) lub innych korzyści. Istnieją natomiast szkody wynikające z takich badań, polegające m.in. na stwierdzaniu częstszych fałszywie dodatnich wyników w populacjach o niskiej chorobowości (USPSTF 2017). Ponadto, nie zaleca się prowadzenia rutynowych badań

specjalistycznych wzroku u zdrowych, bezobjawowych dzieci, ponieważ brak jest dowodów potwierdzających korzyści wynikających z takiego postępowania (AAO/AAPOS 2024).

- 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) (AAO/AAPOS 2024, AAO PPPPO/SP 2023, NCCVEH 2015A), autorefraktometria, fotoekranowanie, badania stereoskopowe (USPSTF 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). 2017). Do badania testowania wzroku u dzieci w wieku 4-5 lat odpowiedni jest test oparty na logarytmie minimalnego kąta rozdzielczości logMAR (PHE 2017). Jedna z organizacji podkreśla, że badanie wzroku za pomocą pojedynczych optotypów może prowadzić do przeszacowania ostrości wzroku u pacjenta z niedowidzeniem (AAO/PPPPOSP 2023).
- 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 jednooczne testowanie ostrości wzroku oraz testowanie instrumentalne z wykorzystaniem autorefrakcji (NCCVEH 2015A).
- Zastąpienie zdrowego oka jest skuteczną metodą korekcji tzw. „leniwego oka” (UK NSC 2019).
- 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).
- UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2019).

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 (1,34-1,90)]). 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)]) (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 zezów lub poprawiają ogólne wyniki badań przesiewowych w kierunku niedowidzenia. Podobnie za słabe uznano dowody lepszej efektywności kosztowej przesiewu. Obecnie wydaje się, że najbardziej opłacalną 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 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 zgodności 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. Eksperci 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.431.39.2025 „Dobry Wzrok – Lepszy Start” Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci szkół podstawowych w gminie Środa Śląska”; data ukończenia: czerwiec 2025 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 108/2025 z dnia 16 czerwca 2025 roku o projekcie programu „Dobry Wzrok – Lepszy Start” Program profilaktyki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci szkół podstawowych w gminie Środa Śląska”.