Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 37/2026 z dnia 25 maja 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. „Widzę lepiej”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. „Widzę lepiej”.

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. Program zakłada przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z II klas szkół podstawowych. Dodatkowo zaplanowano także działania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci, działania edukacyjne dla uczniów oraz nauczycieli/wychowawców.

Warto zaznaczyć, że 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. Należy jednak podkreślić, że wiek populacji docelowej dzieci (w wieku 7-8 lat) znajduje odzwierciedlenie tylko w części rekomendacji. Ponadto zaplanowane badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, przy czym w projekcie nie zabezpieczono ryzyka podwójnego finansowania świadczeń. Warto również wskazać, że w mieście Łódź funkcjonuje 7 podmiotów leczniczych realizujących umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci, a zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych jako rekomendowanym kierunkiem działań dla województwa łódzkiego pozostaje utrzymanie dostępności do poradni okulistycznych na dotychczasowym poziomie.

W projekcie oprócz wyżej wymienionych uwag zauważono również liczne uchybienia, w szczególności dotyczące:

- braku uwzględnienia celów szczegółowych dla wszystkich działań opisanych w projekcie,
- nieprawidłowego sformułowania większości mierników efektywności,
- zaprojektowania testu wiedzy dla rodziców o niskim poziomie trudności, przy braku walidacji oraz ograniczonym zakresie merytorycznym, uniemożliwiającym obiektywny pomiar poziomu wiedzy,
- „działań informacyjno-edukacyjnych adresowanych do rodziców/opiekunów dzieci”, opisanych w sposób zdawkowy i mających charakter głównie informacyjny,
- braku komponentu edukacyjnego skierowanego do nauczycieli/wychowawców, którzy w programie mają być zaangażowani w edukację uczniów oraz rodziców/opiekunów prawnych bez uprzedniego przygotowania,

- oceny poziomu wiedzy uczniów w formie ustnych pytań i wskazywania odpowiedzi poprzez podniesienie ręki, uniemożliwiających obiektywną ocenę poziomu wiedzy, m.in. ze względu na możliwość sugerowania się odpowiedziami rówieśników oraz brak indywidualnej i anonimowej oceny,
- nieprawidłowego zaprojektowania części wskaźników dla procesu ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Miasto Łódź, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z II klas szkół podstawowych. W ramach PPZ zaplanowano także działania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz działania edukacyjne dla uczniów i nauczycieli/wychowawców. Program przewidziano na lata 2026-2028. Całkowity koszt PPZ został oszacowany na 515 000 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Łódź.

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. 2025 poz. 1461 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 najczęściej występujące wady: leniwe oko, krótkowzroczność (miopia), nadwzroczność (hipermetropia), astygmatyzm, różnowzroczność oraz zez. Wskazano również objawy mogące świadczyć o problemach z widzeniem u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Podkreślono, że dzieci z wadą wzroku często nie zgłaszają żadnych dolegliwości.

Projekt programu zawiera również referencje bibliograficzne i wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego opracowano projekt.

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej oraz lokalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Powołano się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazujące, że 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku, z czego 14% stanowią osoby niewidome, a 86% osoby z upośledzeniem wzroku. Dla sytuacji ogólnopolskiej przytoczono m.in. dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Polskiego Związku Niewidomych, zgodnie z którymi 2,7 miliona Polaków zmaga się z różnego rodzaju zaburzeniami widzenia, w tym około 20-30% dzieci w wieku szkolnym. Ponadto według danych GUS, wśród dzieci między 2 a 14 r.ż. problemy ze wzrokiem ma 659 na 1 000 dzieci i problemy te dotyczą częściej dziewcząt niż chłopców. Dodatkowo, w oparciu o dane Biura Analiz Kancelarii Sejmu wskazano, że wady narządu wzroku występują u 15-25% dzieci i są to najczęściej wady refrakcji wymagające korekcji okularowej oraz zez, który powinien być leczony już w pierwszych latach życia.

W projekcie odniesiono się do lokalnej sytuacji epidemiologicznej, przedstawiając dane Urzędu Miasta Łodzi pochodzące z bilansów zdrowia przeprowadzonych w łódzkich szkołach podstawowych i ponadpodstawowych w latach 2022-2024. Wskazano, że z okularów korzysta ok. 20% przebadanych uczniów (2022: 18,9%; 2023: 19,4%; 2024: 21,2%). Z kolei nieprawidłowe widzenie stwierdzono u 17,2% uczniów (niezależnie od stosowania korekcji okularowej), zeza u 0,4% uczniów, a nieprawidłowe widzenie barw – u 0,5% przebadanych uczniów.

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

Należy jednak wskazać, że zgodnie z MPZ na lata 2022-2026, województwo łódzkie wyróżnia się lepszą dostępnością poradni okulistycznych na tle innych województw, a zabezpieczenie

świadczeń w tym zakresie jest optymalne. W MPZ jako rekomendowane kierunki działań dla województwa łódzkiego pozostaje utrzymanie dostępności na dotychczasowym poziomie do poradni okulistycznych.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie w trakcie trwania programu o co najmniej 5% odsetka dzieci – uczniów klas drugich publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi, u których wykryto wady wzroku wymagające korekty lub dalszej diagnostyki w ramach NFZ".

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.

Cel główny został sformułowany prawidłowo i wydaje się możliwy do realizacji za pomocą działań diagnostycznych zaplanowanych w programie. W uzasadnieniu przyjętej wartości docelowej w celu głównym wskazano, że odsetek dzieci z wcześniej rozpoznaną wadą wzroku umożliwi ocenę rzeczywistego efektu zdrowotnego programu, rozumianego jako zwiększenie wykrywalności nowych przypadków, a tym samym poprawę wczesnej identyfikacji zaburzeń widzenia w populacji objętej interwencją. Należy zaznaczyć, że nie jest to właściwe uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano 1 cel szczegółowy: „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy na temat wad wzroku wśród uczniów klas II szkół podstawowych na terenie Łodzi – co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście".

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy odnosi się do wzrostu bądź utrzymania wiedzy i wydaje się możliwy do osiągnięcia ze względu na zaplanowane działania edukacyjne. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy wśród dzieci za pomocą przeprowadzenia pre i post-testu. Należy wskazać, że zaproponowana forma weryfikacji wiedzy budzi wątpliwości. Sprawdzian oparty na udzielaniu odpowiedzi poprzez podniesienie ręki może uniemożliwiać obiektywny pomiar poziomu wiedzy uczniów, m.in. ze względu na możliwość sugerowania się odpowiedziami rówieśników oraz brak indywidualnej i anonimowej oceny. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Ponadto nie wskazano do jakiej wartości docelowej należy dążyć (tj. u jakiego odsetka uczniów dojdzie do uzyskania lub zwiększenia poziomu wiedzy). W programie nie przedstawiono również celów szczegółowych związanych z działaniami edukacyjnymi w pozostałych populacjach przewidzianych w programie, co wymaga uzupełnienia.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

(1) „odsetek uczniów klas II, którzy wzięli udział w badaniach przesiewowych w ramach programu";

(2) „odsetek uczniów klas II łódzkich szkół podstawowych, u których w ramach programu stwierdzono nieprawidłowe widzenie (niezależnie od wcześniejszej diagnozy)";

(3) „odsetek uczniów klas II łódzkich szkół podstawowych, u których w ramach programu wykryto nieprawidłowe widzenie (brak wcześniejszej diagnozy)";

(4) „odsetek uczniów klas II łódzkich szkół podstawowych, którym w związku z wykrytym w ramach programu nieprawidłowym widzeniem, zalecono dalszą diagnostykę w ramach NFZ";

(5) „odsetek uczniów klas II, u których zanotowano satysfakcjonujący poziom wiedzy na temat czynników wpływających na wzrok (co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście)";

(6) „odsetek rodziców/opiekunów uczniów klas II uczestniczących w programie, u których zanotowano wysoki poziom wiedzy (co najmniej 80% poprawnych odpowiedzi) na temat czynników powodujących nabyte wady wzroku w teście dostępnym na stronie internetowej szkoły i Urzędu Miasta Łodzi".

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. 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.

Miernik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, ale może zostać wykorzystany podczas monitorowania.

Mierniki nr 2, 3, 4 odnoszą się pośrednio do celu głównego programu.

Miernik nr 5 odnosi się pośrednio do celu szczegółowego (w celu szczegółowym wskazano na uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy, a nie satysfakcjonujący poziom).

Miernik nr 6 nie odnosi się do celów programu, ale może zostać wykorzystany przy ewaluacji.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci uczęszczających do klas II publicznych szkół podstawowych na terenie Miasta Łodzi. W działaniach edukacyjnych weźmie udział ok. 5 000 dzieci rocznie, co daje ok. 10 000 uczniów w ciągu całego programu. Z kolei w części diagnostycznej programu, przy założeniu 60% zgłaszalności wyrażonej pisemną zgodą rodzica/opiekuna, weźmie udział ok. 3 180 dzieci w roku szkolnym 2026/2027 i 3 030 dzieci w roku szkolnym 2027/2028, czyli ok. 6 210 dzieci w ciągu całego programu.

Program ma objąć także rodziców/opiekunów prawnych dzieci (ok. 5 000 osób rocznie) uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych oraz nauczycieli (ok. 100 nauczycieli rocznie), zaangażowanych w realizację działań edukacyjnych dla dzieci i rodziców/opiekunów prawnych.

W projekcie prawidłowo określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia z PPZ.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe (BF/AAP 2025, AAPOS/AAO 2024, PTO/PTP 2020, CAO/COŚ/CFPC/CPS 2019, UK NSC 2019, AAO 2017, AAP 2017, USPSTF 2017, PHE 2017, CPS 2016, NCCVEH 2015), a także eksperci kliniczni, zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej.

Większość wytycznych zaleca prowadzenie badań przesiewowych wzroku w populacji dzieci w wieku 3-5 lat. Dwie rekomendacje są zgodne, aby badania przesiewowe były wykonywane w trakcie rutynowych badań lekarskich, a także w każdym przypadku występowania dolegliwości w wieku 6-18 lat (CPS 2016) lub po ukończeniu 5 r.ż. – co 1-2 lata (AAPOS/AAO 2022). Jednocześnie nie udowodniono korzyści dla rutynowego badania oczu u zdrowych dzieci bez czynników ryzyka powyżej 6 r.ż. (AAPOS/AAO 2022, CPS 2016). Wytyczne wskazują także, aby dzieci w wieku 5 lat i starsze badać pod kątem ostrości wzroku i wyrównania. Najczęstszym problemem w tej grupie wiekowej jest krótkowzroczność, wymagająca korekcji za pomocą okularów. Okulista powinien zbadać dziecko z nierównymi oczami lub oznakami innych problemów ze wzrokiem. Ponadto u dzieci leczonych hormonem wzrostu badanie oczu należy przeprowadzić przed i w trakcie leczenia (AAO/AAPOS 2021). Inne z kolei towarzystwa

wskazują, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat, a następnie w wieku 8, 10, 12 i 15 lat (BF/AAP 2025, AAP 2017).

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) zalecają wykonywanie badań przesiewowych także u dzieci w wieku 6-7 lat (badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu, ocena widzenia barw) oraz młodzieży w wieku 12-13 lat (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw).

Podsumowując, zaplanowana w programie populacja (dzieci w wieku 7-8 lat) znajduje odzwierciedlenie w części z odnalezionych rekomendacji.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań takich jak: działania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci, działania edukacyjne dla uczniów oraz nauczycieli/ wychowawców, a także badania diagnostyczne wzroku u dziecka.

Działania informacyjno-edukacyjne adresowane do rodziców/opiekunów dzieci

W projekcie działaniami informacyjno-edukacyjnymi zostaną objęci rodzice/opiekunowie prawni dzieci z grupy docelowej. Działania te będą realizowane na terenie szkół, w których prowadzone będą badania przesiewowe wzroku u dzieci, głównie w formie materiałów informacyjno-edukacyjnych, w tym plakatów oraz ulotek. Plakaty umieszczane w szkole będą informować o realizowanym programie oraz podkreślać znaczenie prawidłowego widzenia dla właściwego rozwoju dziecka. Przekazywane rodzicom/opiekunom ulotki będą zawierały podstawowe informacje dotyczące wad wzroku, możliwości ich korygowania oraz działań profilaktycznych, w szczególności związanych z prowadzeniem zdrowego stylu życia. W projekcie wskazano, że działania mające na celu uzyskanie zgody rodziców/opiekunów prawnych będą realizowane przy udziale wychowawców klas II publicznych szkół podstawowych objętych programem na terenie Łodzi. Dodatkowo przewidziano wykorzystanie kanałów elektronicznych do dystrybucji treści edukacyjnych w postaci ulotek za pośrednictwem strony internetowej szkół objętych programem, na stronie Urzędu Miasta Łodzi oraz w dzienniku elektronicznym. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie na podstawie post-testu oceny poziomu wiedzy nt. wad wzroku u dzieci oraz zachowań profilaktycznych w tym zakresie, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono ww. test, który budzi zastrzeżenia ze względu na niski poziom trudności, brak walidacji oraz ograniczony zakres merytoryczny, który może uniemożliwić obiektywny pomiar poziomu wiedzy uczestników działań edukacyjnych. Ponadto, warto wskazać, że działania przewidziane w programie jako „działania informacyjno-edukacyjne adresowane do rodziców/opiekunów dzieci" zostały opisane w sposób zdawkowy i mają charakter głównie informacyjny.

Działania edukacyjne skierowane do nauczycieli/wychowawców uczniów klas II

Zgodnie z treścią projektu, nauczyciele/wychowawcy uczniów klas II publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi zostaną zaangażowani w realizację programu w dwóch głównych obszarach działań, które wymagają uprzednio zwiększenia własnej wiedzy na temat wad wzroku u dzieci. Pierwszym z nich będzie udział w działaniach informacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów prawnych uczniów, podczas których nauczyciele przekażą informacje dotyczące programu, udostępnią materiały edukacyjne oraz będą odpowiedzialni za dystrybucję i zbieranie zgód na udział dzieci w badaniach diagnostycznych realizowanych w ramach programu (etap „działania informacyjno-edukacyjne adresowane do rodziców/opiekunów dzieci"). Drugim obszarem będzie prowadzenie „działań edukacyjnych skierowanych do uczniów" (etap III), w których nauczyciele przeprowadzą pogadanki dotyczące problemów ze wzrokiem oraz zachowań sprzyjających jego ochronie. W projekcie wskazano, że zajęcia te będą realizowane w oparciu o materiały dydaktyczne przygotowane przez organizatora programu (Urząd Miasta Łodzi), które zostaną opracowane przez lekarza okulistę i dostosowane do wieku i możliwości poznawczych dzieci. Należy podkreślić, że w zaplanowanych w projekcie *„działaniach edukacyjnych skierowanych do nauczycieli/ wychowawców uczniów klas II*" nie przewiduje się komponentu edukacyjnego skierowanego

do tej grupy odbiorców, natomiast przewiduje się zaangażowanie nauczycieli w edukację rodziców i dzieci bez uprzedniego przygotowania w ramach programu.

Działania edukacyjne skierowane do uczniów

Działania edukacyjne dla uczniów klas II publicznych szkół podstawowych realizowane będą przez nauczycieli w formie pogadanek, w oparciu o materiały dydaktyczne przygotowane przez Urząd Miasta Łodzi. Zgodnie z treścią projektu, zakres tematyczny edukacji obejmować będzie zagadnienia związane m.in. z rodzajami wad wzroku, czynnikami ryzyka ich wystąpienia, metodami diagnostyki, a także możliwościami leczenia i korekcji zaburzeń widzenia. W ramach pogadanki, przedstawione zostaną także rekomendacje ekspertów dotyczące korzystania z urządzeń mobilnych oraz ich wpływu na narząd wzroku. Zaznaczono, że sposób przekazu informacji zostanie dostosowany do wieku oraz możliwości poznawczych dzieci. W projekcie przewidziano również ocenę poziomu wiedzy uczniów. Przed rozpoczęciem pogadanki oraz po jej zakończeniu nauczyciel przeprowadzi krótki sprawdzian wiedzy w formie ustnych pytań, na które uczniowie będą odpowiadać poprzez podniesienie ręki. Wyniki zostaną podsumowane poprzez wskazanie liczby poprawnych odpowiedzi dla poszczególnych pytań. Należy zwrócić szczególną uwagę, że zaproponowana forma weryfikacji wiedzy budzi zastrzeżenia. Sprawdzian oparty na udzielaniu odpowiedzi poprzez podniesienie ręki może uniemożliwiać obiektywny pomiar poziomu wiedzy uczniów, m.in. ze względu na możliwość sugerowania się odpowiedziami rówieśników oraz brak indywidualnej i anonimowej oceny. Ponadto wątpliwość budzi również fakt, że pogadanki prowadzone będą przez nauczycieli, którzy uprzednio nie zostaną odpowiednio przeszkoleni w ramach programu, a jedynie w ramach własnej posiadanej przez nich wiedzy.

Badanie przesiewowe wzroku u dziecka

W projekcie zaplanowano realizację badań okulistycznych w gabinecie pielęgniarki szkolnej, prowadzone przez lekarza okulistę lub optometrystę, w ramach których przewidziano: badanie ostrości wzroku przy użyciu przenośnych tablic, ocenę widzenia barw (test Ishikary), test Hirschberga, test cover/uncover, badanie ostrości wzroku przy użyciu autorefraktometru pod kątem doboru korekcji okularowej. Po przeprowadzeniu badań, rodzicowi/opiekunom prawnym zostaną przekazane wyniki badania dziecka (w formie pisemnej). W sytuacji stwierdzonych nieprawidłowości zostaną przekazane zalecenia co do dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ, z uwzględnieniem konieczności przekazania wyników lekarzowi POZ. Ponadto, rodzice/opiekunowie prawni otrzymają również informację o możliwości oceny programu poprzez anonimową ankietę ewaluacyjną udostępnioną na stronie internetowej.

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego wskazują, że badania okulistyczne należy przeprowadzić po ukończeniu 6. roku życia, ale nie później niż do ukończenia 7. roku życia w ramach bilansu zdrowia 6-latka (niezależnie przez lekarza POZ oraz pielęgniarkę przedszkole/szkole). Spośród rekomendowanych przez PTO/PTP 2020 badań u dzieci w wieku 6-7 lat są: badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu oraz ocena widzenia barw (tablice Ishihary), które zostały zaplanowane w projekcie. Z kolei test Hirschberga jest zalecany u dzieci w wieku 3-4 lat.

Należy wskazać, 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. Lekarz POZ wykonuje badania przesiewowe w kierunku wad wzroku u dzieci w: wieku 2 lat (test Hirschberga w kierunku wykrywania zeza), w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub w klasie I szkoły podstawowej (wykrywanie zeza – Cover test, test Hirschberga, wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku), III klasie szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw), I klasie gimnazjum (obecnie VII klasa szkoły podstawowej) (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku) oraz I klasie szkoły ponadgimnazjalnej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku). Pielęgniarka POZ z kolei wykonuje orientacyjne badanie wzroku

u dzieci w wieku: 0-6 m.ż., 9 m.ż., 1 r.ż., 4 r.ż. oraz 5 r.ż. Natomiast w wieku 2 lat przeprowadza test Hirschberga w kierunku wykrywania zeza. Pielęgniarka lub higienistka szkolna wykonuje badania przesiewowe w kierunku wad wzroku w: ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub w klasie I szkoły podstawowej (wykrywanie zeza – Cover test, test Hirschberga, wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku), III i V klasie szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw), I klasie gimnazjum (obecnie VII klasa szkoły podstawowej), I klasie szkoły ponadgimnazjalnej oraz ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 r.ż. (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku). Ponadto, porada okulistyczna dla dzieci, w ramach której mogą być wykonane inne testy przesiewowe, znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

W projekcie odniesiono się co do zasadności przeprowadzenia PPZ z uwagi na to, że ww. badania „nie są obowiązkowe i wymagają zgody rodziców, przez co część dzieci z nich nie korzysta" oraz że „zgodnie ze sprawozdaniami MZ-06 za rok szkolny 2024/2025 badaniami przesiewowymi objęto ok 94% z łódzkich szkół podstawowych". Zaznaczono, że program ma stanowić uzupełnienie świadczeń gwarantowanych. Warto wskazać, że w mieście Łódź funkcjonuje 7 podmiotów leczniczych realizujących umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci, a zgodnie z MPZ jako rekomendowanym kierunkiem działań dla województwa łódzkiego pozostaje utrzymanie dostępności na dotychczasowym poziomie do poradni okulistycznych. Należy również podkreślić, że zaproponowane w PPZ badania diagnostyczne nie wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych i nie pokrywają się w pełni z polskimi wytycznymi w kontekście wieku, w jakim należy przeprowadzić te badania. W celu uniknięcia ryzyka podwójnego finansowania świadczeń ze środków NFZ, należy zaplanować i podjąć działania eliminujące ww. ryzyko, które powinny zostać opisane w projekcie.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana na podstawie analizy wskaźników:

(1) „liczba zgód rodziców/opiekunów dzieci na udział dziecka w programie",

(2) „liczba szkół, w których odbyły się spotkania informacyjno-edukacyjne z rodzicami",

(3) „liczba rodziców/opiekunów, którzy otrzymali materiały edukacyjne (ulotkę)",

(4) „liczba dzieci, które wzięły udział w pogadankach edukacyjnych",

(5) „liczba dzieci, które wezmą udział w badaniach przesiewowych",

(6) „liczba dzieci przebadanych w ramach programu",

(7) „liczba dzieci, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania".

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Warto natomiast uzupełnić we wskaźniku nr 7 „wraz ze wskazaniem przyczyn".

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy sprawozdań oraz wyników anonimowej ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, co do którego nie ma uwag.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności oraz wskaźników ewaluacyjnych, takich jak:

(1) „odsetek dotychczas niezdiagnozowanych uczniów klas II publicznych szkół podstawowych, u których w ramach programu wykryto wady wzroku wymagające korekty lub dalszej diagnostyki w ramach NFZ",

(2) „odsetek uczniów klas drugich publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi, która skorzystała z badań w ramach programu, w stosunku do liczby wszystkich uczniów klas II publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi",

(3) „odsetek uczniów klas II, u których odnotowano co najmniej 75% poprawnych odpowiedzi w post-teście",

(4) „procent testów wiedzy online wypełnionych przez rodziców poprawnie w co najmniej 80%",

(5) „liczba i odsetek uczniów klas II, u których w ramach programu wykryto nieprawidłowe widzenie",

(6) „liczba uczniów uczestniczących w programie, u których stwierdzono wady wzroku wymagające korekty lub leczenia z podziałem na poszczególne wady oraz odsetek w stosunku do wszystkich przebadanych dzieci",

(7) „liczba i odsetek uczniów klas II publicznych szkół podstawowych na terenie Łodzi, których skierowano na dalszą diagnostykę lub leczenie w ramach NFZ".

Przedstawione w projekcie wskaźniki nr 1, 3, 6 i 7 zostały zaplanowane w sposób prawidłowy.

Należy podkreślić, że wskaźniki nr 2, 4 i 5 nie mają zastosowania w procesie ewaluacji, natomiast mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania.

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 uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w programie oraz sposób jego zakończenia. W projekcie przedstawiono informację nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty realizacji programu w poszczególnych latach jego realizacji. Wskazano także, że ewaluacja oraz monitorowanie realizowane będą bezkosztowo w ramach obowiązków pracowników Urzędu Miasta Łodzi.

Koszt całkowity programu został oszacowany na 515 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Łodzi.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Proces rozwoju widzenia u dziecka jest dynamiczny, a 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 zeza 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 zeza 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 zeza.

Ocena technologii medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- Badania przesiewowe wzroku należy rozpocząć około 3. roku życia, a następnie przeprowadzać corocznie w wieku 4, 5 i 6 lat. Kolejne badania zaleca się w wieku 8, 10, 12 oraz 15 lat (BF/AAP 2025).
- Pomiędzy 12 a 36 miesiącem dziecko jest sprawdzane pod kątem prawidłowego rozwoju oczu. Można wykonać test fotoprzesiewowy, czyli fotoekranowanie („*fotoscreening*”), który pomaga w identyfikacji problemów mogących doprowadzić do niedowidzenia. U dzieci wieku od 3 do 5 oraz u dzieci >5 r.ż. należy sprawdzić wzrok i wyrównanie oczu dziecka (AAO/AAPOS 2024).

- 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 odblasków 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 odblasków 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).
- Podstawowym celem programu badań przesiewowych wzroku u dzieci jest identyfikacja dzieci w wieku od 4 do 5 lat z zaburzeniami wzroku, umożliwiająca szybką interwencję (PHE 2017).
- *American Academy of Ophtalmology* 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 zaleca się przeprowadzanie badań przesiewowych co 1 do 2 lat (AAO 2017).
- *American Academy of Pediatrics* 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).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

Skuteczność badań przesiewowych

- Na podstawie metaanalizy 7 RCT (N=9 858) wykazano, że 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)]. Według autorów badania, może to prowadzić do lepszych wyników w nauce. Z kolei porównanie wyników badań przesiewowych z zapewnieniem gotowych okularów z wynikami badań z dostarczeniem okularów wykonanych na zamówienie wskazuje na brak znaczących klinicznie różnic między tymi dwoma rodzajami okularów w zakresie ich skuteczności. Wykazano także nieistotny statystycznie wpływ interwencji edukacyjnych na prawdopodobieństwo noszenia okularów (RR=1,11 [95%CI: (0,95; 1,31)]) oraz na szansę ich zakupu (OR=0,84 [95%CI: (0,55; 1,31)]) (Evans 2018).
- Na podstawie przeglądu systematycznego badań prospektywnych i retrospektywnych wykazano ograniczoną dostępność danych pozwalających na określenie dokładności diagnostycznej testów wykorzystywanych do wykrywania zeza, wykonywanych w społeczności przez osoby niebędące specjalistami w zakresie badań przesiewowych. W jednym zidentyfikowanym badaniu (335 dzieci w wieku 1-6 lat) wykazano, że pomiary wykonywane za pomocą urządzenia PlusoptiX S04 w wykrywaniu zeza odznaczają się czułością i swoistością na poziomie odpowiednio 46% [95%CI: (0,19; 0,75)] oraz 97% [95%CI: (0,94; 0,99)] (Hull 2017).
- Główną szkodą wynikającą z badań przesiewowych było uzyskiwanie wyników fałszywie dodatnich. Ponadto w wyniku leczenia plastrami (w porównaniu do leczenia wady

za pomocą samych okularów) zaobserwowano częstsze zdenerwowanie lub zmartwienie u dziecka lub jego rodziców (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 fotoprzesiewowe zmniejszają częstość występowania niedowidzenia lub zeza lub poprawiają ogólne wyniki badań przesiewowych w kierunku niedowidzenia. Również dowody na wyższą efektywność kosztową przesiewu uznano za niewystarczające. Obecnie wydaje się, że najbardziej opłacalną i skuteczną opcją jest specjalistyczne 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 biorąc pod uwagę zasoby kadrowe i modele finansowania (Horwood 2021).

Skuteczność alternatywnych interwencji podejmowanych w ramach badań przesiewowych wzroku

- Na podstawie prospektywnego, kohortowego i zaślepionego badania z randomizacją, przeprowadzonego u dzieci w wieku od 5 miesięcy do 11 lat (N=162) wykazano przydatność nagrań wideo w przeprowadzaniu badań przesiewowych wzroku u dzieci przez doświadczonych klinicystów (Sabri 2021).
- W 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

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 zgodności co do optymalnego wieku, w jakim powinien być realizowany przesiew 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 także są zgodni w kwestii prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób wzroku. Działania te powinny być adresowane do dzieci, opiekunów i nauczycieli, a także personelu pediatrycznego i okulistycznego.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.21.2026 „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. „Widzę lepiej"; data ukończenia: maj 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 83/2026 z dnia 11 maja 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci w Łodzi pn. »Widzę lepiej«".