



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 52/2026 z dnia 29 lipca 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. „Dobrze widzę, lepiej
się uczyć” (Miasto Wrocław)**

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. „Dobrze widzę, lepiej się uczyć” (Miasto Wrocław).

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady wzroku u dzieci.

Program zakłada przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z VI klas szkół podstawowych oraz realizację szkoleń dla ww. uczniów i ich rodziców/opiekunów prawnych.

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 ocenianego projektu (tj. młodzieży w wieku 12-13 lat) znajduje odzwierciedlenie tylko w części rekomendacji. Istotnym pozostaje również fakt, że projekt uwzględnia szeroki zakres badań diagnostycznych, których zasadność w świetle aktualnych wytycznych naukowych dla tej populacji budzi wątpliwości. Ponadto zaplanowane badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych.

Warto również wskazać, że w Mieście Wrocław funkcjonuje 5 podmiotów leczniczych realizujących umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci oraz 21 poradni, w których świadczenia udzielane są także dzieciom w różnych grupach wiekowych. Ponadto w Mapach Potrzeb Zdrowotnych nie odniesiono się do rekomendowanych kierunków działań w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego.

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

- nieprawidłowego sformułowania celów szczegółowych oraz części mierników efektywności,
- braku określenia czasu trwania działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych;
- nieprawidłowego zaprojektowania wskaźników ewaluacyjnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Miasto Wrocław, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z VI klas szkół podstawowych. W ramach PPZ zaplanowano także edukację zdrowotną dla

rodziców/opiekunów prawnych i ww. uczniów. Program przewidziano na lata 2026-2027. Całkowity koszt PPZ został oszacowany na 500 300 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Wrocław.

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: krótkowzroczność (miopię), nadwzroczność (hipermetropię), astygmatyzm, różnowzroczność, zez, zaburzenia widzenia barw oraz amblyopię (tzw. leniwe oko). Wskazano również objawy mogące świadczyć o problemach z widzeniem u dzieci i młodzieży. Podkreślono, że wczesne rozpoznanie wad i zaburzeń wzroku zwiększa szansę na ich skuteczne leczenie oraz zapobiega pogłębianiu się problemów ze wzrokiem.

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

W projekcie odniesiono się do światowej (w tym europejskiej), krajowej, regionalnej oraz lokalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Powołano się m.in. na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) wskazujące, że 150 mln osób na świecie doświadcza pogorszenia widzenia z powodu nieleczonych wad refrakcji. Wskazano także, że w Europie łączna liczba występowania klinicznie istotnych wad refrakcji u dzieci wynosi 17,9%, krótkowzroczność u 14,3%, nadwzroczność u 10,2%, a astygmatyzm – u 10,3% dzieci. W kontekście danych ogólnokrajowych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) podkreślono, że problemy ze wzrokiem najczęściej występują u dzieci w wieku 10-14 lat, a trudności ze wzrokiem zgłasza 870 na 1 000 dzieci w tej grupie wiekowej. Ponadto podkreślono, że wada refrakcyjna lub zez mogą występować u 15–25% dzieci i młodzieży w Polsce.

Dodatkowo, powołując się na dane Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego wskazano m.in., że w 2023 r. we Wrocławiu odnotowano 1 761 przypadków zaburzeń refrakcji i akomodacji oka (ICD-10: H52) w grupie wiekowej 0-18 lat, w tym 440 nowych rozpoznań, co odpowiada 25,0% wszystkich przypadków.

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2027-2031. Zgodnie z MPZ, w latach 2021-2023 średni czas oczekiwania na wizytę okulistyczną wyniósł ok. 125 dni. Podkreślono także, że ww. dane „wskazują na utrzymujące się ograniczenia w dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki”, a w 2023 r. „najwięcej pacjentów przyjęto w poradniach okulistycznych – prawie 3,5 mln osób” (6,7 mln udzielonych świadczeń). Wskazano również, że „skala wykorzystania świadczeń okulistycznych wskazuje na bardzo duże obciążenie systemu ochrony zdrowia problemami związanymi z narządem wzroku”.

Warto podkreślić, że zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031 w przypadku województwa dolnośląskiego nie odniesiono się do rekomendowanych kierunków działań w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie o co najmniej 20% odsetka uczniów klas VI szkół podstawowych, u których w badaniach przesiewowych wykryto wady wzroku i zalecono dalszą

diagnostykę w poradni okulistycznej w ramach NFZ, w każdym roku szkolnym realizacji programu”.

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. Jako uzasadnienie przyjętej wartości docelowej wskazano na doświadczenia innych samorządów oraz dane epidemiologiczne. Należy zaznaczyć, że jest to właściwe uzasadnienie.

W projekcie zaproponowano również 2 cele szczegółowe, tj.:

- (1) „zwiększenie o 30% liczby uczniów, u których w wyniku udziału w programie zalecono oraz wdrożono korekcję wad wzroku (np. okulary)”,
- (2) „wzrost o 30% poziomu wiedzy rodziców i uczniów klas VI szkół podstawowych w zakresie znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku, potwierdzony wynikami testów wiedzy (pre-test i post-test) opracowanych przez realizatora programu”.

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, co zostało uwzględnione.

Cel szczegółowy nr 1 odnosi się do wdrożenia korekcji wad wzroku, która nie stanowi interwencji zaplanowanej w ramach programu. Dodatkowo projekt nie przedstawia obiektywnego sposobu potwierdzenia osiągnięcia tego celu, gdyż jego ocena opiera się na deklaracjach rodziców lub opiekunów prawnych. Powyższe budzi wątpliwości co do zasadności oraz możliwości rzetelnej oceny realizacji wskazanego celu.

Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu po przeprowadzonej interwencji edukacyjnej. W projekcie przewidziano przeprowadzenie pre- i post-testów, przygotowanych osobno dla rodziców i uczniów. Należy jednak zwrócić uwagę, że cel uwzględnia obie populacje docelowe, dla których zaplanowano odrębne interwencje edukacyjne i narzędzia do oceny poziomu wiedzy. W celu możliwości osiągnięcia efektu zdrowotnego sugeruje się rozdzielenie tego celu na dwa cele szczegółowe – oddzielnie dla rodziców/opiekunów prawnych i osobno dla uczniów.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek uczniów klas VI, u których w badaniach przesiewowych wykryto wadę wzroku (%)”,
- (2) „odsetek uczniów skierowanych do dalszej diagnostyki w ramach NFZ (%)”,
- (3) „liczba wykonanych badań przesiewowych”,
- (4) „odsetek uczniów, u których wdrożono korekcję wad wzroku (np. okulary) (%)”,
- (5) odsetek uczestników działań edukacyjnych (rodziców i uczniów klas VI), którzy osiągnęli wysoki poziom wiedzy w post-teście w stosunku do wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test (%)”.

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.

Mierniki nr 1 i 2 odnoszą się do celu głównego programu.

Miernik nr 5 odnosi się do celu szczegółowego nr 2.

Miernik nr 3 nie spełnia swojej funkcji, ale może zostać wykorzystany podczas monitorowania.

Miernik nr 4 mógłby zostać wykorzystany podczas ewaluacji w przypadku prawidłowo sformułowanego celu oraz zaplanowania w programie wdrożenia korekcji wzroku.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci uczęszczających do klas VI publicznych szkół podstawowych z terenu Miasta Wrocław. W ramach oszacowania populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ, powołano się na dane GUS wskazując, że w 2025 r. liczba uczniów klas VI wyniosła 5 803 osób. Przy założeniu ponad 80% uczestnictwa, programem zostanie objętych ok. 4 700 uczniów. Obowiązkowymi działaniami edukacyjnymi mają zostać objęci także rodzice/opiekuni prawni dzieci (co najmniej 1 rodzic/opiekun). W efekcie łączna liczba uczestników wyniesie ok. 9 400 osób.

W projekcie prawidłowo określono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia z PPZ. Kryteria zostały przedstawione w podziale na poszczególne interwencje. Należy zwrócić uwagę na konieczność doprecyzowania kryteriów włączenia w zakresie uzyskania zgody rodzica/opiekuna na udział ucznia w programie, tak aby obejmowała ona zarówno działania edukacyjne, jak i badania przesiewowe.

Warto podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy w kryteriach kwalifikacji dot. niekorzystania przez ucznia w ciągu 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu ze świadczeń finansowanych przez NFZ w zakresie badań przesiewowych w kierunku wykrywania wad wzroku.

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 towarzystw naukowych zaleca, aby badania przesiewowe wzroku rozpoczynały się w populacji dzieci w wieku 3-5 lat, a następnie były prowadzone z częstotliwością co 1-2 lata (BF/AAP 2025, AAO 2017, AAP 2017, CPS 2016). Jednocześnie nie udowodniono korzyści dla rutynowego badania oczu u zdrowych dzieci bez czynników ryzyka powyżej 6 r.ż. (AAPOS/AAO 2022, CPS 2016).

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) zalecają wykonywanie badań przesiewowych u młodzieży w wieku 12-13 lat (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw).

Podsumowując, zaplanowana w programie populacja (dzieci w wieku 12-13 lat) znajduje odzwierciedlenie w części z odnalezionych rekomendacji.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację kampanii informacyjno-promocyjnej, edukacji zdrowotnej dla uczniów i ich rodziców/opiekunów prawnych, a także badań przesiewowych w kierunku wad wzroku u dzieci.

Głównymi nośnikami informacji o programie będą ulotki i plakaty w szkołach. Dodatkowo materiały zostaną opublikowane w mediach społecznościowych i wybranych portalach

użyteczności publicznej. Ponadto rodzice otrzymają informację drogą elektroniczną (np. za pośrednictwem systemu Librus).

Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów prawnych i ich dzieci, uczniów klas VI szkół podstawowych

Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych

Działaniami edukacyjnymi w postaci szkoleń zostaną objęci rodzice/opiekunowie prawni dzieci z grupy docelowej. Zajęcia te będą mogły być realizowane w formie telekonferencji czy webinarium. Zakres tematyczny szkoleń obejmować będzie zagadnienia związane z czynnikami ryzyka rozwoju wad wzroku, w tym informacje nt. sposobów profilaktyki, rozpoznawania objawów i metod korekcji w przypadku obecności krótkowzroczności. Podkreślona zostanie także rola rodzica w terapii i profilaktyce wad wzroku. Zaplanowano także ocenę poziomu wiedzy uczestników na podstawie pre- i post-testów, które zostaną udostępnione online za pośrednictwem e-platformy edukacyjnej. Do projektu załączono wzór przykładowego testu wiedzy, który nie budzi zastrzeżeń. Szkolenia mają być prowadzone przez okulistów i optometrystów.

Warto również wskazać, aby projekt zawierał informacje dotyczące czasu trwania działań edukacyjnych skierowanych do rodziców i opiekunów prawnych.

Szkolenia dla uczniów klas VI szkół podstawowych

W ramach programu zaplanowano także szkolenia dla uczniów klas VI wrocławskich szkół podstawowych. Działania edukacyjne mają być realizowane przez optometrystów i prowadzone w oparciu o pakiet materiałów edukacyjnych obejmujących scenariusz lekcji, grę edukacyjną, arkusz faktów oraz prezentację multimedialną lub film. W ramach interwencji zaplanowano również wykorzystanie materiałów dydaktycznych przygotowanych na potrzeby programu, w tym m.in. krótkich filmów edukacyjnych oraz załączek do książek dotyczących profilaktyki wad wzroku. W projekcie wskazano, że treści edukacyjne będą dotyczyć zagadnień związanych z profilaktyką wad wzroku oraz kształtowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu narządu wzroku wśród dzieci i młodzieży. Jednocześnie w załączniku dołączonym do projektu przedstawiono szczegółowy zakres merytoryczny zajęć o tematyce okulistycznej, dostosowany do wieku uczniów. W projekcie przewidziano również ocenę poziomu wiedzy uczniów przed rozpoczęciem działań edukacyjnych oraz po ich zakończeniu. Weryfikacja będzie prowadzona z wykorzystaniem pre- i post-testów. Pre-test zostanie przeprowadzony przez nauczycieli, a post-test przez optometrystów po zakończeniu zajęć edukacyjnych. Łącznie zostanie przeprowadzonych 160 godzin lekcyjnych.

Przeprowadzenie badań przesiewowych wzroku u uczniów we wrocławskich szkołach podstawowych

W projekcie wskazano, że badania przesiewowe wzroku będą realizowane na terenie szkół, po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych. Rodzice/opiekunowie prawni będą zachęceni do obecności podczas wykonywania badania.

Należy zwrócić uwagę, że program przewiduje szeroki zakres badań diagnostycznych, których zasadność w świetle aktualnych wytycznych naukowych budzi wątpliwości.

W ramach badań przewidziano ocenę ostrości wzroku do dali z wykorzystaniem tablic optotypowych (np. tablic Snellena, LogMAR) oraz do bliży poprzez odczytywanie tekstu lub optotypów. Zaplanowano również orientacyjne badanie refrakcji wykonywane przy użyciu autorefraktometru lub skiaskopu, umożliwiające identyfikację najczęściej występujących wad wzroku, takich jak krótkowzroczność, nadwzroczność oraz astygmatyzm. Ponadto przeprowadzana zostanie ocena widzenia obuocznego (przy użyciu testu cover/uncover, testów stereoskopowych, np. TNO, Lang), pozwalająca na wykrycie m.in. zezu jawnego i ukrytego oraz zaburzeń konwergencji. Program zakłada także ocenę akomodacji, tj. zdolności oka do zmiany ogniskowania w zależności od odległości obserwowanego obiektu oraz ocenę ruchów gałek ocznych, w tym ruchów śledzących, sakkad oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej. Zaplanowano również ocenę widzenia barw z wykorzystaniem standaryzowanych

testów, „wykonywaną w razie potrzeby”. Należy podkreślić, że wnioskodawca nie doprecyzował, w jakich sytuacjach badanie widzenia barw będzie wykonywane ani jakie przesłanki będą stanowiły podstawę do uznania konieczności jego przeprowadzenia. Dodatkowo przewidziano podstawową ocenę przedniego odcinka oka obejmującą obserwację zewnętrznych struktur oka, ocenę ustawienia powiek i spojówek, ocenę reakcji źrenic na światło oraz identyfikację zgłaszanych przez ucznia objawów. Warto podkreślić, że w projekcie szczegółowo opisano metody i narzędzia diagnostyczne, które zostaną przeprowadzone podczas interwencji przesiewowej.

Po przeprowadzeniu badań rodzice/opiekunowie prawni otrzymają pisemną informację zawierającą wynik badania przesiewowego, informację o stwierdzonych nieprawidłowościach lub ich braku oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

Należy zwrócić szczególną uwagę, że w odniesieniu do populacji docelowej ocenianego projektu, tj. młodzieży w wieku 12-13 lat, wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) wskazują na zasadność prowadzenia badań przesiewowych z wykorzystaniem badania ostrości wzroku oraz oceny widzenia barw. Jednocześnie pozostałe badania diagnostyczne przewidziane w programie nie znajdują odzwierciedlenia w polskich i zagranicznych wytycznych, natomiast wykorzystywane są w ramach przesiewu w młodszych grupach wiekowych.

Ponadto należy wskazać, że badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) 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 zezów), w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub w klasie I szkoły podstawowej (wykrywanie zezów – 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 zezów. Pielęgniarka lub higienistka szkolna wykonuje badania przesiewowe w kierunku wad wzroku w: ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub w klasie I szkoły podstawowej (wykrywanie zezów – 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).

Należy zaznaczyć, że w mieście Wrocław funkcjonuje 5 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci oraz 21 poradni, w których świadczenia udzielane są także dzieciom z różnych grup wiekowych. W projekcie odniesiono się co do zasadności prowadzenia PPZ z wykorzystaniem różnych narzędzi diagnostycznych wskazując, że „ograniczona dostępność do specjalistów okulistyki dziecięcej oraz konieczność uzyskania skierowania mogą opóźnić rozpoznanie i wdrożenie leczenia”. Podkreślono także, że zaplanowany PPZ „stanowi uzupełnienie istniejących świadczeń i ma na celu zwiększenie wykrywalności wad wzroku oraz poprawę dostępności do diagnostyki okulistycznej wśród dzieci”.

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 następujących wskaźników:

- (1) „liczba dzieci, których Rodzice/Opiekunowie wyrazili zgodę na udział w PPZ”,
- (2) „liczba dzieci zakwalifikowanych do PPZ”,
- (3) „liczba dzieci, które nie zostały zakwalifikowane do PPZ”,
- (4) „liczba dzieci, które zrezygnowały z Programu – decyzja rodzica/opiekuna prawnego”,
- (5) „liczba dzieci, które nie zrezygnowały z Programu”,
- (6) „liczba osób (rodziców i uczniów kl. VI) uczestniczących w zajęciach edukacyjnych”,
- (7) „liczba zaświadczeń o przeprowadzonym badaniu przesiewowym wzroku”,
- (8) „liczba dzieci skierowanych na pogłębione badania okulistyczne w ramach NFZ za pośrednictwem lekarza POZ (wystawia skierowanie do Poradni Okulistycznej)”,
- (9) „liczba oświadczeń rodziców/opiekunów prawnych dotyczące wdrożenia korekcji wzroku”,
- (10) „liczba osób, które aplikowały do Programu”,
- (11) „liczba osób, którym udzielono poszczególnych specjalistycznych konsultacji”.

Wskaźniki nr 1-7 oraz nr 9-11 zostały sformułowane prawidłowo.

Wskaźnik nr 8 nie spełnia swojej funkcji, ale może zostać wykorzystany podczas ewaluacji.

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

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności. Należy jednak zaznaczyć, że dwa z nich (miernik nr 3 i 4) zostały sformułowane nieprawidłowo. Dodatkowo w treści projektu przedstawiono następujące wskaźniki:

- (1) „odsetek osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy Rodziców/opiekunów i uczniów (przeprowadzenie pre-testu i post testu) nt. profilaktyki wad wzroku”,
- (2) „liczba wykrytych wad wzroku”,
- (3) „liczba wydanych zaleceń do dalszej diagnostyki lub leczenia dziecka”,
- (4) „liczba dzieci z wykrytymi wadami wzroku, które skierowane zostały do Poradni Okulistycznej”,
- (5) „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”.

Warto wskazać, że wskaźniki nr 1 i 4 stanowią częściowe powtórzenie wcześniej zdefiniowanych mierników efektywności.

Wskaźniki nr 2, 3 i 5 nie spełniają swojej funkcji, mogą natomiast zostać wykorzystane w ramach 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, roczne i całkowite, które nie budzą zastrzeżeń. Budżet zawiera także koszty monitorowania i ewaluacji PPZ.

Koszt całkowity programu został oszacowany na 500 300 zł.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Miasta Wrocław.

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 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 zezą 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 zezą.

Ocena technologii medycznych

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

- 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).
- 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).
- Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatricznego (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.
- *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

- W metaanalizie Dhirar 2020 (33 badań, N=7 859) wskazano na stosunkowo niski odsetek dzieci i młodzieży przestrzegających noszenia okularów przepisanych z powodu wykrycia wady refrakcji wzroku. Zgodność z zaleceniami dotyczącymi noszenia okularów wyniosła 40,14% [95%CI: (32,78; 47,50)]. Wydaje się, że problem ten można rozwiązać poprzez behawioralną motywację dzieci, rodziców i społeczeństwa w tym zakresie (Dhirar 2020).

- 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).
- Wyniki badania obserwacyjnego z udziałem dzieci i młodzieży (N=21) wskazują, że kontynuacja opieki okulistycznej nad dziećmi z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego wzroku jest niezbędna do uzyskania poprawy widzenia. W badaniu tym rozszerzona interwencja edukacyjna skierowana do dzieci i rodziców spowodowała znaczący (o 60%) wzrost odsetka dzieci noszących wymagane okulary w porównaniu z wynikiem uzyskanymi w grupie, która otrzymała interwencję standardową (McClendon 2019).

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 zezu 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 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 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. Eksperti 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 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.451.38.2026 „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. „Dobrze widzę, lepiej się uczę”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 105/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku o projekcie programu „Profilaktyka wad wzroku u dzieci pn. »Dobrze widzę, lepiej się uczę«” (m. Wrocław)”.