

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 67/2026 z dnia 28 sierpnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania
wad wzroku u dzieci z powiatu leszczyńskiego”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu leszczyńskiego”.

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 uczęszczających do klas III i VIII publicznych szkół podstawowych. W programie zaplanowano także działania informacyjno-edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz działania edukacyjne dla uczniów i nauczycieli/wychowawców.

Warto wskazać, 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.

Jednakże, brak zgodności wytycznych i opinii ekspertów w zakresie optymalnego wieku realizacji badań przesiewowych w kierunku wad wzroku oraz fakt, że zaplanowane interwencje w projekcie nie wykraczają poza zakres świadczeń gwarantowanych – stanowią główną przesłankę dla negatywnej opinii.

Ponadto, w projekcie występują inne braki i uchybienia, w tym w szczególności dotyczące:

- nieprawidłowego sformułowania celu głównego oraz większości mierników efektywności,
- „działań informacyjno-edukacyjnych” opisanych w sposób zdawkowy i mających charakter głównie informacyjny,
- braku odpowiedniego dostosowania testów wiedzy do wieku odbiorców programu, w tym dzieci, młodzieży, rodziców/opiekunów oraz nauczycieli,
- oszacowania kosztów programu wyłącznie na rok 2027.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Powiat Leszczyński, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci z III i VIII klas szkół podstawowych. W ramach PPZ zaplanowano także działania informacyjno-edukacyjne dla dzieci ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli/wychowawców. Program przewidziano na lata 2027-2029. W 2027 r. całkowity koszt PPZ wyniesie 120 450 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Powiatu Leszczyńskiego.

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 (miopia), nadwzroczność (hipermetropia), astygmatyzm, zez, zaburzenia widzenia barw (daltonizm) oraz niedowidzenie (amblyopia). Podkreślono, że zaburzenia widzenia mają negatywny wpływ na rozwój dziecka, naukę oraz stanowi o jego jakości życia. Wskazano również symptomy mogące świadczyć o problemach z widzeniem u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

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

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej, regionalnej oraz lokalnej sytuacji epidemiologicznej, korespondującej z wybranym problemem zdrowotnym. Powołano się na dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) 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. 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 oraz zez.

W treści programu uwzględniono również raport Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) „Stan zdrowia ludności Polski w 2019”, z którego wynika, że wśród poważnych problemów zdrowotnych u dzieci w wieku 2-14 lat istotne miejsce zajmują zaburzenia wzroku. Stwierdzono, że problemy ze wzrokiem wystąpiły u 659 na 1 000 dzieci, przy czym wyraźnie częściej dotyczyły dziewczynek (751 na 1 000) niż chłopców (580 na 1 000).

Przytoczono również dane lokalne. W PPZ odwołano się m.in. do danych własnych Urzędu Miasta Poznań pochodzących z badań epidemiologicznych i prac doktorskich realizowanych wśród poznańskich uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Dane pochodziły z lat 2002, 2003 oraz 2007. W jednym z badań z 2012 roku wykonano badanie wzroku do dali oraz sprawdzono refrakcje oka po cykloplegii. U ok. 43,2% badanych dzieci stwierdzono wadę refrakcji, z czego u 11,3% stwierdzono krótkowzroczność, u 47,3% nadwzroczność, a u 41,4% astygmatyzm. W kolejnym badaniu z 2003 r. przebadano 4 440 uczniów z miasta Poznań w wieku 7-18 lat. W całej grupie częstość występowania krótkowzroczności wynosiła 11,4% i wzrastała od 0,4% u dzieci w wieku 7 lat do 22,0% u uczniów w wieku 18 lat. Częstość występowania nadwzroczności zmniejszała się z 32,6% u dzieci w wieku 7 lat do 10,6% u uczniów w wieku 18 lat.

W projekcie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ). Podkreślono, że choroby oka i jego przydatków w 2021 r. w województwie wielkopolskim znajdowały się na szóstym miejscu pod względem udzielonych porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w populacji poniżej 18 r.ż. Odnotowano 64 616 porad, w tym 41 863 porad w zakresie zaburzeń refrakcji i akomodacji, 9 357 porad związanych z upośledzeniem widzenia oraz 5 757 porad w przypadku innej postaci zeza. Warto zauważyć, że w ramach MPZ dostępne są również nowsze dane, pochodzące z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), które wskazują, że w 2024 roku w ramach poradni okulistycznych dla dzieci, przeprowadzono 19 621 porad ukierunkowanych na zaburzenia refrakcji i akomodacji, 1 678 porad ukierunkowanych na upośledzenie widzenia oraz 1 376 porad w przypadku innych postaci zeza. Łącznie, w ramach omawianej poradni, przeprowadzono 26 682 porad związanych z chorobami oka i jego przydatków.

Warto podkreślić, że w najnowszej edycji MPZ na lata 2027-2031 nie odniesiono się do rekomendowanych kierunków działań w zakresie przedmiotowego problemu zdrowotnego, w przypadku województwa wielkopolskiego.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „zwiększenie o 5% skuteczności wczesnego wykrywania wad wzroku lub chorób oczu w populacji docelowej poprzez realizację działań diagnostycznych i edukacyjnych w ramach Programu, ukierunkowanych na poprawę dostępności badań przesiewowych oraz podniesienie świadomości rodziców w zakresie profilaktyki wzroku dzieci”.

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 nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego, a zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania wad, rozumiane jako zwiększenie wykrywalności chorób, nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia uczestnika PPZ. Ponadto cel składa się z kilku założeń oraz odnosi się do dwóch odrębnych problemów zdrowotnych, tj. wad wzroku oraz chorób oczu, co ogranicza możliwość jednoznacznego określenia efektu interwencji. W uzasadnieniu przyjętej wartości docelowej w celu głównym wskazano, że „wartość docelowa na poziomie 5% wzrostu skuteczności wykrywania wad wzroku została określona jako realna i osiągalna w oparciu o wyniki pilotażowych programów profilaktycznych. Wskazują one, że wprowadzenie systematycznych badań przesiewowych w szkołach skutkuje średnim wzrostem rozpoznawalności wad wzroku o 4–7%”.

Wskazano również 1 cel szczegółowy, tj. „utrzymanie lub osiągnięcie wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki wad wzroku u co najmniej 50% osób objętych działaniami edukacyjnymi, w tym rodziców, opiekunów prawnych, nauczycieli i uczniów, którzy zapoznali się z materiałami edukacyjnymi”.

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. W projekcie programu zaplanowano także pomiar wzrostu wiedzy za pomocą przeprowadzenia pre i post-testu. Należy wskazać, że załączony do projektu programu test wiedzy ma charakter ogólny i składa się z jedynie 5 pytań testowych. W projekcie należałoby uwzględnić bardziej szczegółowe testy wiedzy, dla poszczególnych populacji planowanych działań edukacyjnych. Ponadto wskazano, że testy wiedzy mają być prowadzone w formie ankiety udostępnianej przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu działań edukacyjnych w formie elektronicznego formularza internetowego na stronie organizatora, co może być utrudnione biorąc pod uwagę planowane formy akcji edukacyjnej, takie jak plakaty i ulotki oraz publikacje w mediach społecznościowych. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się możliwym do weryfikacji wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u większości osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, czego nie uwzględniono w projekcie. W uzasadnieniu przyjętej wartości docelowej w celu głównym wskazano, że „wartość 50% stanowi wskaźnik realistyczny i zgodny z wynikami badań ewaluacyjnych podobnych programów edukacyjno-zdrowotnych, w których poziom utrwalenia wiedzy i deklarowanej świadomości profilaktycznej oscylował między 40% a 60%. Utrzymanie wskaźnika na poziomie 50% pozwala na rzetelną ocenę efektywności działań informacyjno-edukacyjnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu zróżnicowanego dostępu do kanałów komunikacji i stopnia zaangażowania odbiorców”. Należy zaznaczyć, że nie jest to właściwe uzasadnienie dla przyjętej wartości docelowej.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „odsetek dzieci objętych badaniami przesiewowymi w stosunku do populacji kwalifikującej się do udziału w Programie”,
- (2) „liczbę dzieci, u których stwierdzono nieprawidłowości wymagające dalszej diagnostyki okulistycznej”,
- (3) „wzrost poziomu wiedzy uczestników oceniany na podstawie wyników pre-testów i post-testów”.

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 PPZ przedstawiane były w formie odsetka.

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

Ze względu na nieprawidłowo sformułowany cel główny, miernik nr 2 może zostać wykorzystany podczas ewaluacji.

Miernik nr 3 został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ w swoim brzmieniu przypomina bardziej cel programu.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do dzieci uczęszczających do klas III i VIII publicznych szkół podstawowych we wszystkich 7 gminach na terenie powiatu leszczyńskiego. Na podstawie danych statystycznych wskazano, że łącznie w edycji 2026/2027 zakłada się przebadanie 1 435 dzieci, w edycji 2027/2028 – 1 401 dzieci, natomiast w edycji 2028/2029 – 1 426 dzieci. Program ma być skierowany także do rodziców lub opiekunów prawnych dzieci oraz nauczycieli uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych. Zgodnie z treścią projektu, w części diagnostycznej programu wezmą udział wszyscy uczniowie klas III i VIII w danym roku szkolnym, natomiast w działaniach edukacyjnych wezmą udział dzieci kwalifikujące się do badania, ich rodzice/opiekunowie prawni (ok. 3 000 rocznie) oraz nauczyciele prowadzący klasy III i VIII na terenie powiatu leszczyńskiego (ok. 100 rocznie).

W projekcie zbyt ogólnie przedstawiono kryteria kwalifikacji i kryteria wykluczenia z programu. Sugeruje się, aby kryteria kwalifikacji zostały przedstawione w podziale na poszczególne interwencje i populacje.

Warto natomiast podkreślić, że zabezpieczono ryzyko podwójnego finansowania świadczeń poprzez zapisy dot. niekorzystania przez dziecko ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w zakresie diagnostyki lub leczenia wady wzroku w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Interwencja

W programie zaplanowano realizację działań informacyjno-edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych, działań edukacyjnych dla uczniów oraz nauczycieli/wychowawców, a także badań diagnostycznych wzroku u dziecka.

Działania informacyjno-edukacyjne

Zgodnie z założeniami projektu, działania edukacyjne skierowane zostaną do uczniów klas III oraz VIII szkoły podstawowej, ich rodziców i opiekunów oraz nauczycieli. Docelowo działania te realizowane będą z wykorzystaniem ulotek oraz filmów edukacyjnych. Sama tematyka działań edukacyjnych będzie obejmować m.in. informacje na temat rodzajów wad wzroku,

czynników ryzyka ich występowania, objawów, diagnozowania oraz leczenia, a także profilaktyki wad wzroku, w tym zasad dotyczących jego higieny. Działania informacyjno-edukacyjne wśród rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli zostaną również uzupełnione o wiedzę z zakresu zasad prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród dzieci nt. właściwych zachowań dotyczących higieny wzroku.

Należy podkreślić że opisane działania informacyjno-edukacyjne zostały opisane w sposób zdawkowy. W projekcie nie odniesiono się do czasu trwania zaplanowanych działań. Zaznaczono, że sposób przekazu informacji zostanie dostosowany do wieku oraz możliwości poznawczych dzieci. Weryfikacja poziomu wiedzy uczestników działań edukacyjnych zostanie dokonana w oparciu o ankietę wiedzy przeprowadzoną przed i po zrealizowaniu omawianych działań. Wątpliwości jednak budzi w tym przypadku ogólny kształt i sposób przeprowadzenia testów wiedzy. Załączony do projektu programu wzór testu przyjmuje jedną formę i ma zostać rozpowszechniony zarówno w populacji uczniów, jak i rodziców oraz wychowawców. Wskazano także, że testy wiedzy mają być prowadzone w formie ankiety udostępnianej przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu działań edukacyjnych w formie elektronicznego formularza internetowego na stronie organizatora, co może być utrudnione biorąc pod uwagę planowane formy akcji edukacyjnej, takie jak plakaty i ulotki oraz publikacje w mediach społecznościowych.

W warunkach realizacji dotyczących personelu w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych założono wymóg przeprowadzenia ich przez okulistę, optometrystę lub edukatora zdrowotnego. Natomiast w części dotyczącej przygotowania filmu edukacyjnego oraz ulotek jako wymagany personel wskazano pracownika Starostwa Powiatowego w Lesznie pod nadzorem realizatora Programu, nie precyzując przy tym dokładnego zakresu zadań.

Podsumowując, zakres zaplanowanych „działań informacyjno-edukacyjnych” dla rodziców wydaje się być niewystarczający i wymaga uzupełnienia.

Badania przesiewowe wzroku u dziecka

W programie wskazano, że badania przesiewowe w kierunku zaburzeń wzroku opierać się będą o badanie ostrości widzenia przy użyciu przenośnych tablic Snellena do dali i bliży, ocenę położenia gałek ocznych (cover i uncover test) oraz ocenę widzenia barw. W projekcie programu wskazano, że badania będą realizowane na terenie szkół w gabinetach pielęgniarek szkolnych lub innych pomieszczeniach umożliwiających poprawne wykonanie przesiewowych badań wzroku. Badania przeprowadzi optometrysta posiadający min. 2-letnie doświadczenie w zawodzie. Po przeprowadzeniu badań oraz uzyskaniu wyniku wskazującego na zaburzenia wzroku, rodzice/opiekunowie prawni dziecka zostaną poinformowani o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub poradni okulistycznej w celu dalszej diagnostyki w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ lub prywatnie.

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/COS/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, CAO/COS/CFPC/CPS 2019).

Warto zauważyć, że w stanowisku Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) wskazano harmonogram badań przesiewowych badań okulistycznych u dzieci. Zgodnie z rekomendowanym harmonogramem IV. badanie przesiewowe należy przeprowadzić po ukończeniu 6. r.ż., nie później niż do ukończenia 7. r.ż.

wykonując badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/odkrywania oczu oraz ocenę widzenia barw. Natomiast V. badanie przesiewowe należy przeprowadzić po ukończeniu 12. r.ż., nie później niż do ukończenia 13. r.ż. wykonując badanie ostrości wzroku oraz ocenę widzenia barw. Biorąc pod uwagę powyższe, zaplanowane badania przesiewowe zostały zaplanowane prawidłowo, jednakże wskazany w programie wiek populacji docelowej (9-10 lat i 14-15 lat) nie znajduje odzwierciedlenia w polskich wytycznych dla harmonogramu IV. i V. przesiewowego badania okulistycznego u dzieci. Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Ponadto należy wskazać, że badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu 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).

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 osób, które uczestniczyły w edukacji online”,
- (2) „liczba dzieci, u których zostały wykonane badania przesiewowe z podziałem na szkoły podstawowe”,
- (3) „liczba zgłoszonych dzieci, które nie zostały objęte badaniami przesiewowymi w ramach Programu (np. nieobecność dziecka w szkole)”,
- (4) „liczba dzieci, u których stwierdzono nieprawidłowy wynik badania przesiewowego wymagający dalszej konsultacji okulistycznej”.

Wskaźniki nr 1-3 zostały sformułowane prawidłowo.

Należy zaznaczyć, że wskaźnik nr 4 odnosi się bardziej do ewaluacji.

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

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie następujących wskaźników:

- (1) „liczba dzieci, u których wykryto wadę/wady wzroku”,
- (2) „liczba i rodzaj wad wzroku wykrytych w ramach Programu”,
- (3) „liczba dzieci, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki/leczenia poza Programem”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

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 jedynie koszt jednostkowy badania przesiewowego oraz łączne koszty pośrednie. Budżet zawiera także koszty monitorowania i ewaluacji PPZ.

W projekcie przedstawiono koszty całkowite programu jedynie na rok budżetowy 2027 (wynoszący 120 450 zł), bez uwzględnienia kolejnych lat realizacji.

Program ma zostać sfinansowany z budżetu Powiatu Leszczyńskiego.

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 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 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 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.

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, AAP 2017).
- Pomiędzy 12 a 36 miesiącem dziecko jest sprawdzane pod kątem prawidłowego rozwoju oczu. Można wykonać test fotoprzesiewowy (*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 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.
- Zgodnie z rekomendacjami *Canadian Pediatric Society* badanie dla osób w wieku 6-18 lat powinno być wykonywane w trakcie rutynowych badań lekarskich, a także w każdym przypadku występowania dolegliwości. Zaznacza się jednak, że nie udowodniono korzyści dla rutynowego badania oczu u zdrowych dzieci bez czynników ryzyka powyżej 6 r.ż. (CAO/COS/CFPC/CPS 2019).
- *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, umożliwiającą szybką interwencję (PHE 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. 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 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.451.51.2026 „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu leszczyńskiego”; data ukończenia: sierpień 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 123/2026 z dnia 24 sierpnia 2026 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu leszczyńskiego”.