



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Porada specjalistyczna – leczenie zeza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Raport w sprawie oceny zmiany warunków świadczenia

DWSGiZS.47.4.2026

Data ukończenia: 05.08.2026 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 930 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane (nie dotyczy) stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy i dane stanowiące tajemnicę refundacyjną.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.), art. 35 ust. 4–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)² oraz art. 30b ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nie dotyczy).

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE.L. z 2016 r. 119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: dane osobowe.

¹ podstawa prawna zakreślić danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

² podstawa prawna zakreślić w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

Wykaz wybranych skrótów

AAO	American Academy of Ophthalmology
Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
HTA	Ocena technologii medycznej (ang. Health Technology Assessment)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
KŚOZ	Karta świadczenia opieki zdrowia
MRI	Rezonans magnetyczny (ang. Magnetic resonance imaging)
MUS	Miejsca udzielania świadczeń
MZ	Minister Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	National Health Service
OCT	Optyczna koherentna tomografia
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTO	Polskie Towarzystwo Okulistyczne
RCO	The Royal College of Ophthalmologists
SCOP	Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich
TK/CT	Tomografia komputerowa (ang. Computed tomography)
USG	Ultrasonografia
ustawa o świadczeniach	Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	4
1. Podstawowe informacje o zleceniu	5
2. Streszczenie raportu	6
3. Przedmiot i historia zlecenia	13
4. Problem decyzyjny	14
4.1. Problem zdrowotny	15
4.2. Opis zakresu świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej 15	
4.3. Obowiązujące warunki realizacji i zasady finansowania świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”	17
4.4. Porównanie obowiązujących i proponowanych w KŚOZ warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”	19
5. Aktualny stan realizacji świadczeń w zakresie leczenia zeza na poziomie AOS	21
6. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	25
7. Opinie ekspertów klinicznych	29
8. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach	31
9. Wyniki analizy dotyczącej proponowanych warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”	34
10. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne	40
11. Piśmiennictwo	44
12. Załączniki	45
Załącznik 1. Opinie ekspertów klinicznych	45
Załącznik 2. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	58
Załącznik 3. Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	61

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (dd.mm.rrrr) i znak pisma zlecającego:

- o zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 09.06.2026 r. (znak: ASG.741.16.2026.MK)

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego) /przedmiot zlecenia:

przygotowanie oceny i opinii dotyczącej zasadności proponowanych zmian warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna - leczenie zeza”, wraz z analizą potencjalnych skutków organizacyjnych i finansowych

Typ zlecenia:

- ☐ zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
- ☒ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☒ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Minister Zdrowia na podstawie wniosku Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie raportu

Problem decyzyjny

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności aktualizacji warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”, realizowanego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez dostosowanie wymagań organizacyjnych i sprzętowych do aktualnych standardów diagnostyki i leczenia zaburzeń widzenia obuocznego.

Oceniane świadczenie jest obecnie finansowane ze środków publicznych, natomiast obowiązujące warunki jego realizacji zostały określone w oparciu o wcześniejsze modele organizacji opieki ortoptyczno-okulistycznej, w których kluczowe znaczenie miała diagnostyka funkcjonalna z wykorzystaniem specjalistycznych testów ortoptycznych oraz dedykowanej aparatury diagnostycznej. Rozwój technologiczny w okulistyce oraz postęp metod diagnostycznych istotnie poszerzyły możliwości oceny pacjentów z zaburzeniami widzenia obuocznego. W szczególności powszechnie dostępne stały się nowoczesne metody diagnostyki obrazowej, refrakcyjnej i strukturalnej, takich jak optyczna koherentna tomografia (OCT), USG gałki ocznej, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny.

Przedmiotem oceny jest ustalenie, czy proponowane zmiany warunków realizacji świadczenia pozwolą na bardziej precyzyjną diagnostykę przyczyn zaburzeń widzenia obuocznego oraz identyfikację współistniejących patologii, a także czy ich wdrożenie jest zasadne z punktu widzenia organizacji i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Oceniane propozycje dotyczą wyłącznie modyfikacji warunków realizacji świadczenia i nie obejmują zmiany jego zakresu ani wprowadzenia nowych procedur medycznych. Zakres proponowanych zmian obejmuje:

- rozszerzenie katalogu personelu medycznego uczestniczącego w realizacji świadczenia poprzez dopuszczenie udziału optometrysty;
- aktualizację wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, polegającą na doprecyzowaniu części obowiązujących wymagań, wprowadzeniu nowych elementów wyposażenia oraz rezygnacji z obligatoryjnego uwzględniania wybranych urządzeń;
- rozszerzenie warunków realizacji świadczenia o obowiązek zapewnienia dostępu do badań diagnostycznych obejmujących OCT, perymetrię, ultrasonografię, tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny.

Ze względu na charakter ocenianych propozycji nie przeprowadzono pełnej oceny skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa leczenia zezu. Analizę skoncentrowano na ocenie zasadności proponowanych zmian organizacyjnych oraz możliwości ich wdrożenia w praktyce klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań dotyczących personelu, wyposażenia i badań diagnostycznych wykorzystywanych w procesie diagnostyki i leczenia pacjentów z zezem.

Świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zezu” pozostaje świadczeniem gwarantowanym, a oceniane propozycje nie prowadzą do utworzenia nowego świadczenia ani rozszerzenia zakresu procedur medycznych wykonywanych w jego ramach. Proponowane zmiany dotyczą wyłącznie warunków organizacyjnych i diagnostycznych realizacji świadczenia, co może wpływać na sposób prowadzenia diagnostyki, organizację ścieżki pacjenta, dostępność świadczeń, wymagania stawiane świadczeniodawcom oraz koszty realizacji świadczenia.

W celu oceny zasadności oraz możliwości uwzględnienia proponowanych zmian w systemie świadczeń gwarantowanych przeprowadzono analizę obowiązujących warunków realizacji świadczenia oraz zakresu proponowanych modyfikacji. Ocenie poddano zgodność proponowanych zmian z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej, opiniami ekspertów i rozwiązaniami organizacyjnymi stosowanymi w innych krajach. Uwzględniono również aktualny sposób realizacji i finansowania świadczenia oraz potencjalne skutki organizacyjne i finansowe związane z wdrożeniem proponowanych zmian.

Problem zdrowotny

Zez (strabismus) jest zaburzeniem równoległego ustawienia gałek ocznych, prowadzącym do nieprawidłowego kierowania osi widzenia i zaburzeń widzenia obuocznego, w tym stereoskopowego. Może przyjmować różne formy (m.in. zez zbieżny, rozbieżny, pionowy lub skośny), mieć charakter stały lub okresowy oraz różne nasilenie.

Schorzenie ma zróżnicowaną etiologię, obejmującą m.in. wady refrakcji (szczególnie nadwzroczność), zaburzenia funkcji mięśni okoruchowych, choroby neurologiczne, urazy oraz inne choroby oczu lub schorzenia ogólnoustrojowe.

Konsekwencje kliniczne obejmują nie tylko widoczne odchylenie ustawienia oczu, ale także zaburzenia widzenia obuocznego, ograniczenie oceny głębi i podwójne widzenie. U dzieci długotrwały zez może prowadzić do rozwoju niedowidzenia, a skutki zaburzeń mogą utrzymywać się również w wieku dorosłym. Istotne są także następstwa psychospołeczne.

Rozpoznanie opiera się na kompleksowym badaniu okulistycznym, obejmującym ocenę ustawienia i ruchomości oczu, ostrości wzroku, funkcji widzenia obuocznego oraz pomiar kąta zezu, z możliwością rozszerzenia diagnostyki o badania dodatkowe.

Postępowanie terapeutyczne jest zróżnicowane i zależy od przyczyny oraz charakteru zezu; może obejmować korekcję refrakcji, leczenie niedowidzenia, terapię ortoptyczną, leczenie chirurgiczne oraz – w wybranych przypadkach – zastosowanie toksyny botulinowej.

Opis proponowanego świadczenia na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej

Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej przedmiotem zlecenia jest zmiana warunków realizacji świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonego w lp. 51 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Proponowane zmiany obejmują modyfikację wymagań dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępu do badań diagnostycznych niezbędnych do realizacji świadczenia.

Zgodnie z KŚOZ, po doprecyzowaniu przez autora Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, świadczenie powinno być realizowane przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki oraz jedną osobę personelu pomocniczego, np. ortoptystę lub optometrystę.

Wymagane wyposażenie obejmuje w szczególności: tablice do oceny ostrości wzroku (w tym dostosowane do badania dzieci), kasetę szkieł okularowych, oprawki próbne, zestaw szkieł pryzmatycznych oraz listwy pryzmatyczne, a także narzędzia do przeprowadzania testu zasłaniania, testy widzenia obuocznego (co najmniej dwa rodzaje), szkła Baggoliniego, oftalmoskop bezpośredni i pośredni, lampę szczelinową, skioskop z linijkami do skioskopii, autorefraktometr oraz tonometr.

Ponadto świadczeniodawca powinien zapewnić dostęp do badań diagnostycznych obejmujących OCT (optyczną koherentną tomografię), perymetrię, badanie ultrasonograficzne (USG), tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz badania laboratoryjne i mikrobiologiczne wykonywane w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Populacja pacjentów objętych świadczeniem została oszacowana na około 40 000 osób rocznie.

Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

W celu oceny zasadności proponowanych zmian przeprowadzono przegląd wytycznych praktyki klinicznej pod kątem wymagań dotyczących organizacji realizacji świadczenia, w szczególności w zakresie personelu, wyposażenia oraz dostępności badań diagnostycznych.

Do analizy włączono łącznie 5 dokumentów opublikowanych w latach 2012–2025, w tym 4 rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia zezu u dzieci: The Royal College of Ophthalmologists (RCO 2012), American Academy of Ophthalmology (AAO 2018), Polskie Towarzystwo Okulistyczne (PTO 2022) oraz Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP 2025), a także 1 rekomendację dotyczącą dorosłych: American Academy of Ophthalmology (AAO 2023).

Analiza włączonych do niniejszego przeglądu dokumentów wykazała, że:

- o w odniesieniu do personelu medycznego wytyczne podkreślają kluczową rolę lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zezu; w części dokumentów opisano również współpracę z optometrystą lub udział optometrysty w wybranych elementach oceny okulistycznej (SCOP 2025, AAO 2018, AAO 2023, RCO 2012);
- o w odniesieniu do wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:

- znaczna część elementów wyposażenia określonych w proponowanych warunkach realizacji świadczenia odpowiada elementom diagnostyki opisywanych w analizowanych dokumentach, obejmujących ocenę ostrości wzroku, refrakcji, ustawienia oczu, pomiar kąta zeza, ocenę widzenia obuocznego oraz badanie przedniego i tylnego odcinka oka;
- ocena refrakcji została uwzględniona jako element diagnostyki zeza (w dokumentach dotyczących dzieci przede wszystkim w cykloplegii oraz z wykorzystaniem retinoskopii/skiaskopii), jednak autorefraktometr nie był wskazywany jako podstawowe narzędzie diagnostyczne; tonometr nie został natomiast wymieniony jako element wyposażenia bezpośrednio związany z diagnostyką zeza;
- o w zakresie dostępności badań diagnostycznych wytyczne AAO 2023 wskazuje OCT, USG, TK i MRI jako badania możliwe do wykorzystania w diagnostyce uzupełniającej wybranych pacjentów, natomiast dokumenty SCOP 2025 i PTO 2022 odnoszą się do oceny pola pojedynczego obuocznego widzenia z wykorzystaniem m.in. perymetru Goldmanna lub ekranu Harmsa;
- o w analizowanych wytycznych opisano również dodatkowe metody diagnostyczne i elementy wyposażenia wykorzystywane w pogłębionej diagnostyce zeza, m.in. synoptofor, ekran Hessa, narzędzia Maddoxa, ekran Lancastera lub Harmsa, linijkę RAF, test adaptacji pryzmatycznej, badanie po przedłużonej jednoocznej okluzji oraz pomiar współczynnika AC/A.

Podsumowując, analiza wytycznych wskazuje, że część ocenianych zmian dotyczących warunków realizacji świadczenia znajduje odzwierciedlenie w zaleceniach praktyki klinicznej odnoszących się do diagnostyki i leczenia zeza, w szczególności w zakresie potrzeby kompleksowej oceny okulistyczno-ortoptycznej obejmującej ocenę ostrości wzroku, refrakcji, ustawienia i ruchomości gałek ocznych, kąta zeza oraz funkcji widzenia obuocznego. W wytycznych podkreśla się znaczenie wczesnej diagnostyki, dostosowania zakresu badania do wieku i potrzeb pacjenta oraz udziału personelu posiadającego kompetencje w diagnostyce okulistycznej i ortoptycznej. Dokumenty wskazują na rolę lekarza okulisty i ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zeza, a część z nich odnosi się również do współpracy z optometrystą lub udziału optometrysty w wybranych elementach oceny okulistycznej. Jednocześnie nie wszystkie elementy proponowanych warunków realizacji świadczenia zostały wskazane w wytycznych jako odrębne wymagania organizacyjne lub sprzętowe. Różnice dotyczą przede wszystkim zakresu uwzględnienia metod diagnostycznych i elementów wyposażenia stosowanych w pogłębionej diagnostyce zeza oraz badań dodatkowych wykonywanych u wybranych pacjentów, w tym badań obrazowych.

Opinie ekspertów klinicznych

W toku prac analitycznych Agencja otrzymała opinie czterech ekspertów klinicznych dotyczące zasadności zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”.

Należy zaznaczyć, że opinie te zostały sporządzone na podstawie pierwotnej wersji Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej przekazanej do konsultacji. Tym samym przedstawione stanowiska nie uwzględniają modyfikacji wprowadzonych w toku dalszych prac nad KŚOZ, w szczególności zmian polegających na doprecyzowaniu przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki kwalifikacji personelu określanego wcześniej jako „personel pomocniczy”.

Eksperci co do zasady nie kwestionowali potrzeby aktualizacji warunków realizacji świadczenia, wskazując jednocześnie na konieczność doprecyzowania zakresu oraz sposobu sformułowania proponowanych zmian. Najwięcej uwag dotyczyło kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia. Dwóch ekspertów wskazało na konieczność zachowania udziału ortoptysty w procesie diagnostyki i leczenia zeza lub, alternatywnie, jednoznacznego określenia kwalifikacji wymaganych od personelu wspomagającego, zwracając uwagę na ryzyko wynikające ze zbyt ogólnego sformułowania „personel pomocniczy” w pierwotnej wersji KŚOZ. Podkreślano przy tym znaczenie diagnostyki ortoptycznej w procesie diagnostyki i leczenia pacjentów z zezem, szczególnie w populacji pediatrycznej.

W odniesieniu do wymagań dotyczących wyposażenia poradni część ekspertów zwracała uwagę na potrzebę utrzymania wybranych elementów wyposażenia wykorzystywanych w diagnostyce ortoptycznej i ocenie funkcji widzenia obuocznego, w tym synoptoforu oraz narzędzi Maddoxa. Jednocześnie wskazywano, że badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, powinny być wykonywane wyłącznie w uzasadnionych klinicznie przypadkach, przy zapewnieniu możliwości kierowania pacjentów do wyspecjalizowanych ośrodków diagnostycznych.

W zakresie organizacji świadczeń eksperci uznali za zasadne realizowanie diagnostyki i leczenia zachowawczego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przy jednoczesnym pozostawieniu leczenia operacyjnego do realizacji

w warunkach szpitalnych. Podkreślano również znaczenie diagnostyki i terapii ortoptycznej jako elementu kompleksowej opieki nad pacjentami z zezem.

Wśród potencjalnych problemów związanych z wdrożeniem proponowanych zmian wskazywano przede wszystkim na niedobór lekarzy okulistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem zezu, konieczność reorganizacji części ośrodków oraz potrzebę jednoznacznego określenia kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia. Jednocześnie jeden z ekspertów ocenił, że proponowane zmiany nie powinny powodować istotnych trudności organizacyjnych.

Szacowana przez ekspertów liczebność populacji objętej świadczeniem wynosi około 30–40 tys. pacjentów rocznie, przy czym podkreślano, że rzeczywista liczba świadczeniobiorców będzie uzależniona od organizacji udzielania świadczeń oraz dostępności poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizujących świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia zezu.

Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W ramach przeglądu rozwiązań międzynarodowych dotyczących organizacji i finansowania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem zezu, a także wymagań organizacyjno-sprzętowych placówek świadczących usługi okulistyczne i optometryczne odnaleziono informacje pochodzące z dziesięciu krajów: Austrii, Belgii, Danii, Francji, Grecji, Irlandii, Malediwów, Niemiec, Stanów Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że:

- w odniesieniu do personelu udzielającego świadczeń okulistycznych najczęściej świadczenia realizowane są przez lekarza okulistę we współpracy z optometrystą lub optykiem; dodatkowo opiekę nad pacjentami ze schorzeniami narządu wzroku mogą sprawować ortoptyści lub pielęgniarzki; w niektórych krajach pacjent może zostać skierowany do ortoptysty przez każdego lekarza;
- w przypadku wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną zakres dostępności różni się pomiędzy poszczególnymi krajami, źródła pozwalają potwierdzić głównie elementy ogólnookulistyczne:
 - do najczęściej wskazywanego wyposażenia należą tablice do oceny ostrości wzroku (Malediwy, Niemcy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), lampa szczelinowa (Malediwy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), tonometr (Malediwy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), oftalmoskop (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), oprawki okularowe próbne (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania) oraz autorefraktometr (Malediwy, Stany Zjednoczone); ponadto na Malediwach, w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii wymagane są również m.in. lensometr oraz retinoskop;
 - w dostępnych źródłach dla analizowanych krajów nie odnaleziono informacji o konieczności wyposażenia gabinetów okulistycznych w zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych, listwy pryzmatyczne oraz zasłonkę i pałeczkę fiksacyjną do testu zasłaniania;
- w obszarze dostępności badań diagnostycznych i procedur:
 - w Stanach Zjednoczonych wskazano na zasadność finansowania oraz medyczną zasadność badań z wykorzystaniem optycznej koherentnej tomografii (OCT), natomiast informacje dotyczące dostępu do tomografii komputerowej odnaleziono wyłącznie w rozwiązaniach stosowanych na Malediwach;
 - nie odnaleziono informacji o konieczności zapewnienia dostępu do badań z wykorzystaniem ultrasonografii lub rezonansu magnetycznego.

Analizowane rozwiązania międzynarodowe wskazują, że opieka nad pacjentami z zezem najczęściej realizowana jest w ramach szerszych struktur opieki okulistycznej (opieki kompleksowej), z udziałem personelu o zróżnicowanych kompetencjach. Rozwiązania te wspierają model opieki zespołowej, oparty na podziale zadań zgodnie z zakresem kompetencji poszczególnych grup zawodowych nie potwierdzają jednak konieczności uwzględnienia całego katalogu proponowanego wyposażenia i wszystkich wskazanych badań diagnostycznych jako obowiązkowych wymagań każdej poradni.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Aktualny stan realizacji finansowania świadczenia

Analiza danych sprawozdawczo-rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2022-2025 wykazała, że:

- o liczba poradni leczenia zeza realizujących świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej utrzymywała się na względnie stabilnym poziomie i wynosiła od 56 do 61 miejsc udzielania świadczeń (MUS), natomiast liczba pacjentów korzystających ze świadczeń pozostawała na zbliżonym poziomie i wynosiła od 35,8 tys. do 39,3 tys. osób rocznie;
- o dzieci i młodzież w wieku do 18. roku życia stanowiły ponad 80% wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń poradni leczenia zeza, co wskazuje na dominujący udział populacji pediatrycznej w strukturze pacjentów objętych opieką;
- o dostępność poradni leczenia zeza było zróżnicowane pomiędzy województwami – największą liczbę poradni odnotowano w województwach mazowieckim i małopolskim, natomiast w województwie opolskim świadczenia tego rodzaju nie były realizowane;
- o do najczęściej sprawozdawanych rozpoznań wg ICD-10 należały H50 „Inne postacie zeza” oraz H52 „Zaburzenia refrakcji i akomodacji”, natomiast wśród najczęściej wykonywanych procedur znajdowały się autorefraktometria, badanie dna oka, badanie z wykorzystaniem synoptoforu oraz tonometria. W analizowanym okresie sprawozdawano również wykonywanie OCT i perymetrii, objętych projektem zmian warunków realizacji świadczenia.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że część elementów wyposażenia i badań objętych projektowanymi wymaganiami jest już wykorzystywana w praktyce przez świadczeniodawców realizujących świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”. Jednocześnie dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ nie pozwalają na ocenę dostępności wszystkich badań objętych projektowanymi wymaganiami, w szczególności tych, dla których projekt przewiduje obowiązek zapewnienia dostępu poza poradnią leczenia zeza.

Oszacowanie kosztów realizacji świadczenia

W celu zobrazowania skali finansowania świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” przeprowadzono oszacowanie kosztów jego realizacji przy prognozowanej liczbie pacjentów w dwóch kolejnych latach.

Należy podkreślić, że oceniane propozycje dotyczą wyłącznie warunków realizacji świadczenia i nie obejmują zmiany jego zakresu ani procedur medycznych stosowanych w jego realizacji. Proponowane modyfikacje mają charakter organizacyjny i odnoszą się do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz dostępności wybranych badań diagnostycznych. Dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ wskazują ponadto, że część wyposażenia i badań objętych projektowanymi wymaganiami jest już obecnie wykorzystywana przez świadczeniodawców realizujących świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”.

W związku z tym przedstawione wyniki nie stanowią oszacowania kosztów inkrementalnych wynikających z wdrożenia proponowanych zmian ani prognozy dodatkowych wydatków płatnika publicznego bezpośrednio związanych z ich implementacją. Ze względu na brak danych dotyczących stopnia spełniania projektowanych wymagań przez poszczególnych świadczeniodawców oraz brak informacji pozwalających na określenie zakres ewentualnych nakładów dostosowawczych, nie było możliwe wiarygodne oszacowanie dodatkowych kosztów wynikających wyłącznie z projektowanych zmian. Tym samym prezentowane wartości należy interpretować jako prognozowany koszt realizacji świadczenia przy prognozowanej liczbie pacjentów i przyjętych założeniach dotyczących liczby wizyt oraz jednostkowego kosztu świadczenia.

Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z lat 2022–2025 prognozuje się następującą liczbę pacjentów korzystających ze świadczenia:

Dzieci (0–17 lat):

- o I rok: 34 837 pacjentów;
- o II rok: 35 616 pacjentów.

Dorośli (≥18 lat):

- o I rok: 5 051 pacjentów;
- o II rok: 5 232 pacjentów.

W analizie przyjęto założenie średnio trzech wizyt przypadających na jednego pacjenta w ciągu dwóch lat analizy (1 wizyta podstawowa i 2 wizyty kontrolne). Na tej podstawie oszacowano jednostkowy koszt świadczenia na poziomie 310,57 zł na pacjenta pierwszorazowego rocznie oraz 118,50 zł za wizytę kontrolną w drugim roku.

Przy powyższych założeniach łączne koszty realizacji świadczenia oszacowano na:

- I rok: ok. 7,3 mln zł;
- II rok: ok. 7,5 mln zł.

Przedstawiona prognoza ma charakter orientacyjny i opiera się na założeniu kontynuacji trendów obserwowanych w danych historycznych. Oszacowanie nie uwzględnia potencjalnych zmian organizacyjnych, finansowych ani epidemiologicznych, które mogłyby wpłynąć na rzeczywistą liczbę realizowanych świadczeń. Nie obejmuje również potencjalnego wpływu proponowanych zmian na dalszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjentów, liczbę świadczeniodawców spełniających warunki realizacji świadczenia ani zakres wykorzystania ewentualnego podwykonawstwa badań diagnostycznych przewidzianych w projektowanych wymaganiach. Ze względu na brak danych dotyczących stopnia spełniania projektowanych wymagań przez poszczególnych świadczeniodawców nie było możliwe oszacowanie kosztów dostosowawczych związanych z wdrożeniem proponowanych zmian ani przeprowadzenie wiarygodnej analizy kosztów inkrementalnych projektowanych warunków realizacji świadczenia. W konsekwencji przedstawione oszacowania należy interpretować jako prognozę kosztów realizacji świadczenia przy założonej liczbie pacjentów i obecnym modelu finansowania, a nie jako ocenę dodatkowych nakładów niezbędnych do wdrożenia proponowanych zmian.

Wnioski

Problem decyzyjny i kontekst systemowy

- Przedmiot oceny była zasadność aktualizacji warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”, w zakresie wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz dostępności badań diagnostycznych. Proponowane zmiany mają charakter organizacyjny i nie dotyczą rozszerzenia zakresu świadczenia ani zmiany procedur medycznych stosowanych w jego realizacji.
- Proponowane modyfikacje, zgodnie z opisem Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ) mają na celu dostosowanie warunków realizacji świadczenia do współczesnych standardów diagnostyki i opieki nad pacjentami z zezem poprzez aktualizację wymagań kadrowych, sprzętowych oraz diagnostycznych
- Oceniane świadczenie pozostaje elementem koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a proponowane zmiany odnoszą się wyłącznie do sposobu jego organizacji i realizacji.

Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

- Analiza wytycznych wskazuje, że część proponowanych zmian dotyczących warunków realizacji świadczenia znajduje odzwierciedlenie w aktualnych zaleceniach praktyki klinicznej odnoszących się do diagnostyki i leczenia zezu.
- Wytyczne podkreślają kluczową rolę lekarza okulisty oraz ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zezu, a część dokumentów wskazuje również na możliwość udziału optometrysty w wybranych elementach diagnostyki okulistycznej, przy jednoczesnym zachowaniu odrębności kompetencji ortoptysty i optometrysty w procesie diagnostycznym.
- Większość proponowanego wyposażenia odpowiada elementom podstawowej diagnostyki zezu opisanym w analizowanych wytycznych. Jednocześnie nie odnaleziono przesłanek uzasadniających, aby każda czynność diagnostyczna wymagała wykorzystania jednego, ściśle określonego urządzenia lub że dane urządzenie powinno stanowić obowiązkowe wyposażenie każdej poradni.
- Autorefraktometr nie został wskazany jako podstawowe narzędzie diagnostyczne w diagnostyce zezu, a tonometr nie był wiązany bezpośrednio z diagnostyką zezu.

Opinie ekspertów klinicznych

- Eksperci wskazywali na potrzebę aktualizacji warunków realizacji świadczenia, wskazując jednocześnie na konieczność odpowiedniego doprecyzowania części projektowanych wymagań. . Najwięcej uwag dotyczyło kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia oraz potrzeby zapewnienia udziału osób posiadających kompetencje w zakresie wykonywania badań ortoptycznych i oceny funkcji widzenia obuocznego
- Eksperci podkreślali znaczenie diagnostyki i terapii ortoptycznej jako istotnego elementu kompleksowej opieki nad pacjentami z zezem, szczególnie w populacji pediatrycznej.

- Eksperci uznali za zasadne realizowanie diagnostyki i leczenia zachowawczego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz wykonywanie badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, wyłącznie w uzasadnionych klinicznie przypadkach.
- Szacowana liczebność populacji objętej świadczeniem wynosi około 30–40 tys. pacjentów rocznie, przy czym rzeczywista liczba świadczeniobiorców będzie zależała od organizacji udzielania świadczeń oraz dostępności poradni.

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

- Analiza doświadczeń międzynarodowych wskazuje na stosowanie zróżnicowanych modeli organizacji opieki nad pacjentami z zezem, najczęściej realizowana jest w ramach kompleksowej opieki okulistycznej, z udziałem zespołów medycznych o zróżnicowanych kompetencjach..
- W większości analizowanych krajów świadczenie realizowane jest przez lekarza okulistę we współpracy z innymi zawodami medycznymi, w szczególności optometrystami, optykami, ortoptystami lub pielęgniarzami.
- Rozwiązania międzynarodowe wspierają model opieki zespołowej oparty na kompetencjach personelu, nie potwierdzając jednocześnie konieczności uwzględnienia całego katalogu proponowanego wyposażenia i badań diagnostycznych jako obligatoryjnych wymagań każdej poradni.
- Nie odnaleziono informacji wskazujących na konieczność zapewnienia dostępu do badań takich jak: ultrasonografia lub rezonans magnetyczny jako obligatoryjnego elementu warunków realizacji świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem zezu.

Szacunkowe koszty realizacji świadczenia

Prognozowana liczba pacjentów korzystających ze świadczenia wynosi:

- dzieci (0–17 lat): 34 837 w I roku oraz 35 616 w II roku;
- dorośli (≥18 lat): 5 051 w I roku oraz 5 232 w II roku.

W analizie przyjęto założenie średnio trzech wizyt przypadających na jednego pacjenta w ciągu dwóch lat analizy (1 wizyta podstawowa i 2 wizyty kontrolne). Na tej podstawie oszacowano jednostkowy koszt świadczenia na poziomie 310,57 zł na pacjenta pierwszorazowego rocznie oraz 118,50 zł za wizytę kontrolną w drugim roku. Prognozowane koszty realizacji świadczenia wyniosą:

- I rok: 7,3 mln zł;
- II rok: 7,5 mln zł.

Przedstawione oszacowania odzwierciedlają przewidywane koszty realizacji świadczenia przy prognozowanej liczbie pacjentów i obecnych zasadach finansowania. Nie stanowią one oszacowania kosztów inkrementalnych wynikających z wdrożenia proponowanych zmian.

Ze względu na brak danych dotyczących stopnia spełniania projektowanych wymagań przez poszczególnych świadczeniodawców oraz brak informacji pozwalających na oszacowanie potencjalnych kosztów dostosowawczych i potencjalnych zmian organizacyjnych, nie było możliwe wiarygodne oszacowanie wpływu projektowanych zmian na wydatki płatnika publicznego ani przeprowadzenie analizy kosztów inkrementalnych.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia zlecenia

Pismem z dnia 14.05.2026 r. znak: ASG.741.16.2026.MK Minister Zdrowia, zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie rekomendacji w sprawie zasadności zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”, w trybie art. 31c ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W ramach zlecenia przekazana została Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej, przygotowana przez prof. dr. hab. n. med. Marka Rękasa, konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, zawierająca proponowane szczegółowe warunki realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”.

W związku z charakterem zlecenia, Prezes Agencji pismem z dnia 18.05.2026 r. znak: DWSGiZS.4100.6.2026, zwrócił się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o zmianę podstawy prawnej realizacji zlecenia. Wskazano, że art. 31c ust. 1 ustawy znajduje zastosowanie przede wszystkim w odniesieniu do technologii medycznych dotychczas nieobjętych systemem świadczeń gwarantowanych lub takich, których zastosowanie wiąże się z istotną zmianą charakteru klinicznego świadczenia. Jednocześnie podkreślono, że świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” jest już ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych, a zakres zlecenia dotyczy wyłącznie oceny zasadności modyfikacji warunków jego realizacji, w szczególności w odniesieniu do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz dostępności do badań diagnostycznych. Zmiany te nie dotyczą zakresu świadczenia ani stosowanych procedur medycznych.

W odpowiedzi Minister Zdrowia pismem z dnia 09.06.2026 r. znak: ASG.741.16.2026.MK dokonał zmiany podstawy prawnej realizacji zlecenia na art. 31n pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zlecił przygotowanie oceny i opinii dotyczącej zasadności proponowanych zmian warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”, wraz z analizą potencjalnych skutków organizacyjnych i finansowych, w terminie 60 dni od dnia otrzymania pisma.

Eksperci kliniczni. W toku prac analitycznych w dniu 03.06.2026 r. pismem znak: DWSGiZS.4100.6.2026 wystąpiono do następujących ekspertów:

- prof. dr. hab. n. med. Marka Rękasa – z prośbą o doprecyzowanie kwestii wynikających z analizy Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (opinię otrzymano w dniu 14.06.2026 r.);
- prof. dr. hab. n. med. Aliny Bakunowicz-Łazarczyk – konsultant wojewódzkiej w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego (opinię otrzymano w dniu 18.06.2026 r.)
- dr. hab. n. med. Macieja Gawęckiego – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego (opinię otrzymano w dniu 03.06.2026 r.);
- prof. dr. hab. n. med. Ewy Mrukwa-Kominek – prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (nie otrzymano opinii);
- prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Hautza – kierownika Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie (opinię otrzymano w dniu 23.06.2026 r.);
- pani Joanny Zdybel – prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzystkovej (opinię otrzymano w dniu 19.06.2026 r.);

z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, odnośnie oceny zasadności zmiany realizacji warunków świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”.

4. Problem decyzyjny

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności aktualizacji warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”, realizowanego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, poprzez dostosowanie wymagań organizacyjnych i sprzętowych do aktualnych standardów diagnostyki i leczenia zaburzeń widzenia obuocznego.

Oceniane świadczenie jest obecnie finansowane ze środków publicznych, natomiast obowiązujące warunki jego realizacji zostały określone w oparciu o wcześniejsze modele organizacji opieki ortoptyczno-okulistycznej, w których istotną rolę odgrywała diagnostyka funkcjonalna prowadzona z wykorzystaniem specjalistycznych testów ortoptycznych oraz dedykowanej aparatury diagnostycznej. Rozwój technologiczny w okulistyce oraz postęp metod diagnostycznych istotnie poszerzyły możliwości oceny pacjentów z zaburzeniami widzenia obuocznego. W szczególności powszechnie dostępne stały się nowoczesne metody diagnostyki obrazowej, refrakcyjnej i strukturalnej, takie jak optyczna koherentna tomografia (OCT), ultrasonografia gałki ocznej, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny.

Przedmiotem oceny jest ustalenie, czy proponowane zmiany warunków realizacji świadczenia pozwolą na bardziej precyzyjną diagnostykę przyczyn zaburzeń widzenia obuocznego oraz identyfikację współistniejących patologii, a także czy ich wdrożenie jest zasadne z punktu widzenia organizacji i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Ocenie podlega również możliwość uwzględnienia proponowanych zmian w systemie świadczeń gwarantowanych, z uwzględnieniem obowiązujących regulacji, aktualnego sposobu realizacji i finansowania świadczenia oraz potencjalnych skutków organizacyjnych i finansowych.

Przedmiot oceny obejmuje modyfikacje warunków realizacji świadczenia określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bez zmiany zakresu świadczenia oraz bez wprowadzania nowych procedur medycznych. Zakres ocenianych propozycji obejmuje:

- rozszerzenie katalogu personelu medycznego uczestniczącego w realizacji świadczenia poprzez dopuszczenie udziału optometrysty;
- aktualizację wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, polegającą na doprecyzowaniu części obowiązujących wymagań, wprowadzeniu nowych elementów wyposażenia oraz rezygnacji z obligatoryjnego uwzględniania wybranych urządzeń;
- rozszerzenie warunków realizacji świadczenia o obowiązek zapewnienia dostępu do badań diagnostycznych obejmujących OCT, perymetrię, ultrasonografię, tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny.

Ze względu na charakter ocenianych propozycji nie przeprowadzono pełnej oceny skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa leczenia zezu. Analizę skoncentrowano na ocenie zasadności proponowanych zmian organizacyjnych oraz możliwości ich wdrożenia w praktyce klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań dotyczących personelu, wyposażenia i badań diagnostycznych wykorzystywanych w procesie diagnostyki i leczenia pacjentów z zezem.

Świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zezu” pozostaje świadczeniem gwarantowanym, a oceniane propozycje nie prowadzą do utworzenia nowego świadczenia ani rozszerzenia zakresu procedur medycznych wykonywanych w jego ramach. Proponowane zmiany dotyczą wyłącznie warunków organizacyjnych i diagnostycznych realizacji świadczenia, co może wpływać na sposób prowadzenia diagnostyki, organizację ścieżki pacjenta, dostępność świadczeń, wymagania stawiane świadczeniodawcom oraz koszty realizacji świadczenia.

W celu oceny zasadności oraz możliwości uwzględnienia proponowanych zmian w systemie świadczeń gwarantowanych przeprowadzono analizę:

- obowiązujących warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”;
- proponowanych zmian oraz identyfikację różnic względem stanu obecnego;
- charakteru proponowanych zmian w kontekście organizacji realizacji świadczenia;
- zgodności proponowanych warunków z wytycznymi praktyki klinicznej oraz opiniami ekspertów;
- wybranych rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach;
- aktualnego sposobu finansowania świadczenia;
- potencjalnych skutków organizacyjnych i finansowych związanych z wdrożeniem proponowanych zmian.

4.1. Problem zdrowotny

Zez (*strabismus*) jest zaburzeniem równoległego ustawienia gałek ocznych, prowadzącym do nieprawidłowego kierowania osi widzenia i zaburzeń widzenia obuocznego, w tym stereoskopowego. Może przyjmować różne formy (m.in. zez zbieżny, rozbieżny, pionowy lub skośny), mieć charakter stały lub okresowy oraz różne nasilenie.

Schorzenie ma zróżnicowaną etiologię, obejmującą m.in. wady refrakcji (szczególnie nadwzroczność), zaburzenia funkcji mięśni okoruchowych, choroby neurologiczne, urazy oraz inne choroby oczu lub schorzenia ogólnoustrojowe.

Konsekwencje kliniczne obejmują nie tylko widoczne odchylenie ustawienia oczu, ale także zaburzenia widzenia obuocznego, ograniczenie oceny głębi i podwójne widzenie. U dzieci długotrwały zez może prowadzić do rozwoju niedowidzenia, a skutki zaburzeń mogą utrzymywać się również w wieku dorosłym. Zez może wiązać się również z obciążeniem psychospołecznym, zwłaszcza w przypadkach widocznego odchylenia ustawienia oczu.

Rozpoznanie opiera się na kompleksowym badaniu okulistycznym, obejmującym ocenę ustawienia i ruchomości oczu, ostrości wzroku, funkcji widzenia obuocznego oraz pomiar kąta zezu. Zakres diagnostyki może obejmować zarówno elementy wykonywane przez lekarza okulistę, jak i przez personel pomocniczy, w szczególności ortoptystę. W uzasadnionych przypadkach diagnostyka może zostać rozszerzona o badania dodatkowe.

Postępowanie terapeutyczne jest zróżnicowane i zależy od przyczyny oraz charakteru zezu; może obejmować korekcję refrakcji, leczenie niedowidzenia, terapię ortoptyczną, leczenie chirurgiczne oraz – w wybranych przypadkach – zastosowanie toksyny botulinowej.

[Medycyna Praktyczna]

4.2. Opis zakresu świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej

Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej stanowiącą załącznik do zlecenia Ministra Zdrowia, przedmiotowe zlecenie dotyczy zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie zezu” realizowanego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), wskazanego w lp. 51 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Proponowana zmiana polega na określeniu szczegółowych wymagań dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępu do badań diagnostycznych, niezbędnych do prawidłowej realizacji świadczenia.

Poniżej przedstawiono wymagania określone w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej.

Tabela 1 Proponowane warunki realizacji świadczenia Porada specjalistyczna – leczenie zezu określone w KŚOZ

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia	
Porada specjalistyczna – leczenie zezu	Personel	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki i jedna osoba personelu pomocniczego; ortoptysta lub optometrysta.
	Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) tablice do oceny ostrości wzroku, w tym dostosowane do badania dzieci; 2) kaseta szkieł okularowych; 3) oprawki okularowe próbne; 4) zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych; 5) listwy pryzmatyczne; 6) zasłonka i pałeczka fiksacyjna do testu zasłaniania; 7) testy widzenia obuocznego (przynajmniej dwa rodzaje); 8) szkła Baggoliniego; 9) oftalmoskop bezpośredni i pośredni; 10) lampa szczelinowa; 11) skiaskop i linijki do skiaskopii; 12) autorefraktometr; 13) tonometr;

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia	
	Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do badań: 1) OCT (optyczna koherenta tomografia); 2) perymetria; 3) USG; 4) tomografia komputerowa; 5) rezonans magnetyczny; 6) laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Źródło: opracowane własne AOTMiT na podstawie KŚOZ.

Populacja pacjentów objętych świadczeniem szacowana jest na około 40 000 osób rocznie.

W uzasadnieniu Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej wskazano, że celem proponowanej zmiany warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zezu w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” jest aktualizacja wymagań organizacyjnych i sprzętowych do współczesnych standardów diagnostyki i leczenia zaburzeń widzenia obuocznego, w szczególności zezu oraz zaburzeń współistniejących. Obowiązujące warunki realizacji świadczenia opierają się na wcześniejszych modelach organizacji opieki ortoptyczno-okulistycznej, w których kluczowe znaczenie miała diagnostyka funkcjonalna z wykorzystaniem specjalistycznych testów ortoptycznych oraz dedykowanej aparatury. Postęp technologiczny w okulistyce oraz rozwój metod diagnostycznych rozszerzyły możliwości oceny pacjentów, w szczególności poprzez powszechny dostęp do badań obrazowych oraz nowoczesnej diagnostyki refrakcyjnej i strukturalnej, takich jak OCT, USG gałki ocznej, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny. Umożliwia to bardziej precyzyjną ocenę przyczyn zaburzeń widzenia obuocznego oraz współistniejących patologii. W związku z powyższym zasadne jest dostosowanie katalogu wyposażenia oraz zakresu dostępnych badań diagnostycznych do aktualnej praktyki klinicznej, w celu zapewnienia kompleksowej diagnostyki pacjentów w warunkach ambulatoryjnych, obejmującej ocenę funkcjonalną i strukturalną. Proponowana zmiana w zakresie personelu ma na celu dostosowanie warunków realizacji świadczenia do aktualnej organizacji pracy świadczeniodawców przy jednoczesnym zachowaniu wymogu zapewnienia specjalistycznej opieki lekarskiej.

Ponadto wskazano, że zmiana ma charakter porządkująco-aktualizacyjny i nie wpływa na zakres świadczeń gwarantowanych ani nie ogranicza dostępu pacjentów do leczenia, a jedynie dostosowuje warunki realizacji świadczenia do aktualnych możliwości diagnostycznych i organizacyjnych systemu ochrony zdrowia.

W KŚOZ wskazano, że proponowana zmiana warunków realizacji świadczenia może wpłynąć na sytuację:

- świadczeniobiorców – poprzez poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej;
- świadczeniodawców – ze względu na konieczność dostosowania zmiennych warunków realizacji świadczenia;
- płatnika – z uwagi na konieczność weryfikacji zgodności realizacji świadczeń przez świadczeniodawców z nowymi warunkami.

W odniesieniu do oszacowania wstępnych skutków finansowych dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wskazano, że na obecnym etapie nie przewiduje się zwiększenia środków finansowych na realizację przedmiotowego świadczenia gwarantowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenie finansowane będzie w ramach obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie zmiana warunków realizacji świadczenia może w perspektywie wpłynąć na zmianę wyceny świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinie okulistyki (porada W1).

Komentarz analityczny do opisu wnioskowanego świadczenia:

W trakcie analizy KŚOZ zidentyfikowano wymagające doprecyzowania zapisy w zakresie proponowanej zmiany warunków realizacji świadczenia odnoszące się do wymagań kadrowych, w szczególności dotyczące kwalifikacji personelu pomocniczego.

Biorąc pod uwagę powyższe kwestie wystąpiono do autora KŚOZ, prof. dr hab. n. med. Marka Rękas – z prośbą o ich doprecyzowanie.

W dniu 14.06.2026 r. uzyskano odpowiedź, w której wskazano, że zapis dotyczący personelu powinien przyjąć następujące brzmienie: „Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki i jedna osoba personelu pomocniczego; ortoptysta lub optometrysta”.

4.3. Obowiązujące warunki realizacji i zasady finansowania świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”

Świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” zostało ujęte w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określającym wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji. Szczegółowe warunki realizacji świadczenia przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 2. Warunki realizacji porady specjalistycznej – leczenie zeza

Warunki realizacji świadczenia	
Personel	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki i osoba, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy ortoptysty lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ortoptysta.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) tablice do oceny ostrości wzroku; 2) kasetę szkieł okularowych; 3) oprawki okularowe próbne; 4) lampa szczelinowa; 5) oftalmoskop bezpośredni; 6) linijki i lusterko lub rzutnik do skioskopii; 7) wizuskop; 8) synoptofor; 9) krzyż Maddoxa; 10) pałeczki Maddoxa; 11) pleoptofor lub eutyskop; 12) szkła lub listwy pryzmatyczne; 13) test tno, test muchy, test Wortha, ekran Hessa; 14) szkła Baggoliniego.
Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do: badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 1 pkt 51 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.).

Zasady rozliczania świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Zasady finansowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określa zarządzenie nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.)³.

Zgodnie z ww. zarządzeniem świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” (kod 02.1604.001.02) realizowane jest w zakresie świadczeń „leczenie zeza”. Świadczenie może być rozliczane również w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych. Realizacja świadczenia odbywa się w poradni leczenia zeza (kod komórki organizacyjnej 1604).

Rozliczanie świadczeń w zakresie leczenia zeza odbywa się z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych przypisanych do grup świadczeń specjalistycznych oraz świadczeń pierwszorazowych. Szczegółowy wykaz produktów rozliczeniowych stosowanych w zakresie leczenia zeza przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Zestawienie świadczeń w leczeniu zeza (grupy W i PPW)

Lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Uwagi
1.	W01	5.30.00.0000001	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48	
2.	W02	5.30.00.0000002	W02 Świadczenie receptowe	11	
3.	W11	5.30.00.0000011	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44	

³ <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43838/> [dostęp: 26.05.2026 r.]

Lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Uwagi
4.	W12	5.30.00.0000012	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS.
5.	W13	5.30.00.0000013	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS Nie dopuszcza się łącznego rozliczania procedury 89.383 z procedurami: 89.386, 89.387.
6.	W14	5.30.00.0000014	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS.
7.	W15	5.30.00.0000015	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	56	
9.	W17	5.30.00.0000017	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104	
14.	W40	5.30.00.0000040	W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	68	
15.	W41	5.30.00.0000041	W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu	100	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS
16.	W42	5.30.00.0000042	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS Nie dopuszcza się łącznego rozliczania procedury 89.383 z procedurami: 89.386, 89.387.
17.	W43	5.30.00.0000043	W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu	195	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS.
18.	W44	5.30.00.0000044	W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu	80	
25.	W31	5.30.00.0000031	W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	82	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 5a zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” może być rozliczane również w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych. W takim przypadku świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdania w raporcie statystycznym porady początkowej (WP1) wraz z datą jej wykonania. Porada ta stanowi element rozliczenia świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów rozpoczynających leczenie w danym zakresie świadczeń.

Oprócz produktów rozliczeniowych przypisanych do porad specjalistycznych, w ramach zakresu „leczenie zeza” możliwe jest również rozliczanie określonych procedur zabiegowych. Katalog procedur obejmuje m.in. ćwiczenia ortoptyczne (ICD-9: 95.35), zabiegi fizjoterapeutyczne oraz wybrane procedury o charakterze pomocniczym. Szczegółowy wykaz procedur wraz z odpowiadającymi im produktami rozliczeniowymi przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Zestawienie procedur zabiegowych w leczeniu zeza (grupy Z i PZ)

Kod procedury wg ICD-9	Nazwa procedury	Kod produktu	Kod Grupy	Wartość punktowa	Uwagi
93.3999	Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne	5.31.00.0000074	Z74	46	Seans ćwiczeń trwający co najmniej 30 minut
93.57	Założenie opatrunku na ranę – inne	5.31.00.0000025	Z25	11	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w rozporządzeniu AOS
95.35	Ćwiczenia ortoptyczne	5.31.00.0000074	Z74	46	Seans ćwiczeń trwający co najmniej 30 minut
98.25	Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu – bez nacięcia	5.31.00.0000025	Z25	11	Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS

Źródło: Opracowanie własne na podstawie załącznika nr 5a zarządzenia nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

4.4. Porównanie obowiązujących i proponowanych w KŚOZ warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”

W toku prac analitycznych dokonano porównania warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” określonych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z warunkami zaproponowanymi w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej przekazanej wraz ze zleceniem Ministra Zdrowia. Analizę przeprowadzono w odniesieniu do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępności badań.

Tabela 5 Porównanie obowiązujących i proponowanych warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja (KŚOZ)
Obszar	Element		
Personel		Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysta	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz jedna osoba z personelu pomocniczego
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Tablice do oceny ostrości wzroku	Tablice do oceny ostrości wzroku	Tablice do oceny ostrości wzroku, w tym dostosowane do badania dzieci
	Kaseta szkieł okularowych	Tak	Tak
	Oprawki okularowe próbne	Tak	Tak
	Pryzmaty	Szklą lub listwy pryzmatyczne	Zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych oraz listwy pryzmatyczne
	Testy widzenia obuocznego	Test TNO, test muchy, test Wortha, ekran Hessa	Testy widzenia obuocznego (co najmniej dwa rodzaje)
	Szklą Baggoliniego	Tak	Tak
	Oftalmoskop	Bezpośredni	Bezpośredni i pośredni
	Lampa szczelinowa	Tak	Tak
	Skioskopia	Linijki i lusterko lub rzutnik	Skioskop i linijki
	Autorefraktometr	Nie	Tak
	Tonometr	Nie	Tak
	Zasłonka i pałeczka fiksacyjna	Nie	Tak
	Wizuskop	Tak	Nie
	Synoptofor	Tak	Nie
	Krzyż Maddoxa	Tak	Nie
	Pałeczki Maddoxa	Tak	Nie
	Pleoptofor lub eutyskop	Tak	Nie

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja (KŚOZ)
Obszar	Element		
Dostępność badań lub procedur medycznych	Badania laboratoryjne i mikrobiologiczne	Wymagany dostęp	Wymagany dostęp
	OCT	Brak	Wymagany dostęp
	Perymetria	Brak	Wymagany dostęp
	USG	Brak	Wymagany dostęp
	Tomografia komputerowa	Brak	Wymagany dostęp
	Rezonans magnetyczny	Brak	Wymagany dostęp

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

W analizie porównawczej zidentyfikowano różnice pomiędzy obowiązującymi a proponowanymi warunkami realizacji świadczenia, obejmujące:

- modyfikację wymagań dotyczących personelu, polegającą na uwzględnieniu – po doprecyzowaniu przez konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki – możliwości udziału optometrysty jako osoby personelu pomocniczego obok ortoptysty;
- zmiany w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (łącznie 13 elementów), w tym:
 - doprecyzowanie lub zmianę sposobu określenia wymagań – 5 pozycji (tablice do oceny ostrości wzroku, pryzmaty, testy widzenia obuocznego, oftalmoskop, skiaskopia);
 - wprowadzenie nowych wymagań dotyczących wyposażenia – 3 pozycje (autorefraktometr, tonometr, zasłonka i pałeczka fiksacyjna);
 - rezygnację z obowiązkowego uwzględnienia 5 elementów wyposażenia (wizuskop, synoptofor, krzyż Maddoxa, pałeczki Maddoxa oraz pleoptofor lub eutyskop);
- zmiany w zakresie dostępności badań lub procedur medycznych, obejmujące wprowadzenie nowych wymagań dotyczących zapewnienia dostępu do badań diagnostycznych – 5 badań (OCT, perymetria, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny).

5. Aktualny stan realizacji świadczeń w zakresie leczenia zezu na poziomie AOS

Metodyka analizy danych

Analizę aktualnego stanu realizacji świadczeń przeprowadzono na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2022–2025. Analizą objęto świadczenia udzielane w miejscach udzielania świadczeń oznaczonych VIII częścią kodu resortowego 1604 „Poradnia leczenia zezu”, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r. poz. 173 t.j.)⁴.

Uwzględniono liczbę świadczeniobiorców, liczbę miejsc udzielania świadczeń (MUS), rozpoznania ICD-10 oraz procedury ICD-9 sprawozdawane w związku z realizacją świadczeń.

Dane dotyczące liczby świadczeniobiorców obejmują unikalną liczbę pacjentów w skali roku, tj. każda osoba została wykazana jednokrotnie, niezależnie od liczby udzielonych świadczeń. Analogicznie liczbę świadczeniodawców określono jako liczbę unikalnych miejsc udzielania świadczeń (MUS).

Dostępność miejsc udzielania świadczeń oznaczonych VIII częścią kodu resortowego 1604 oceniono na podstawie liczby mieszkańców przypadających na jedno miejsce udzielania świadczeń.

Wyniki analiz

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w poradniach leczenia zezu pozostawała na zbliżonym poziomie i wynosiła od 35,8 tys. do 39,3 tys. osób rocznie. Po spadku w 2023 r. liczba pacjentów wzrosła do 39,3 tys. w 2025 r. Struktura wiekowa pacjentów była stabilna, z dominującym udziałem dzieci, które stanowiły 82–86% wszystkich świadczeniobiorców. Liczba pacjentów w wieku 0–17 lat wzrosła z 30,9 tys. w 2023 r. do 33,5 tys. w 2025 r., natomiast liczba pacjentów dorosłych zwiększyła się z 4,9 tys. do 5,8 tys.

Tabela 6. Liczba pacjentów w podziale na dzieci i dorosłych w latach 2022–2025

Rok	2022	2023	2024	2025
Liczba pacjentów w przedziale wiekowym (0–17 lat)	31 324	30 895	32 032	33 451
Liczba pacjentów (≥18 lat)	6 628	4 879	5 182	5 810
Liczba pacjentów ogółem	37 952	35 774	37 214	39 261

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ

W latach 2022–2025 liczba poradni leczenia zezu (MUS) wynosiła od 56 do 61. Największą liczbę poradni odnotowano w województwach mazowieckim (12–13 poradni) oraz małopolskim (8–9 poradni). W 2025 r. liczba mieszkańców przypadających na jedną poradnię leczenia zezu wynosiła od 393 tys. w województwie pomorskim do 2 131 tys. w województwie śląskim. W województwie opolskim nie odnotowano poradni leczenia zezu.

Tabela 7. Liczba poradni leczenia zezu w latach 2022–2025 oraz liczba mieszkańców na 1 poradnię leczenia zezu w 2025 r.

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba poradni leczenia zezu (MUS)				Liczba mieszkańców na 1 poradnię leczenia zezu (w tys.) w 2025 r.
	2022	2023	2024	2025	
Dolnośląskie	6	5	5	5	571
Kujawsko-Pomorskie	3	3	3	3	657
Lubelskie	3	3	3	3	660
Lubuskie	2	2	2	2	482
Łódzkie	6	5	3	3	776
Małopolskie	9	8	8	8	429
Mazowieckie	12	13	13	13	424

⁴ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000173> [dostęp: 17.07.07.2026]

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba poradni leczenia zezu (MUS)				Liczba mieszkańców na 1 poradnię leczenia zezu (w tys.) w 2025 r.
	2022	2023	2024	2025	
Opolskie	0	0	0	0	-
Podkarpackie	3	3	3	3	685
Podlaskie	1	1	1	1	1 127
Pomorskie	5	5	5	6	393
Śląskie	2	2	2	2	2 131
Świętokrzyskie	2	2	2	2	574
Warmińsko-Mazurskie	0	0	0	1	1 339
Wielkopolskie	5	5	4	4	868
Zachodniopomorskie	2	2	2	2	806
Ogółem	61	59	56	58	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Do najczęściej sprawozdawanych rozpoznań ICD-10 należały H50 „Inne postacie zezu” oraz H52 „Zaburzenia refrakcji i akomodacji”. Liczba pacjentów z rozpoznaniem H50 wzrosła z 15,3 tys. w 2022 r. do 17,5 tys. w 2025 r., natomiast liczba pacjentów z rozpoznaniem H52 wynosiła od 15,5 tys. w 2023 r. do 17,2 tys. w 2025 r. W obu grupach dominowali pacjenci w wieku 0–17 lat. W kategorii „pozostałe” liczba pacjentów zmniejszyła się z 9,5 tys. w 2022 r. do 7,6 tys. w 2025 r. Wartości dla poszczególnych rozpoznań nie stanowią rozłącznych grup pacjentów, ponieważ u jednego świadczeniobiorcy mogło zostać sprawozdane więcej niż jedno rozpoznanie ICD-10.

Tabela 8. Liczba unikalnych pacjentów według rozpoznań w Poradni Leczenia Zezu w podziale na dzieci i dorosłych w latach 2022–2025

ICD-10		Grupy wiekowe	Lata			
Kod ICD-10	Nazwa ICD-10		2022 r.	2023 r.	2024 r.	2025 r.
H50	Inne postacie zezu	0–17 lat	13 244	13 741	14 292	14 700
		≥18 lat	2 105	2 205	2 513	2 768
Ogółem H50			15 349	15 946	16 805	17 468
H52	Zaburzenia refrakcji i akomodacji	0–17 lat	14 685	13 898	14 630	15 371
		≥18 lat	1 875	1 603	1 590	1 865
Ogółem H52			16 560	15 501	16 220	17 236
Pozostałe		0–17 lat	6 478	6 525	6 387	6 177
		≥18 lat	2 978	1 378	1 354	1 419
Ogółem pozostałe			9 456	7 903	7 741	7 596
Ogółem			37 952	35 774	37 214	39 261

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Przeanalizowano również procedury ICD-9 sprawozdawane w poradniach leczenia zezu. Do najczęściej sprawozdawanych procedur ICD-9 należały autorefraktometria (95.1912), badanie dna oka (95.1902) oraz badanie z wykorzystaniem synoptoforu (95.1916). Wśród najczęściej sprawozdawanych procedur znajdowały się również tonometria (89.11), badanie ostrości wzroku (95.1901) oraz badanie w lampie szczelinowej (95.1913).

W dalszej kolejności przeanalizowano procedury odpowiadające badaniom, dla których w projekcie zmian warunków realizacji świadczenia zaproponowano obowiązek zapewnienia dostępu. Spośród tych badań najczęściej sprawozdawano optyczną koherentną tomografię oka (OCT; ICD-9: 95.1906). Liczba pacjentów, u których sprawozdano wykonanie tej procedury, wzrosła z 3 270 w 2022 r. do 6 501 w 2025 r. Perymetria (ICD-9: 95.05) była sprawozdawana rzadziej i dotyczyła od 491 do 1 348 pacjentów rocznie. Wartości przedstawione dla poszczególnych procedur nie stanowią rozłącznych grup pacjentów, ponieważ u jednego świadczeniobiorcy mogło zostać sprawozdanych więcej niż jedna procedura ICD-9.

Tabela 9. Liczba unikalnych pacjentów, u których sprawozdano poszczególne procedury ICD-9 w Poradni Leczenia Zeza w latach 2022–2025

Kod ICD-9	Nazwa ICD-9	2022 r.	2023 r.	2024	2025 r.	Ogółem
95.1912	Autorefraktometria	29 441	27 684	28 271	30 543	64 832
95.1902	Badanie dna oka	27 857	25 586	25 568	27 756	60 108
95.1916	Badanie synoptoforem	23 520	22 807	23 769	25 123	50 803
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	19 302	18 399	17 930	18 510	40 864
89.11	Tonometria	10 586	9 370	10 394	12 226	26 845
95.35	Ćwiczenia ortoptyczne	7 259	8 043	8 117	8 268	18 365
95.1913	Badanie w lampie szczelinowej	6 781	5 192	5 192	7 300	16 908
95.1901	Badanie ostrości wzroku	7 500	7 119	6 951	7 950	15 907
95.1906	OCT – optyczna koherentna tomografia oka	3 270	3 391	5 100	6 501	13 203
95.06	Badanie widzenia barw	4 076	4 217	4 996	5 012	12 447
95.1908	Keratometria	2 557	2 354	2 726	3 159	6 460
95.31	Dopasowanie i wydanie okularów	1 685	1 688	1 509	1 681	5 051
89.79	Badanie fizykalne - inne	3 269	3 085	382	80	4 796
95.1910	Pachymetria	1 377	1 215	1 380	1 588	3 918
95.09	Badanie oka - inne	1 252	1 311	1 627	1 671	3 526
95.05	Badanie pola widzenia (perymetria)	1 348	491	611	612	2 686
93.3999	Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne	940	438	776	957	2 190
89.039	Porada, personel pomocniczy - inne	840	625	548	566	1 902
89.0099	Porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności	799	703	284	208	1 684
95.02	Obszerne badanie oka	424	550	633	423	1 616
95.1999	Badania formy i struktury oka - inne	1 278	69	14	4	1 361
89.02	Porada lekarska, inne	253	398	509	531	1 315
95.1911	Skioskopia	351	220	250	490	1 269
95.01	Ograniczone badanie oka	715	615	492	146	1 226
-	Badania laboratoryjne	96	218	265	290	810
-	Pozostałe	1 001	918	1 029	1 163	3 417
Ogółem*		37 952	35 774	37 214	39 261	78 441

*Wartości w kolumnie „Ogółem” oznaczają liczbę unikalnych świadczeniobiorców (unikalnych identyfikatorów pacjentów), u których daną procedurę sprawozdano co najmniej raz w latach 2022–2025. Wartości te nie stanowią sumy danych rocznych, ponieważ ten sam pacjent mógł korzystać ze świadczenia w więcej niż jednym roku.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Posumowanie:

- W latach 2022–2025 liczba poradni leczenia zeza realizujących świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej utrzymywała się na stabilnym poziomie i wynosiła od 56 do 61 miejsc udzielania świadczeń (MUS).
- W latach 2022–2025 liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w poradniach leczenia zeza wynosiła od 35,8 tys. do 39,3 tys. osób rocznie.
- Dzieci i młodzież w wieku do 18. roku życia stanowiły od 82% do 86% wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń poradni leczenia zeza, co wskazuje na dominujący udział populacji pediatrycznej w strukturze pacjentów objętych opieką.
- Największą liczbę poradni leczenia zeza odnotowano w województwach mazowieckim (12–13 poradni) oraz małopolskim (8–9 poradni), natomiast w województwie opolskim świadczenia tego rodzaju nie były realizowane
- Do najczęściej sprawozdawanych rozpoznań wg ICD-10 należały H50 „Inne postacie zeza” oraz H52 „Zaburzenia refrakcji i akomodacji”.

- Do najczęściej sprawozdawanych procedur ICD-9 należały autorefraktometria, badanie dna oka oraz badanie z wykorzystaniem synoptoforu.
- W danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ zidentyfikowano procedury odpowiadające części wyposażenia oraz badań uwzględnionych w projekcie zmian warunków realizacji świadczenia, w tym autorefraktometrię, tonometrię oraz optyczną koherentną tomografię oka (OCT), które były sprawozdawane przez świadczeniodawców w analizowanym okresie.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że w latach 2022–2025 liczba pacjentów korzystających ze świadczeń poradni leczenia zeza oraz liczba miejsc udzielania świadczeń (MUS) pozostawały na zbliżonym poziomie. Analiza procedur ICD- 9 wykazała, że w danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ identyfikowane są procedury odpowiadające części projektowanych wymagań dotyczących badań i wyposażenia. Jednocześnie dane sprawozdawczo-rozliczeniowe nie pozwalają na ocenę dostępności wszystkich badań objętych projektowanymi wymaganiami, w szczególności tych, dla których projekt przewiduje obowiązek zapewnienia dostępu poza poradnią leczenia zeza.

6. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Biorąc pod uwagę, że „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” jest aktualnie finansowana na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w dniach 20–22.05.2026 r. przeprowadzono przegląd wytycznych praktyki klinicznej, którego celem była identyfikacja wymagań organizacyjnych dotyczących realizacji świadczenia, istotnych z punktu widzenia proponowanych zmian.

Wyszukiwanie wykonano w ogólnodostępnych źródłach internetowych, bez ograniczeń dotyczących daty publikacji, z zastosowaniem następujących słów kluczowych: *strabismus*, *neuro-developmental strabismus*, *pediatric ophthalmology*, *eye diseases*, *optical diagnosis*, *recommendation(s)*.

Łącznie do analizy włączono 5 dokumentów opublikowanych w latach 2012–2025, w tym:

- 4 dokumenty odnoszące się do diagnostyki i leczenia dzieci: The Royal College of Ophthalmologists (RCO 2012), American Academy of Ophthalmology (AAO 2018), Polskie Towarzystwo Okulistyczne (PTO 2022), Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP 2025);
- 1 dokument odnoszący się do diagnostyki i leczenia dorosłych: American Academy of Ophthalmology (AAO 2023).

Szczegółową treść ww. publikacji zaprezentowano w tabeli w rozdziale *Załączniki*.

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie proponowanych warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”, określonych w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej i doprecyzowanych w toku prac analitycznych, z treścią odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej. Porównanie obejmuje personel, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność badań diagnostycznych.

Tabela 10 Proponowane warunki realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” określone w KŚOZ w zestawieniu z odnalezionymi wytycznymi praktyki klinicznej

Proponowane warunki realizacji świadczenia		Wytyczne (akronim, rok)	Komentarz analityczny
Personel	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki i jedna osoba personelu pomocniczego; ortoptysta lub optometrysta	○ SCOP 2025; ○ AAO 2023 i 2018; ○ RCO 2012	Warunek dotyczący personelu jest zgodny z treścią dokumentów SCOP 2025 i RCO 2012, w których opisano rolę lekarza okulisty oraz możliwość współpracy z ortoptystą lub optometrystą. Z kolei autorzy wytycznych AAO 2023 i 2018 opisują kompleksową diagnostykę okulistyczną, nie określając szczegółowo składu personelu pomocniczego.
Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Tablice do oceny ostrości wzroku	○ SCOP 2025; ○ PTO 2022; ○ AAO 2023 i 2018; ○ RCO 2012	Ocena ostrości wzroku została ujęta we wszystkich analizowanych dokumentach jako podstawowy element diagnostyki zeza. RCO 2012 dodatkowo odnosi się do doboru testów odpowiednich do wieku dziecka.
	Kaseta szkieł okularowych	○ SCOP 2025; ○ AAO 2023 i 2018; ○ PTO 2022; ○ RCO 2012	Kaseta szkieł okularowych nie jest wymieniana we wszystkich analizowanych dokumentach jako odrębny element wyposażenia. Jej uwzględnienie wynika pośrednio z opisywanej konieczności oceny refrakcji oraz zastosowania korekcji próbnej. AAO 2023 wskazuje kasę szkieł i prawki próbne, jako przydatne wyposażenie w diagnostyce zeza u dorosłych.
	Oprawki okularowe próbne	○ SCOP 2025; ○ AAO 2023 i 2018; ○ PTO 2022; ○ RCO 2012	Oprawki okularowe próbne zostały wskazane w AAO 2023 jako element zestawu korekcji próbnej. W pozostałych dokumentach nie są wymienione odrębnie, jednak ich zastosowanie wiąże się z oceną refrakcji oraz zastosowaniem korekcji próbnej podczas badania.
	Zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych	○ SCOP 2025; ○ AAO 2023 i 2018; ○ PTO 2022; ○ RCO 2012	W analizowanych dokumentach opisano pomiar kąta zeza z użyciem metod pryzmatycznych, w tym testów zasłaniania z pryzmatami. Dokumenty nie określają każdorazowo konkretnej postaci stosowanych pryzmatów; zestaw szkieł pryzmatycznych stanowi jedno z narzędzi umożliwiających wykonanie tego badania.
	Listwy pryzmatyczne	○ SCOP 2025; ○ AAO 2023 i 2018;	W analizowanych dokumentach opisano zastosowanie pryzmatów w diagnostyce zeza, m.in. w pomiarze kąta odchylenia, testach zasłaniania z pryzmatami oraz ocenie

		- PTO 2022; - RCO 2012	funkcji obuocznego. SCOP 2025 odnosi się do oceny widzenia obuocznego z użyciem pryzmatów oraz pomiarów kątów zezu metodami pryzmatycznymi, AAO 2023 wskazuje ogólnie zestaw pryzmatów, natomiast RCO 2012 opisuje metody pryzmatyczne, w tym prism cover test. Dokumenty nie określają każdorazowo konkretnej formy stosowanych pryzmatów; listwy pryzmatyczne stanowią jedną z metod wykonania tych badań.
	Zasłonka i pałeczka fiksacyjna do testu zasłaniania	- SCOP 2025; - AAO 2023 i 2018; - PTO 2022; - RCO 2012	Test zasłaniania, w tym test jednostronnego i naprzemiennego zasłaniania, został opisany we wszystkich analizowanych dokumentach jako podstawowa metoda oceny ustawienia oczu, forii i tropii. Zasłonka oraz cel fiksacyjny stanowią narzędzia niezbędne do wykonania tego badania.
	Testy widzenia obuocznego (przynajmniej dwa rodzaje)	- SCOP 2025; - AAO 2023 i 2018; - PTO 2022; - RCO 2012	Ocena widzenia obuocznego, stereopsji, fuzji, supresji lub adaptacji sensorycznej została ujęta we wszystkich analizowanych dokumentach jako element diagnostyki zezu. W poszczególnych dokumentach wskazywane są różne metody, m.in. test Wortha, szkła Bagoliniego, testy stereoskopowe, synoptofor lub inne testy oceny funkcji obuocznego.
	Szklą Bagoliniego	- PTO 2022; - RCO 2012	PTO 2022 i RCO 2012 wymieniają szklą Bagoliniego jako narzędzie oceny widzenia obuocznego. W pozostałych dokumentach ich zastosowanie wiąże się z opisywaną oceną funkcji sensorycznych, fuzji, supresji lub widzenia obuocznego, choć test ten nie zawsze jest wskazany z nazwy.
	Oftalmoskop bezpośredni lub pośredni	- SCOP 2025; - AAO 2023 i 2018; - PTO 2022; - RCO 2012	W analizowanych dokumentach ujęto badanie dna oka lub tylnego odcinka oka jako element diagnostyki zezu, m.in. w celu wykluczenia przyczyn sensorycznych oraz patologii siatkówki lub nerwu wzrokowego. Oftalmoskop stanowi podstawowe narzędzie wykorzystywane do realizacji tego elementu badania.
	Lampa szczelinowa	- AAO 2023 i 2018; - PTO 2022; - RCO 2012	W analizowanych dokumentach ujęto pełne badanie okulistyczne, obejmujące ocenę przedniego odcinka oka jako element diagnostyki zezu. Lampa szczelinowa jest podstawowym narzędziem stosowanym do oceny przedniego odcinka oka.
	Skioskop i linijka do skioskopii	- SCOP 2025; - PTO 2022; - AAO 2018; - RCO 2012	Ocena refrakcji, w tym w cykloplegii, została opisana jako istotny element diagnostyki zezu. Retinoskopia/skiaskopia jest wskazywana szczególnie w dokumentach dotyczących populacji dziecięcej. AAO 2023 odnosi się szerzej do oceny refrakcji u dorosłych.
	Autorfraktometr	-	Ocena refrakcji została ujęta w analizowanych dokumentach jako element diagnostyki zezu. Autorfraktometr nie został natomiast wymieniony jako podstawowe narzędzie diagnostyczne. W dokumentach dotyczących dzieci opisano przede wszystkim ocenę refrakcji w cykloplegii oraz retinoskopię/skiaskopię.
	Tonometr	-	Tonometr nie został wymieniony w analizowanych dokumentach jako element wyposażenia związany z diagnostyką zezu.
Dostępność badań lub procedur medycznych	OCT (optyczna koherentna tomografia)	AAO 2023	OCT zostało wskazane jako badanie możliwe do wykorzystania w diagnostyce uzupełniającej u dorosłych pacjentów z zezem, zależnie od podejrzewanej etiologii. W analizowanych dokumentach nie ujęto OCT jako elementu podstawowej diagnostyki zezu.
	MRI		Rezonans magnetyczny został ujęty jako badanie pomocne w diagnostyce uzupełniającej, zwłaszcza przy podejrzeniu chorób o podłożu o neurologicznym lub zmian w obrębie oczodołu.
	USG		USG zostało wymienione jako jedno z badań pomocniczych możliwych do zastosowania w diagnostyce uzupełniającej.
	TK		Tomografia komputerowa została wskazana w AAO 2023 jako badanie pomocne w wybranych sytuacjach klinicznych, w szczególności przy podejrzeniu chorób o podłożu neurologicznym, w obrębie oczodołu lub nabytych zaburzeń motoryki.

	Perymetria	- SCOP 2025; - PTO 2022	W SCOP 2025 oraz PTO 2022 opisano ocenę pola pojedynczego obuocznego widzenia, m.in. z wykorzystaniem perymetru Goldmanna lub ekranu Harmsa. Perymetria została wskazana jako metoda stosowana w ocenie tego parametru, bez określenia jej jako elementu podstawowej diagnostyki każdego pacjenta z zezem.
	Badania laboratoryjnych i mikrobiologicznych	-	Badania laboratoryjne i mikrobiologiczne nie zostały opisane w analizowanych dokumentach jako standardowy element diagnostyki zezu.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Analiza włączonych do niniejszego przeglądu wytycznych praktyki klinicznej w odniesieniu do proponowanych warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zezu” wykazała, że:

- o w odniesieniu do personelu medycznego wytyczne podkreślają kluczową rolę lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zezu. W części dokumentów opisano również współpracę z optometrystą lub udział optometrysty w wybranych elementach oceny okulistycznej (SCOP 2025, AAO 2018, AAO 2023, RCO 2012). Wytyczne AAO 2018 i AAO 2023 koncentrują się przede wszystkim na diagnostyce i leczeniu okulistycznym, nie określając szczegółowo składu personelu pomocniczego;
- o w odniesieniu do proponowanych wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:
 - większość elementów wyposażenia określonych w proponowanych warunkach realizacji świadczenia odpowiada zakresowi diagnostyki opisanej w analizowanych dokumentach, przede wszystkim w zakresie oceny ostrości wzroku, refrakcji, ustawienia oczu, pomiaru kąta zezu, oceny widzenia obuocznego oraz badania przedniego i tylnego odcinka oka;
 - w analizowanych dokumentach opisano elementy diagnostyki wykonywanej z wykorzystaniem tablic do oceny ostrości wzroku, testu zasłaniania, testów widzenia obuocznego, pryzmatów, skioskopii/retinoskopii, oftalmoskopii oraz oceny przedniego odcinka oka;
 - część wyposażenia wskazanego w proponowanych warunkach realizacji świadczenia nie jest wymieniana we wszystkich dokumentach jako odrębny element, ale pozostaje związana z opisanym zakresem badania. Dotyczy to m.in. kasety szkieł okularowych i oprawek próbnych, stosowanych w ocenie refrakcji i korekcji próbnej, oraz szkieł lub listew pryzmatycznych wykorzystywanych w pomiarach pryzmatycznych;
 - ocena refrakcji została uwzględniona jako element diagnostyki zezu, jednak analizowane wytyczne nie wskazują autorefraktometru jako podstawowego narzędzia diagnostycznego. W dokumentach dotyczących dzieci opisano przede wszystkim ocenę refrakcji w cykloplegii oraz retinoskopię/skiioskopię;
 - w analizowanych wytycznych nie wskazano tonometru jako elementu wyposażenia bezpośrednio związanego z diagnostyką zezu;
- o w zakresie dostępności badań diagnostycznych:
 - wytyczne AAO 2023 wskazują OCT, USG, TK i MRI jako badania możliwe do wykorzystania w diagnostyce uzupełniającej wybranych pacjentów, zwłaszcza w przypadku podejrzenia patologii neurologicznej, oczodołowej lub nabytych zaburzeń motoryki gałek ocznych;
 - dokumenty SCOP 2025 i PTO 2022 odnoszą się do oceny pola pojedynczego obuocznego widzenia z wykorzystaniem m.in. perymetru Goldmanna lub ekranu Harmsa;
 - w analizowanych dokumentach nie odnaleziono odniesień do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych jako elementu diagnostyki zezu;
- o w analizowanych wytycznych opisano również dodatkowe metody diagnostyczne i elementy wyposażenia wykorzystywane w pogłębionej diagnostyce zezu, m.in. synoptofor, ekran Hessa, narzędzia Maddoxa, ekran Lancastera lub Harmsa, linijkę RAF, test adaptacji pryzmatycznej, badanie po przedłużonej jednoocznej okluzji oraz pomiar współczynnika AC/A. Część z tych elementów, w tym synoptofor, ekran Hessa oraz narzędzia Maddoxa, występuje w aktualnych warunkach realizacji świadczenia, jednak nie została ujęta w proponowanych warunkach KŚOZ.

Podsumowując, analiza wytycznych wskazuje, że część ocenianych zmian dotyczących warunków realizacji świadczenia znajduje odzwierciedlenie w zaleceniach praktyki klinicznej odnoszących się do diagnostyki i leczenia zezu, w szczególności w zakresie potrzeby kompleksowej oceny okulistyczno-ortoptycznej obejmującej ocenę ostrości wzroku, refrakcji, ustawienia i ruchomości gałek ocznych, kąta zezu oraz funkcji widzenia obuocznego. W wytycznych podkreśla

się znaczenie wczesnej diagnostyki, dostosowania zakresu badania do wieku i potrzeb pacjenta oraz udziału personelu posiadającego kompetencje w diagnostyce okulistycznej i ortoptycznej. Dokumenty wskazują na rolę lekarza okulisty i ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zezu, a część z nich odnosi się również do współpracy z optometrystą lub udziału optometrysty w wybranych elementach oceny okulistycznej.

Jednocześnie nie wszystkie elementy proponowanych warunków realizacji świadczenia zostały wskazane w wytycznych jako odrębne wymagania organizacyjne lub sprzętowe. Różnice dotyczą przede wszystkim zakresu uwzględnienia metod diagnostycznych i elementów wyposażenia stosowanych w pogłębionej diagnostyce zezu oraz badań dodatkowych wykonywanych u wybranych pacjentów, w tym badań obrazowych. Ponadto wytyczne wskazują, że wykorzystanie części badań dodatkowych powinno być uzależnione od obrazu klinicznego i indywidualnych potrzeb diagnostycznych pacjenta.

7. Opinie ekspertów klinicznych

Do dnia zakończenia prac nad niniejszym raportem analitycznym otrzymano cztery opinie eksperckie w sprawie oceny zasadności zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „Porada specjalistyczna – leczenie zezu” tj.:

- dr. hab. n. med. Macieja Gawęckiego – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego;
- prof. dr hab. n. med. Aliny Bakunowicz-Łazarczyk – konsultant wojewódzkiej w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego;
- prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Hautza – kierownika Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- pani Joanny Zdybel – prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzystkovej.

Należy zaznaczyć, że opinie te zostały sporządzone na podstawie pierwotnej wersji Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej przekazanej do konsultacji. Tym samym przedstawione stanowiska nie uwzględniają modyfikacji wprowadzonych w toku dalszych prac nad KŚOZ, w szczególności zmian polegających na doprecyzowaniu przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki kwalifikacji personelu określanego wcześniej jako „personel pomocniczy”. W związku z tym uwagi ekspertów odnoszące się do wymogu udziału personelu pomocniczego należy interpretować w kontekście pierwotnej wersji KŚOZ.

Podsumowanie stanowisk eksperckich:

- eksperci co do zasady nie kwestionowali potrzeby aktualizacji warunków realizacji świadczenia, wskazując jednocześnie na potrzebę doprecyzowania części proponowanych rozwiązań organizacyjnych i diagnostycznych;
- najwięcej uwag dotyczyło kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia. Część ekspertów uznała proponowane wymagania kadrowe za wystarczające, natomiast inni wskazywali na potrzebę zachowania udziału ortoptysty lub jednoznacznego określenia kwalifikacji personelu wspomagającego. Podkreślano przy tym znaczenie diagnostyki ortoptycznej w procesie diagnostyki i leczenia zezu, szczególnie w populacji pediatrycznej;
- w odniesieniu do wyposażenia poradni eksperci różnili się w ocenie zakresu wyposażenia niezbędnego do realizacji świadczenia. Część opinii wskazywała, że proponowane wyposażenie odpowiada aktualnym potrzebom diagnostycznym, podczas gdy inni eksperci zwracali uwagę na potrzebę utrzymania lub rozszerzenia wyposażenia wykorzystywanego w diagnostyce ortoptycznej i ocenie funkcji widzenia obuocznego, w tym m.in. synoptoforu oraz narzędzi Maddoxa;
- w zakresie badań diagnostycznych wskazywano na zasadność zapewnienia dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych. Jednocześnie podkreślano, że badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, powinny być wykonywane przede wszystkim u pacjentów wymagających pogłębionej diagnostyki oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach;
- w odniesieniu do organizacji świadczeń eksperci uznali za właściwe realizowanie diagnostyki i leczenia zachowawczego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przy jednoczesnym pozostawieniu leczenia operacyjnego do realizacji w warunkach szpitalnych. Zwracano również uwagę na znaczenie diagnostyki i terapii ortoptycznej jako elementu kompleksowej opieki nad pacjentami z zezem;
- wśród potencjalnych wyzwań związanych z wdrożeniem proponowanych zmian wskazywano przede wszystkim na ograniczoną liczbę lekarzy zajmujących się diagnostyką i leczeniem zezu, konieczność dostosowania organizacji części ośrodków do nowych wymagań oraz potrzebę precyzyjnego określenia kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia. Jednocześnie część ekspertów oceniła, że proponowane zmiany nie powinny powodować istotnych trudności organizacyjnych;
- w zakresie wpływu proponowanych zmian zwracano uwagę zarówno na możliwość poprawy organizacji opieki i dostępności świadczeń, jak i na konieczność zachowania odpowiednich kompetencji personelu oraz jakości diagnostyki ortoptycznej;
- szacowana przez ekspertów liczebność populacji objętej świadczeniem wynosi około 30–40 tys. pacjentów rocznie, przy czym podkreślano, że rzeczywista liczba świadczeniobiorców będzie uzależniona od organizacji udzielania świadczeń oraz dostępności poradni realizujących świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia zezu.

Podsumowując, eksperci co do zasady nie kwestionowali potrzeby aktualizacji warunków realizacji świadczenia, wskazując jednocześnie na konieczność doprecyzowania części wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz organizacji diagnostyki. Najwięcej uwag dotyczyło kwalifikacji personelu uczestniczącego w realizacji świadczenia, w szczególności roli ortoptysty w procesie diagnostyki i leczenia zezu, a także zakresu wyposażenia wykorzystywanego w diagnostyce ortoptycznej. W stanowiskach ekspertów podkreślano również znaczenie zapewnienia dostępu do badań diagnostycznych adekwatnie do potrzeb klinicznych pacjentów oraz utrzymania kompleksowej organizacji opieki nad osobami z zezem.

Szczegółowa treść opinii ekspertów klinicznych została przedstawiona w załączniku nr 1 do niniejszego opracowania.

8. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W niniejszym rozdziale przedstawiono rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach dotyczące organizacji i finansowania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem zezu, a także wymagań organizacyjno-sprzętowych placówek świadczących usługi okulistyczne i optometryczne.

Celem analizy była identyfikacja rozwiązań organizacyjnych odnoszących się do warunków realizacji świadczeń, w szczególności wymagań dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępu do badań diagnostycznych i procedur, które mogłyby stanowić punkt odniesienia dla oceny proponowanych zmian będących przedmiotem niniejszego opracowania.

W tym celu w dniach 18–20.05.2026 r. przeprowadzono wyszukiwanie informacji na stronach internetowych zagranicznych agencji HTA oraz innych instytucji i organizacji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia. Uzupełniając przeprowadzono wyszukiwanie wolnotekstowe z wykorzystaniem ogólnodostępnej wyszukiwarki Google przy użyciu następujących słów kluczowych: *squint diagnosis, squint essential equipment, squint, eye clinic essential equipment, squint care, ophthalmology care, eye outpatient care, squint outpatient care, squint management, squint treatment, strabismus treatment equipment, squint treatment equipment, strabismus, strabismus diagnosis, strabismus management, strabismus essential equipment, strabismus outpatient care, strabismus treatment*.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu zidentyfikowano dziewięć dokumentów pochodzących z dziesięciu następujących krajów: Austria, Belgia, Dania, Francja, Grecja, Irlandia, Malediwy, Niemcy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania.

Analiza rozwiązań organizacyjnych oraz standardów organizacyjnych wykazała, iż:

- w zakresie personelu:
 - w Irlandii, w Wielkiej Brytanii i na Malediwach w skład zespołu wchodzi lekarz okulista oraz optometrysta lub optyk;
 - w Irlandii i w Wielkiej Brytanii w skład zespołu mogą wchodzić również ortoptyści;
 - dodatkowo na Malediwach i w Wielkiej Brytanii w skład zespołu może wchodzić również pielęgniarka;
 - w Austrii, Danii oraz Niemczech do ortoptysty może skierować pacjenta każdy lekarz;
 - w Grecji do ortoptysty pacjenta może skierować m.in. lekarz okulista, lekarze neurolog i lekarz endokrynolog, w Belgii – lekarz okulista, a w ramach badań przesiewowych inni lekarze;
 - we Francji pacjenci mają bezpośredni dostęp do świadczeń udzielanych przez ortoptystę – do badań wzroku i wymiany okularów;
- w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:
 - zakres zasadnego wyposażenia różni się pomiędzy poszczególnymi krajami, jednak większość elementów wyposażenia proponowanych w KŚOZ jest dostępna również w analizowanych państwach;
 - stosuje się tablice do oceny ostrości wzroku (Malediwy, Niemcy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), lampy szczelinowe (Malediwy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), tonometr (Malediwy, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), oftalmoskop (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania), próbne oprawki okularowe (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania) oraz autorfraktometr (Malediwy, Stany Zjednoczone);
 - na Malediwach, w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii gabinety wyposażone są dodatkowo w m.in. lensometr oraz retinoskop;
 - w dostępnych źródłach dla analizowanych krajów nie odnaleziono informacji o wyposażeniu gabinetów okulistycznych w zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych, listwy pryzmatyczne oraz zasłonkę i pałeczkę fiksacyjną do testu zasłaniania;
- w zakresie dostępu do badań i procedur:
 - w Stanach Zjednoczonych wskazano na zasadność finansowania oraz medyczną zasadność badań z wykorzystaniem optycznej koherentnej tomografii (OCT), natomiast informacje dotyczące dostępu do tomografii komputerowej odnaleziono wyłącznie w rozwiązaniach stosowanych na Malediwach;

- nie odnaleziono informacji o konieczności zapewnienia dostępu do badania za pomocą ultrasonografu lub rezonansu magnetycznego w żadnym z analizowanych krajów.

Należy podkreślić, że w analizowanych krajach opieka nad pacjentami z zezem najczęściej funkcjonuje jako element szerszego systemu opieki okulistycznej, ortoptycznej lub opieki nad pacjentami z zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, a nie jako odrębne świadczenie odpowiadające bezpośrednio polskiej poradzie leczenia zezu. W związku z tym przedstawione rozwiązania pozwalają przede wszystkim na ocenę modeli organizacji opieki, zakresu kompetencji personelu oraz dostępności badań diagnostycznych, natomiast nie stanowią bezpośredniej podstawy do określania minimalnych wymagań sprzętowych dla świadczeniodawców.

Jednocześnie dostępne informacje wskazują, że opieka nad pacjentami z zezem jest najczęściej organizowana w ramach szerszych struktur opieki okulistycznej, z udziałem personelu o zróżnicowanych kompetencjach. W analizowanych źródłach nie odnaleziono natomiast jednoznacznych przesłanek wskazujących na konieczność uwzględnienia całego katalogu proponowanego wyposażenia oraz wszystkich wskazanych badań diagnostycznych jako obligatoryjnych wymagań każdej poradni.

Szczegółowe informacje przedstawiono w Załączniku nr 3. Poniżej zaprezentowano zestawienie najważniejszych informacji dotyczących warunków realizacji świadczeń związanych z leczeniem zezu w wybranych krajach (Irlandia, Malediwy, Niemcy, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania) oraz propozycji zmian będących przedmiotem niniejszego opracowania.

Tabela 11. Porównanie warunków realizacji świadczeń w zakresie leczenia zezu w pięciu analizowanych krajach oraz propozycji zmian

Warunki realizacji świadczenia	Polska (propozycja zmiany)	Irlandia	Malediwy	Niemcy	Stany Zjednoczone	Wielka Brytania
Personel	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz jedna osoba personelu pomocniczego; ortoptysta lub optometrysta*	Lekarz okulista, optometrysta/optyk, ortoptysta	Lekarz okulista, optometrysta, pielęgniarka	b.d.	b.d.	Lekarz okulista, optometrysta, ortoptysta, pielęgniarka
Wyposażenie (w miejscu udzielania świadczeń lub w dostępie)						
Tablice do oceny ostrości wzroku, w tym dostosowane do badania dzieci	X	b.d.	X	X	X**	X
Kaseta szkieł okularowych	X	b.d.	-	-	-	-
Oprawki okularowe próbne	X	b.d.	-	-	X	X
Zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych	X	b.d.	-	-	-	-
Listwy pryzmatyczne	X	b.d.	-	-	-	-
Zasłonka i pałeczka fiksacyjna do testu zasłaniania	X	b.d.	-	-	-	-
Testy widzenia obuocznego (przynajmniej dwa rodzaje)	X	b.d.	-	X	-	-
Szklą Baggoliniego	X	b.d.	-	-	-	-
Oftalmoskop bezpośredni i pośredni	X	b.d.	-	-	X	X
Lampa szczelinowa	X	b.d.	X	-	X	X
Skioskop i linijki do skioskopii	X	b.d.	-	X	-	-
Autorefraktometr	X	b.d.	X	-	X	-
Tonometr	X	b.d.	X	-	X	X
Dostęp do badań						
OCT (optyczna koherentna tomografia)	X	b.d.	-	b.d.	X	-
Perymetria	X	b.d.	-	b.d.	X	X

Warunki realizacji świadczenia	Polska (propozycja zmiany)	Irlandia	Malediwy	Niemcy	Stany Zjednoczone	Wielka Brytania
USG	X	b.d.	-	b.d.	-	-
Tomografia komputerowa	X	b.d.	X	b.d.	-	-
Rezonans magnetyczny	X	b.d.	-	b.d.	-	-
Badania laboratoryjne i mikrobiologiczne	X	b.d.	-	b.d.	-	-
Badania obrazowe	-	-	-	-	-	X

Legenda: „X” – element został wskazany w analizowanym dokumencie; „-” – element nie został wskazany w analizowanym dokumencie; „b.d.” – brak danych.

** Zapis przedstawiono zgodnie z doprecyzowaniem konsultanta krajowego uzyskanym w toku prac analitycznych.

* W Stanach Zjednoczonych stosowana jest cyfrowa tablica do badania ostrości wzroku wykorzystująca technologię wideo i mikroprocesorową.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowe informacje zostały przedstawione w tabeli w rozdziale *Załączniki*.

9. Wyniki analizy dotyczącej proponowanych warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”

W ramach prac analitycznych przeprowadzono analizę proponowanych zmian warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” w odniesieniu do:

- obowiązujących warunków realizacji świadczenia;
- wytycznych praktyki klinicznej; opinii ekspertów klinicznych;
- rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach.

Analizie poddano wyłącznie te elementy warunków realizacji świadczenia, dla których w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej zaproponowano zmiany względem obowiązujących wymagań.

W tabeli poniżej przedstawiono wyniki przeprowadzonych analiz dla poszczególnych proponowanych zmian.

Tabela 12 Wyniki prac analitycznych dotyczących proponowanych zmian warunków realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zezu

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja zmiany warunków	Wyniki analiz
Obszar	Element			
Personel		Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysta	Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz jedna osoba z personelu pomocniczego; ortoptysta lub optometrysta	- Wytyczne SCOP 2025 i RCO 2012 opisują udział lekarza okulisty i ortoptysty w diagnostyce i leczeniu zezu. W części dokumentów opisano również współpracę z optometrystą lub udział optometrysty w wybranych elementach oceny okulistycznej. - W rozwiązaniach organizacyjnych stosowanych m.in. w Irlandii i Wielkiej Brytanii w opiece nad pacjentami z zezem uczestniczą zarówno ortoptyści, jak i optometryści. - Jeden z ekspertów wskazał możliwość udziału w realizacji świadczenia ortoptysty, technika medycznego lub pielęgniarki, natomiast PTO podkreślała znaczenie udziału ortoptysty lub osoby posiadającej kwalifikacje do wykonywania badań ortoptycznych.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Tablice do oceny ostrości wzroku	Tablice do oceny ostrości wzroku	Tablice do oceny ostrości wzroku, w tym dostosowane do badania dzieci	- Wszystkie analizowane wytyczne uwzględniają ocenę ostrości wzroku jako podstawowy element diagnostyki zezu. RCO 2012 odnosi się do stosowania metod dostosowanych do wieku dziecka. - Tablice do oceny ostrości wzroku zidentyfikowano również w analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych stosowanych m.in. w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych i na Malediwach.
	Pryzmaty	Szklą lub listwy pryzmatyczne	Zestaw szkieł pryzmatycznych próbnych oraz listwy pryzmatyczne	- Wytyczne opisują wykorzystanie pryzmatów w ocenie kąta zezu, ustawienia oczu i funkcji widzenia obuocznego. - Eksperti wskazywali szklą i listwy pryzmatyczne jako elementy wykorzystywane w diagnostyce zezu. W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych nie odnaleziono szczegółowych wymagań dotyczących tego wyposażenia.
	Testy widzenia obuocznego	Test TNO, test muchy, test Wortha, ekran Hessa	Testy widzenia obuocznego (co najmniej dwa rodzaje)	- Wszystkie wytyczne uwzględniają ocenę widzenia obuocznego. Opisywane metody obejmują m.in. test Wortha, szklą Bagoliniego, testy stereopsji oraz synoptofor. - Eksperti podkreślali znaczenie diagnostyki ortoptycznej i oceny funkcji widzenia obuocznego. - W rozwiązaniach organizacyjnych nie odnaleziono szczegółowych wymagań dotyczących konkretnych testów widzenia obuocznego.

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja zmiany warunków	Wyniki analiz
Obszar	Element			
	Oftalmoskop	Bezpośredni	Bezpośredni i pośredni	- Wytyczne praktyki klinicznej uwzględniają badanie dna oka jako element diagnostyki pacjentów z zezem. Dokumenty nie wskazują szczegółowo rodzaju oftalmoskopu wykorzystywanego do wykonania badania. - Oftalmoskop został zidentyfikowany jako element wyposażenia w części analizowanych rozwiązań organizacyjnych, m.in. w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych.
	Autorefraktometr	Nie	Tak	- Analizowane wytyczne uwzględniają ocenę refrakcji jako element diagnostyki zezu, nie wskazując konkretnego urządzenia służącego do jej wykonania. - Autorefraktometr został zidentyfikowany w rozwiązaniach organizacyjnych opisanych dla Stanów Zjednoczonych oraz Malediwów.
	Tonometr	Nie	Tak	- Tonometr nie został wskazany w analizowanych wytycznych jako element związany bezpośrednio z diagnostyką zezu. - Urządzenie występowało w rozwiązaniach organizacyjnych dotyczących poradni okulistycznych opisanych dla Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii oraz Malediwów.
	Zasłonka i pałeczka fiksacyjna	Nie	Tak	- Test zasłaniania został opisany we wszystkich analizowanych wytycznych jako podstawowa metoda oceny ustawienia oczu. - Eksperti również odnosili się do znaczenia diagnostyki ortoptycznej i oceny ustawienia oczu w procesie diagnostycznym. - W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych nie odnaleziono szczegółowych wymagań odnoszących się do tego wyposażenia.
	Wizuskop	Tak	Nie	- W analizowanych wytycznych praktyki klinicznej oraz rozwiązaniach organizacyjnych nie zidentyfikowano informacji dotyczących wykorzystania wizuskopu. - Jeden z ekspertów wskazywał, że urządzenie nie stanowi obecnie standardowego wyposażenia poradni leczenia zezu i zaburzeń widzenia obuocznego.
	Synoptofor	Tak	Nie	- Synoptofor został uwzględniony w wytycznych SCOP 2025, PTO 2022 oraz RCO 2012 jako jedno z narzędzi wykorzystywanych w ocenie widzenia obuocznego. - Konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego proponowała

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja zmiany warunków	Wyniki analiz
Obszar	Element			
				uwzględnienie synoptoforu jako wyposażenia zalecanego, natomiast prezes Polskiego Towarzystwa Orzoptycznego wskazywała synoptofor jako element wykorzystywany w diagnostyce ortoptycznej i ocenie funkcji widzenia obuocznego. W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych nie zidentyfikowano szczegółowych wymagań dotyczących wykorzystania synoptoforu.
	Krzyż Maddoxa	Tak	Nie	- Metody wykorzystujące narzędzia Maddoxa zostały opisane w wytycznych dotyczących diagnostyki zaburzeń ustawienia oczu i widzenia obuocznego. - Jeden z ekspertów wskazywał krzyż i pałeczki Maddoxa jako element wyposażenia wykorzystywany w diagnostyce ortoptycznej. - W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych nie odnaleziono szczegółowych wymagań dotyczących tego wyposażenia.
	Pałeczki Maddoxa	Tak	Nie	
	Pleoptofor lub eutyskop	Tak		- W analizowanych wytycznych praktyki klinicznej oraz rozwiązaniach organizacyjnych nie zidentyfikowano odniesień do pleoptoforu ani eutyskopu. - Prezes Polskiego Towarzystwa Orzoptycznego nie zalecała uwzględniania tych urządzeń jako elementów wyposażenia poradni leczenia zęza.
Dostępność badań lub procedur medycznych	OCT	Brak	Zapewnienie dostępu do badania	- W wytycznych AAO 2023 OCT uwzględniono wśród badań wykorzystywanych w diagnostyce uzupełniającej wybranych pacjentów. - Informacje dotyczące wykorzystania tego badania odnaleziono również w dokumentach pochodzących ze Stanów Zjednoczonych. - Ekspertki wskazywali, że badania obrazowe mogą znajdować zastosowanie w uzasadnionych przypadkach klinicznych, podkreślając jednocześnie znaczenie diagnostyki funkcjonalnej i ortoptyczne.
	Perymetria	Brak	Zapewnienie dostępu do badania	- SCOP 2025 oraz PTO 2022 odnoszą się do oceny pola pojedynczego obuocznego widzenia wykonywanej m.in. z wykorzystaniem perymetru Goldmanna lub ekranu Harmsa. - W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych dostęp do badań pola widzenia uwzględniono jako element diagnostyki okulistycznej.
	USG	Brak	Zapewnienie dostępu do badania	W wytycznych AAO 2023 ultrasonografię wymieniono wśród badań możliwych do wykorzystania w diagnostyce uzupełniającej wybranych pacjentów.

Warunki realizacji świadczenia		Stan obecny (RZM AOS)	Propozycja zmiany warunków	Wyniki analiz
Obszar	Element			
				- o Eksperti odnosili się do możliwości wykonania tego badania w uzasadnionych sytuacjach klinicznych. - o W analizowanych rozwiązaniach organizacyjnych nie zidentyfikowano wymagań dotyczących zapewnienia dostępu do ultrasonografii w ramach świadczeń związanych z leczeniem zęza.
	Tomografia komputerowa	Brak	Zapewnienie dostępu do badania	- o W wytycznych AAO 2023 tomografię komputerową uwzględniono jako badanie stosowane w wybranych sytuacjach klinicznych. - o Eksperti wskazywali na możliwość kierowania pacjentów na to badanie w przypadkach uzasadnionych klinicznie. - o Spośród analizowanych rozwiązań organizacyjnych informacje dotyczące dostępu do tomografii komputerowej odnaleziono wyłącznie w dokumentach pochodzących z Malediwów.
	Rezonans magnetyczny	Brak	Zapewnienie dostępu do badania	- o W wytycznych AAO 2023 rezonans magnetyczny uwzględniono jako badanie wykorzystywane w diagnostyce uzupełniającej wybranych pacjentów, szczególnie przy podejrzeniu etiologii neurologicznej lub zmian w obrębie oczodołu. - o Eksperti odnosili się do możliwości kierowania pacjentów na badanie w uzasadnionych przypadkach klinicznych. - o W rozwiązaniach organizacyjnych nie zidentyfikowano wymagań dotyczących zapewnienia dostępu do rezonansu magnetycznego w ramach organizacji świadczenia.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Przeprowadzone analizy wykazały, że wytyczne praktyki klinicznej, opinie ekspertów oraz analizowane rozwiązania organizacyjne odnoszą się przede wszystkim do podstawowych elementów diagnostyki zeza, obejmujących ocenę ostrości wzroku, refrakcji, ustawienia i ruchomości gałek ocznych, kąta zeza oraz funkcji widzenia obuocznego. W analizowanych źródłach podkreślano również znaczenie diagnostyki ortoptycznej oraz udziału personelu posiadającego kompetencje w zakresie oceny widzenia obuocznego i zaburzeń ustawienia oczu.

W odniesieniu do wyposażenia poradni najczęściej identyfikowano elementy związane z oceną ostrości wzroku, refrakcji, widzenia obuocznego oraz badaniem okulistycznym. W wytycznych i opiniach ekspertów opisywano również wykorzystanie narzędzi stosowanych w pogłębionej diagnostyce ortoptycznej, takich jak synoptofor czy narzędzia Maddoxa. Jednocześnie część wyposażenia proponowanego w KŚOZ, w tym autorefraktometr i tonometr, nie była wskazywana w wytycznych jako wyposażenie specyficznie związane z diagnostyką zeza.

W zakresie badań diagnostycznych OCT, ultrasonografia, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny były opisywane głównie jako elementy diagnostyki uzupełniającej stosowanej u wybranych pacjentów. Rozwiązania organizacyjne stosowane w innych krajach rzadko zawierały szczegółowe wymagania dotyczące zapewnienia dostępu do tych badań w ramach organizacji świadczeń związanych z leczeniem zeza.

10. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne

Cel analizy

Celem analizy było zobrazowanie skali finansowania świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” oraz oszacowanie kosztów jego realizacji przy prognozowanej liczbie pacjentów w dwóch kolejnych latach.

Należy podkreślić, że oceniane propozycje dotyczą wyłącznie warunków realizacji świadczenia i nie obejmują zmiany jego zakresu ani procedur medycznych stosowanych w jego realizacji. Proponowane zmiany mają charakter organizacyjny i odnoszą się do wymagań dotyczących personelu, wyposażenia oraz dostępności wybranych badań diagnostycznych.

Dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ wskazują ponadto, że część wyposażenia i badań objętych projektowanymi wymaganiami jest już wykorzystywana przez świadczeniodawców realizujących świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”.

W związku z tym przedstawione wyniki nie stanowią oszacowania kosztów inkrementalnych wynikających z wdrożenia proponowanych zmian ani prognozy dodatkowych wydatków płatnika publicznego bezpośrednio związanych z ich implementacją. Ze względu na brak danych dotyczących stopnia spełniania projektowanych wymagań przez poszczególnych świadczeniodawców oraz brak informacji pozwalających określić zakres ewentualnych nakładów dostosowawczych nie było możliwe wiarygodne oszacowanie dodatkowych kosztów wynikających wyłącznie z projektowanych zmian.

Tym samym prezentowane wartości należy interpretować jako prognozowany koszt realizacji świadczenia przy prognozowanej liczbie pacjentów i przyjętych założeniach dotyczących liczby wizyt oraz jednostkowego kosztu świadczenia.

Metodyka oszacowania kosztów realizacji świadczenia

Populacja docelowa: pacjenci, u których świadczenia sprawozdano w poradniach leczenia zeza (VIII kod resortowy 1604), przyjęto że jedna trzecia pacjentów sprawozdawanych rocznie stanowi grupę pacjentów pierwszorazowych.

Horyzont czasowy: 2 lata.

Perspektywa: płatnika publicznego.

Źródło danych: dane sprawozdawczo-rozliczeniowe Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2022–2025.

Liczba wizyt w poradni przypadająca na jednego pacjenta w roku: 2 w pierwszym roku oraz 1 wizyta kontrola w drugim roku analizy.

Jednostkowy koszt świadczenia: Projektowana karta świadczenia przewiduje rozszerzenie warunków realizacji świadczenia przez dodanie wymogu zapewnienia dostępu do określonych badań diagnostycznych, takich jak OCT, perymetria, USG, TK oraz MRI. Sam wymóg „dostępu” nie oznacza konieczności wykonywania wszystkich badań u każdego pacjenta. Potencjalny wpływ na koszty należy analizować wyłącznie w odniesieniu do badań wykonywanych zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

W szczególności:

- OCT, perymetria oraz USG należą do badań realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z czym wprowadzenie wymogu ich dostępności może wpłynąć na strukturę udzielanych świadczeń;
- TK oraz MRI są finansowane odrębnie w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), dlatego ich koszt nie powinien być uwzględniany w koszcie porady.

Ponadto zmianie ulega zakres wymaganego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Dotychczasowe wymagania zostały częściowo zaktualizowane przez zastąpienie części urządzeń innymi, zgodnymi z aktualną praktyką kliniczną. W szczególności do katalogu wymaganego wyposażenia wprowadzono autorefraktometr oraz tonometr.

Zmianie ulegają również wymagania dotyczące personelu. Projektowana karta świadczenia zastępuje wymóg zapewnienia ortoptysty wymogiem zapewnienia dodatkowej osoby personelu pomocniczego. Jednocześnie w toku prac wskazano, że funkcję tę powinien pełnić ortoptysta lub optometrysta.

W ramach analizy finansowania posłużono się następującymi informacjami:

- o kartą świadczenia opieki zdrowotnej, w tym informacją o populacji pacjentów wynoszącej 40 000 osób;
- o danymi NFZ dotyczącymi struktury realizacji świadczeń;
- o danymi dotyczącymi wynagrodzeń personelu medycznego z postępowania nr 88 *Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych*. Do kalkulacji przyjęto stawki brutto-brutto lekarza okulisty oraz pozostałego personelu medycznego zatrudnionego w poradniach leczenia zeza;
- o danymi finansowo-księgowymi dotyczącymi kosztów infrastruktury w poradniach leczenia zeza za 2024 r., po aktualizacji właściwymi wskaźnikami wzrostu kosztów obowiązującymi od 1 lipca 2026 r. Średnia stawka kosztów infrastruktury przyjęta do kalkulacji wyniosła 136,33 zł za godzinę pracy poradni;
- o cennikami komercyjnymi dotyczącymi kosztów zakupu sprzętu i aparatury medycznej wynikającymi ze zmiany warunków koszykowych. Do analizy przyjęto 5-letni okres amortyzacji oraz uwzględniono koszty związane z ewentualnym serwisowaniem sprzętu. Na podstawie przyjętych założeń oszacowano dodatkowy koszt wyposażenia na poziomie 8,2 zł w przeliczeniu na pacjenta;
- o czasem przyjętym do oszacowań dla wizyty podstawowej (pierwszorazowej) i kontrolnej, wynoszącym odpowiednio 25 i 15 minut.

Zgodnie z kartą świadczenia opieki zdrowotnej projektowana zmiana obejmie populację około 40 tys. pacjentów rocznie. Dane NFZ za 2025 r. wskazują, że w analizowanym zakresie udzielono 52,9 tys. porad związanych z leczeniem zeza na rzecz 35,7 tys. pacjentów, a świadczenia były realizowane przez 57 świadczeniodawców. Wśród świadczeń specjalistycznych największy udział miało świadczenie specjalistyczne 2. typu (W12), natomiast w grupie świadczeń pierwszorazowych najczęściej realizowano świadczenie pierwszorazowe 2. typu (W41), co przedstawia poniższa tabela.

Tabela 13 Struktura realizacji świadczeń związanych z leczeniem zeza w 2025 r.

Nazwa świadczenia	Wycena [pkt]	Wycena [zł]*	Liczba udzielonych świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeniodawców
W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48	90	359	320	9
W02 Świadczenie receptowe	11	21	90	84	14
W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44	83	10 356	7 819	50
W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75	141	27 224	21 112	51
W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133	250	832	648	28
W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172	323	5 266	4 735	32
W31 porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	82	154	2	2	1
W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	68	128	1 231	1 229	33
W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu	100	188	5 749	5 736	44
W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157	295	167	167	14
W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu	195	367	1 658	1 657	24
Łącznie	-	-	52 934	35 689	57

*przy średniej cenie punktu 1,88 w AOS w przedmiotowym zakresie.

W celu weryfikacji, czy projektowane zmiany warunków realizacji świadczenia mogą stanowić przesłankę do zmiany poziomu jego finansowania, oszacowano koszt porady pierwszorazowej oraz kontrolnej. Kalkulację przeprowadzono z uwzględnieniem aktualnych kosztów wynagrodzeń personelu, kosztów infrastruktury oraz kosztów związanych z wprowadzeniem dodatkowych wymogów sprzętowych. Oszacowany koszt świadczenia jest porównywalny z wycenami porad w zakresie leczenia zeza finansowanych obecnie przez NFZ. Wyniki analizy przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14 Wynik analizy kosztów

Rodzaj świadczenia	Czas porady [min]	Wartość wynagrodzenia za poradę [zł]	Wartość infrastruktury za poradę [zł]	Wartość świadczenia [zł]
Wizyta podstawowa	25	127,11	64,96	192,07
Wizyta kontrolna	15	76,27	42,23	118,50

Zmiana ma charakter porządkujący oraz aktualizacyjny i nie wpływa na zakres świadczeń gwarantowanych ani nie ogranicza dostępu pacjentów do leczenia. Dostosowuje warunki realizacji świadczenia do aktualnych możliwości diagnostycznych i organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. Rozszerzenie dostępności badań i procedur medycznych, a w szczególności do badań TK i MRI, nie spowoduje konieczności zwiększenia środków finansowych przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia bezpośrednio na realizację świadczenia gwarantowanego „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”. Badania TK i MRI będą bowiem rozliczane odrębnie w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), zgodnie z obowiązującymi zasadami ich finansowania.

Metoda prognozowania: funkcja FORECAST.ETS (Exponential Triple Smoothing – ETS).

Charakterystyka metody: metoda prognozowania szeregów czasowych umożliwiającą automatyczne uwzględnienie trendu oraz ewentualnej sezonowości danych; w analizowanym przypadku, ze względu na roczną częstotliwość obserwacji oraz brak powtarzalnych wahań sezonowych, model opiera się głównie na identyfikacji trendu liczby pacjentów korzystających ze świadczenia.

Szacunkowe koszty realizacji świadczenia

Na podstawie prognozowanej liczby pacjentów przedstawionej w rozdziale dotyczącym aktualnego stanu realizacji świadczenia, przy założeniu średnio trzech wizyt przypadających na jednego pacjenta w ciągu roku oraz przyjętego jednostkowego kosztu świadczenia, oszacowano koszty realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”. Wynik przedstawiono w poniższej tabeli.

Ze względu na różnice w liczbie rozpoznań między dziećmi a dorosłymi, analizę przedstawiono oddzielnie dla osób w wieku 0–17 lat oraz 18 lat i więcej.

Tabela 15. Szacunkowe koszty realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza” przy prognozowanej liczbie pacjentów

Prognoza	Liczba pacjentów	Liczba wizyt w roku	Wartość świadczenia [zł]	Prognozowane koszty (zł)
Grupa wiekowa 0–17 lat				
I rok	34 837	2 (1 wizyta podstawowa + 1 wizyta kontrolna)	310,57	6 358 565
II rok	35 616		310,57	6 500 751
Grupa wiekowa ≥ 18 lat				
I rok	5 051	2 (1 wizyta podstawowa + 1 wizyta kontrolna)	310,57	921 925
II rok	5 232		310,57	954 962

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ

Ograniczenia prognozy

Analiza obarczona jest następującymi ograniczeniami:

- o prognoza ma charakter statystyczny i opiera się na założeniu kontynuacji trendów obserwowanych w danych historycznych;
- o nie uwzględniono potencjalnych zmian organizacyjnych, finansowych lub epidemiologicznych, które mogłyby wpłynąć na liczbę realizowanych świadczeń;
- o nie modelowano wpływu proponowanych zmian na dalszą ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną pacjentów ani na liczbę kolejnych świadczeń;
- o wyniki prognozy nie zostały zwalidowane z wykorzystaniem innych metod prognostycznych ani niezależnych źródeł danych;
- o nie było możliwe oszacowanie kosztów dostosowania po stronie świadczeniodawców wynikających z projektowanych zmian, ponieważ nie są dostępne dane pozwalające określić stopień spełniania poszczególnych wymagań przez poradnie leczenia zeza;

- nie było możliwe oszacowanie wpływu projektowanych zmian na liczbę świadczeniodawców spełniających warunki realizacji świadczenia ani na zakres ewentualnego podwykonawstwa badań diagnostycznych;
- ze względu na brak danych dotyczących aktualnego stopnia spełniania projektowanych wymagań przez poszczególnych świadczeniodawców nie było możliwe wiarygodne oszacowanie kosztów inkrementalnych projektowanych zmian oraz przeprowadzenie klasycznej analizy porównawczej scenariusza obecnego i projektowanego.

W konsekwencji przedstawione oszacowania należy interpretować jako prognozę kosztów realizacji świadczenia przy założonej liczbie pacjentów i obecnym modelu finansowania, a nie jako ocenę dodatkowych nakładów niezbędnych do wdrożenia proponowanych zmian.

11. Piśmiennictwo

Problem zdrowotny	
MP	https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/chorobyoczu/neurookulistyka/zez/74735.zez [dostęp: 20.05.2026]
Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	
BOLTON NHS <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service, Ophthalmology (Eye Unit), https://www.boltonft.nhs.uk/services/ophthalmology/ [dostęp: 22.05.2026]
EO	Euro orthoptics, Professional Survey, Legal Surveys, https://euro-orthoptics.com/professional-survey/legal-surveys/ [dostęp: 30.06.2026]
MKUH NHS <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service, Squint information sheet, https://www.mkuh.nhs.uk/patient-information-leaflet/squint-information-sheet [dostęp: 22.05.2026]
MOH MV <i>Malediwy</i>	Ministry of Health, Minimum Standard for facilities providing ophthalmology and optometric services, https://health.gov.mv/storage/uploads/ZoW0EjoP/en6v5gtu.pdf [dostęp: 22.05.2026]
NHS WALES <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service, WGOS Mobile Services, https://www.nhs.wales/sa/eye-care-wales/wgos/eye-health-professional/wgos-mobile-services/ [dostęp: 22.05.2026]
NTH NHS <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service, Childhood Squint (strabismus), https://www.newcastle-hospitals.nhs.uk/resources/childhood-squint-strabismus/ [dostęp: 22.05.2026]
RHEEV <i>Irlandia</i>	Royal Victoria Eye & Ear Hospital, Squint Information Booklet, https://www.rveeh.ie/app/uploads/2017/04/squint.pdf [dostęp: 22.05.2026]
UMG <i>Niemcy</i>	Universitätsmedizin Göttingen, Schielen (Strabismus) und Neuroophthalmologie, Klinik für Augenheilkunde, https://augenklinik.umd.eu/patienten-besucher/erkrankungen/schielen/ [dostęp: 22.05.2026]
VA <i>Stany Zjednoczone</i>	U.S. Department of Veterans Affairs, Eye Clinic: Ophthalmology and Optometry Services design guide, https://www.cfm.va.gov/tit/dGuide/dgEye.pdf [dostęp: 22.05.2026]
Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	
AAO 2018	Christiansen S.P., Sprunger D.T., Melia M. et.al.; American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology. Strabismus PPP Panel. Esotropia and Exotropia Preferred Practice Pattern. Ophthalmology. 2017. https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2017.10.007 [dostęp: 21.05.2026]
AAO 2023	Dagi L., Velez F., Holmes J. et.al.: American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus Preferred Practice Pattern Adult Strabismus. 2023. https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/adult-strabismus-ppp-2023 [dostęp: 21.05.2026]
PTO 2022	Loba P., Gotz-Więckowska A., Hautz W., Bakunowicz-Lazarczyk A.: Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku zezu u dzieci. Klin Oczna. 2022;124(3):127–130. https://doi.org/10.5114/ko.2022.118848 [dostęp: 20.05.2026]
RCP 2012	The Royal College of Ophthalmologists. Guidelines for the Management of Strabismus in Childhood. London: RCOphth; 2012. https://www.rcophth.ac.uk/resources-listing/guidelines-for-the-management-of-strabismus-in-childhood/ [dostęp: 20.05.2026]
SCOP 2025	Loba P., Simiera J., Pawlak M. et.al.: Standardy postępowania w chirurgii leczeniu zezu u dzieci. Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich; 2025. https://scop.org.pl/wytyczne [dostęp 10.06.2026]

12. Załączniki

Załącznik 1. Opinie ekspertów klinicznych

Tabela 16 Opinie ekspertów klinicznych

Obszar	<u>Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki</u> konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	<u>Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	<u>Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz</u> kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	<u>Pani Joanna Zdylbel</u> prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
Proponowane warunki realizacji świadczenia „Porada specjalistyczna – leczenie zeza”				
Personel	Adekwatnie do potrzeb.	Nie przedstawiono stanowiska.	Personel pomocniczy to: ortoptystka, technik medyczny lub pielęgniarka.	Opinia negatywna w zakresie proponowanego określenia „jedna osoba personelu pomocniczego”. W świadczeniu dotyczącym leczenia zeza powinien zostać zachowany wymóg udziału osoby posiadającej kwalifikacje zawodowe ortoptysty albo zapis powinien zostać doprecyzowany wprost, że personel pomocniczy oznacza osobę posiadającą kwalifikacje do wykonywania badań i czynności ortoptycznych. Zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi wykonywanie przypisanych czynności w tym: a) wykonywania badań ortoptycznych i określonych badań okulistycznych, b) prowadzenia ćwiczeń ortoptycznych w niedowidzeniu, zezie i innych zaburzeniach mięśni gałkoruchowych oraz zaburzeniach widzenia obuocznego, c) dobierania pomocy optycznych i nieoptycznych do wykonywania ćwiczeń ortoptycznych, d) współpracy z pacjentem, lekarzem okulistą, optometrystą i zespołem terapeutycznym, e) prowadzenia profilaktyki dotyczącej narządu wzroku. Zastąpienie ortoptysty bliżej nieokreślonym personelem pomocniczym może obniżyć standard diagnostyki funkcjonalnej, szczególnie u dzieci.

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżkowskiej
Wypożyczenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Adekwatnie do aktualnych wymaganych i potrzeb diagnostycznych.		Uwaga do punktu dotyczącego tablic do oceny ostrości wzroku: Proponuję oprócz tablic rzutników optotypów z optotypami do oceny widzenia obuocznego. Proponuję dodać synoptofor (zalecany, lecz nie obowiązkowy).	Zakres wyposażenia należy uzupełnić i doprecyzować o narzędzia niezbędne do pełnej oceny ortoptycznej i funkcjonalnej, m.in. synoptofor, krzyż Maddoxa, pałeczkę Maddoxa, test Wortha, ekran Hessa, testy stereopsji oraz zestaw do oceny akomodacji i konwergencji. Samo posiadanie sprzętu okulistycznego i obrazowego nie zastępuje badania ortoptycznego. Nie rekomenduje się natomiast uwzględniania urządzeń, które nie stanowią obecnie standardowego wyposażenia poradni leczenia zezu i zaburzeń widzenia obuocznego, takich jak pleoptofor czy wizuskop.
Dostępność badań lub procedur medycznych	Adekwatnie do postępu w diagnostyce obrazowej w okulistyce.		Dostęp do badań obrazowych (TK lub MRI) w poradni leczenia zezu nie jest niezbędny, niezbędna jest możliwość skierowania do ośrodka wykonującego badania w ramach NFZ.	Dostęp do OCT, perymetrii, USG, TK, MRI i badań laboratoryjnych może być potrzebny w wybranych przypadkach, ale nie powinien przesłaniać podstawowego znaczenia diagnostyki czynnościowej. Warunki realizacji powinny jednoznacznie gwarantować pacjentowi dostęp do diagnozy ortoptycznej, a nie wyłącznie do badań strukturalnych lub obrazowych. Ponad to, badania TK i MR są odrębnie kontraktowane i finansowane bezpośrednio przez NFZ wykonawcy. Pacjent otrzymuje skierowanie i sam decyduje o miejscu ich wykonania.
Dodatkowe uwagi	-	-	-	Proponowana zmiana nie ma wyłącznie charakteru porządkującego. Usunięcie wymogu osoby posiadającej kwalifikacje ortoptysty może spowodować realne obniżenie jakości świadczenia oraz nierówny standard realizacji porad w różnych placówkach. Rekomenduje pozostawienie zapisu: „lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysta” albo „lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz osoboposiadająca kwalifikacje zawodowe ortoptysty”.

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
Obecne i potencjalne problemy związane z możliwością wprowadzenia wnioskowanego świadczenia	Obecne problemy: - o zbyt mała liczba specjalistów strabologów; - o zbyt niska wycena procedur diagnostycznych oraz zabiegów operacyjnych. Potencjalne problemy: - o proponowane zmiany wprowadzają ulepszenia i racjonalizację aktualnych potrzeb w temacie.	Obecne problemy: - o obecnie nie ma żadnych problemów z wykonywaniem porady w poradniach leczenia zezu. Potencjalne problemy: - o ekspertka nie przewiduje problemów, ponieważ większość poradni okulistycznych funkcjonujących z poradniami leczenia zezu posiada OCT, a pacjenci wymagający dodatkowych badań (CT, MRI) są kierowani do poradni przy szpitalach lub oddziałów zwłaszcza okulistyki dziecięcej.	Obecne i potencjalne problemy: konieczność zmiany organizacji pracy w niektórych ośrodkach, które prowadził leczenie zezu w ramach hospitalizacji. Konieczność dostosowania do nowych warunków świadczeń w ramach AOS – utworzenie gabinetów leczenia zezu w ramach AOS.	Obecne problemy: - o wielu poradniach diagnostyka zezu ograniczana jest do podstawowego badania okulistycznego, bez pełnej oceny widzenia obuocznego i funkcji wzrokowych, co ma szczególne znaczenie u pacjentów neurookulistycznych, zwłaszcza zgłaszających podwójne widzenie; - o brak odrębnego finansowania procedur ortoptycznych powoduje ograniczony dostęp pacjentów do kompleksowej diagnostyki i terapii. - o długi czas oczekiwania na wizyty skutkuje opóźnieniem rozpoznania niedowidzenia i zaburzeń widzenia obuocznego, co może prowadzić do trwałych następstw funkcjonalnych (w tym nieodwracalnej utraty widzenia stereoskopowego) znacznie wpływających na jakość życia i możliwość wykonywania wielu zawodów; - o w leczeniu szpitalnym powinna być wykonywana diagnoza oraz leczenie operacyjne, jeżeli jest konieczne, natomiast dalsza diagnostyka i ćwiczenia ortoptyczne realizowana powinny być w AOS; - o brak jednolitych standardów organizacyjnych dotyczących współpracy okulisty i ortoptysty. Obecne problemy dotyczą przede wszystkim nierównego standardu organizacji poradni leczenia zezu oraz niedostatecznego formalnego umocowania roli ortoptysty w AOS. W praktyce to ortoptysta wykonuje kluczowe elementy diagnostyki funkcjonalnej: ocenę ustawienia oczu, kontrolę zezu, widzenie obuoczne, fuzję, stereopsję, konwergencję, akomodację, zakresy fuzyjne, ryzyko niedowidzenia oraz monitorowanie efektów leczenia. Są to czynności wymagające specjalistycznego przygotowania i doświadczenia w pracy z dziećmi, pacjentami

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
				niewspółpracującymi oraz pacjentami z zaburzeniami widzenia obuocznego. Problemem nie jest udział ortoptysty, lecz brak wystarczająco jednoznacznego wskazania, że czynności ortoptyczne powinny być wykonywane przez personel z właściwymi kwalifikacjami. Potencjalne problemy: - brak formalnego uwzględnienia ortoptysty jako niezbędnego członka zespołu prowadzi do dużej nierówności jakości świadczeń pomiędzy placówkami; - część świadczeniodawców może wymagać okresu dostosowawczego do wdrożenia nowych wymogów sprzętowych; - proponowane zmiany obejmują wyłącznie porady specjalistyczne i diagnostykę. Leczenie zezu nie zawsze wymaga interwencji chirurgicznej. W wielu przypadkach postępowanie opiera się na leczeniu zachowawczym, obejmującym dobór korekcji okularowej, pryzmatów, okresową obserwację oraz monitorowanie parametrów ortoptycznych i funkcji widzenia obuocznego. Wyłączenie ćwiczeń ortoptycznych z koszyka świadczeń ograniczy możliwości kompleksowego leczenia tej grupy pacjentów i pozbawi wielu chorych dostępu do nieoperacyjnych form terapii oraz systematycznej opieki specjalistycznej; - Dodatkowo należy podkreślić, że wyposażenie wskazane w projekcie nie pozwala na przeprowadzenie pełnej i prawidłowej diagnostyki ortoptycznej. Diagnostyka pacjentów z zaburzeniami widzenia obuocznego, zezem czy niedowidzeniem wymaga specjalistycznego sprzętu, takiego jak synoptofor oraz testy oceniające widzenie stereoskopowe, fuzję, korespondencję siatkówkową i inne funkcje obuoczne. Samo badanie ostrości wzroku czy podstawowa ocena okulistyczna nie

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
				umożliwiają prawidłowego określenia rodzaju, wielkości i charakteru zezu ani zaplanowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Ograniczenie diagnostyki do wskazanego w projekcie wyposażenia może skutkować niepełną oceną stanu pacjenta i utrudniać wdrożenie właściwego leczenia oraz rehabilitacji wzrokowej; o rozpoznanie i kwalifikacja pacjenta do ćwiczeń ortoptycznych nie mogą opierać się wyłącznie na ocenie ostrości wzroku. Niezbędna jest pełna diagnostyka ortoptyczna. Leczenie zachowawczy jest ważnym elementem opieki nad pacjentem z zezem i niedowidzeniem. Wprowadzenie proponowanej zmiany może spowodować zastąpienie ortoptysty dowolną osobą personelu pomocniczego, bez gwarancji posiadania kwalifikacji do badania i terapii zaburzeń widzenia obuocznego. Może to prowadzić do niepełnej lub błędnej oceny funkcjonalnej, opóźnienia rozpoznania zezu, niedowidzenia, zaburzeń akomodacji i konwergencji, a także do nieprawidłowego planowania leczenia. Ryzyko jest szczególnie istotne u dzieci, u których czas wdrożenia właściwego postępowania ma bezpośredni wpływ na rokowanie. Zmiana może także obciążyć lekarzy okulistów dodatkowymi czynnościami, które obecnie wykonywane są przez wyspecjalizowanych ortoptystów.
Wpływ proponowanych zmian warunków realizacji świadczenia na dostęp pacjentów do diagnostyki i leczenia zezu na poziomie AOS	Jest to ułatwienie ze względu na brak konieczności wyposażania gabinetów w sprzęt, który wyszedł z użycia; stąd poprawi to dostęp do świadczeń.	Konieczność dostępu do badań obrazowych może jedynie wydłużyć kolejkę do tych badań, co należy przewidzieć podpisaniu umów NFZ z zakładami i pracownikami radiologicznymi.	Dostęp do badań obrazowych w poradni leczenia zezu nie jest niezbędny, niezbędna jest możliwość skierowania do ośrodka wykonującego takie badania w ramach NFZ. Wśród pacjentów zezujących (dzieci) konieczność wykonania badań obrazowych jest rzadka ok. 5-10%.	Wpływ proponowanych zmian na dostęp pacjentów należy ocenić ostrożnie. Formalnie zmiana może ułatwić spełnienie wymagań części świadczeniodawców, ponieważ zamiast ortoptysty wystarczyłaby jedna osoba personelu pomocniczego. Nie oznacza to jednak realnego zwiększenia dostępu do specjalistycznej diagnostyki i leczenia zezu. Dostępność świadczenia nie powinna być rozumiana wyłącznie jako liczba placówek spełniających minimalne wymogi formalne, ale

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- <u>Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżkowskiej
				jako dostęp do świadczenia realizowanego z odpowiednią jakością. W przypadku leczenia zezu kluczowe są badania funkcjonalne, których nie zastąpi samo zapewnienie dostępu do OCT, perymetrii, USG, TK czy MRI. Istnieje ryzyko, że w nowych warunkach wzrośnie liczba placówek formalnie spełniających wymagania, ale pacjent będzie miał ograniczony dostęp do właściwej oceny ortoptycznej. Rekomenduję utrzymanie wymogu udziału ortoptysty, przy jednoczesnym dopuszczeniu dostępu do badań obrazowych poza miejscem udzielania świadczenia, zgodnie ze standardem NFZ, jeżeli są one klinicznie uzasadnione. Utrzymanie wymogu udziału ortoptysty w realizacji świadczenia zwiększy jakość diagnostyki i leczenia pacjentów z zezem oraz pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie czasu pracy lekarza okulisty. W państwach takich jak Wielka Brytania, Francja, USA czy Australia ortoptyści samodzielnie wykonują znaczną część diagnostyki zaburzeń ruchomości oczu i widzenia obuocznego, stanowiąc niezbędne wsparcie dla lekarzy okulistów. Choć wdrożenie dodatkowych wymogów jak chociażby wyposażenie gabinetów w dodatkowy sprzęt ortoptyczny niezbędny do diagnostyki i prowadzenia ćwiczeń ortoptycznych czy zwiększenie roli ortoptysty w zakresie diagnostyki wzroku może wymagać okresu przejściowego, w perspektywie długoterminowej powinno poprawić dostępność świadczeń i skrócić ścieżkę diagnostyczną pacjentów.
Wpływ proponowanych zmian na jakość udzielanych świadczeń u pacjentów leczonych z powodu zezu w ramach AOS	Wprowadzenie warunku dostępu do nowych technologii diagnostycznych poprawi skuteczność diagnostyki pacjentów.	Konieczność skrócenia kolejek na badania tomografii i rezonansu magnetycznego. Nie będzie problemów z procedurami w ramach poradni leczenia zezu.	Wyłączenie leczenia zachowawczego zezu z hospitalizacji jest słuszne. Diagnostyka i wstępne leczenie zezu powinno odbywać się w AOS, kwalifikacja do leczenia operacyjnego również. Leczenie operacyjne zezu oczywiście w ramach hospitalizacji. Przesunięcie środków na leczenie zezu z hospitalizacji na AOS powinno polepszyć dostęp do diagnostyki i leczenia zezu i lepiej wykorzystać publiczne środki.	W mojej ocenie proponowana zmiana w zakresie personelu może negatywnie wpłynąć na jakość udzielanych świadczeń. Diagnostyka i leczenie zezu nie ograniczają się do badania okulistycznego i diagnostyki obrazowej. Wymagają szczegółowej oceny funkcji wzrokowych, w tym widzenia obuocznego, fuzji, stereopsji, akomodacji, konwergencji, zakresów fuzyjnych, kontroli ustawienia oczu oraz obecności lub ryzyka niedowidzenia. Są to obszary stanowiące

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- <u>Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżskowej
				podstawę pracy ortoptysty. Usunięcie wymogu udziału osoby posiadającej kwalifikacje ortoptyczne może skutkować spadkiem jakości diagnostyki funkcjonalnej, błędną kwalifikacją do leczenia, opóźnieniem terapii oraz większą liczbą powtórnych konsultacji. Szczególne znaczenie ma to w populacji pediatrycznej, gdzie badanie wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale także doświadczenia w pracy z małym pacjentem. Proponowana zmiana pomija fakt, że ortoptysta jest zawodem medycznym, a jego kompetencje nie sprowadzają się do pomocy lekarzowi w diagnostyce. W poradni leczenia zezu i niedowidzenia ortoptysta wykonuje specjalistyczne czynności diagnostyczne i terapeutyczne dotyczące widzenia obuocznego, niedowidzenia, akomodacji, konwergencji, fuzji oraz usprawniania funkcji wzrokowych. Istotne jest również, że ćwiczenia ortoptyczne funkcjonują jako procedura w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – ICD-9 95.35 „Ćwiczenia ortoptyczne”, grupa Z74. Potwierdza to, że działania ortoptyczne są samodzielnym elementem świadczeń AOS, a nie wyłącznie czynnością pomocniczą przy badaniu lekarskim. Jednocześnie uważam, że ćwiczenia ortoptyczne powinny być realizowane przede wszystkim w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w odpowiednio wyposażonych gabinetach ortoptycznych funkcjonujących przy poradniach. Pacjenci korzystający z ćwiczeń ortoptycznych co do zasady nie wymagają hospitalizacji, dlatego wykonywanie tych świadczeń w warunkach oddziału szpitalnego nie znajduje uzasadnienia organizacyjnego ani ekonomicznego. Świadczenia te powinny być realizowane w wyspecjalizowanych poradniach, które są najlepiej przygotowane do prowadzenia długoterminowej diagnostyki, terapii i monitorowania efektów leczenia. Należy podkreślić, że ćwiczenia ortoptyczne stanowią integralny element leczenia pacjentów z zezem, niedowidzeniem oraz zaburzeniami widzenia obuocznego. Ich usunięcie z koszyka świadczeń

Obszar	<u>Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki</u> konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	<u>Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	<u>Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz</u> kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	<u>Pani Joanna Zdybel</u> prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżkowskiej
				gwarantowanych NFZ mogłoby istotnie ograniczyć dostępność leczenia, a tym samym pozbawić wielu pacjentów, szczególnie dzieci, możliwości uzyskania świadczeń o udowodnionej skuteczności klinicznej. W konsekwencji mogłoby to prowadzić do pogorszenia efektów leczenia, wydłużenia procesu terapeutycznego oraz zwiększenia liczby pacjentów wymagających bardziej zaawansowanych i kosztownych form interwencji w przyszłości. W kolejnych etapach zmian systemowych zasadne byłoby natomiast przeprowadzenie aktualizacji wymagań dotyczących wyposażenia gabinetów ćwiczeń ortoptycznych, tak aby odpowiadały one współczesnym standardom diagnostyki i terapii. Równocześnie warto opracować jednolity ogólnopolski program postępowania i ćwiczeń ortoptycznych, oparty na aktualnej wiedzy medycznej i dobrych praktykach klinicznych. Pozwoliłoby to na ujednolicenie standardów opieki nad pacjentami oraz zapewnienie porównywalnej jakości świadczeń niezależnie od miejsca ich realizacji.
Szacunkowa liczebność populacji	Ok. 30-40 tys. w Polsce.	Wady wzroku i zez występują u ok. 15-20% dzieci w Polsce. Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 woj. wielkopolskiego wskazują, że ma 264 616 porad okulistycznych poniżej 18 roku życia 41 863 stanowiły porady w zakresie zaburzeń refrakcji i akomodacji, 357 upośledzenie widzenia i 5 757 z powodu zezu. Trudno przewidzieć jaka będzie dodatkowa liczba porad, ale nie wskazuje, że ulegnie zwiększeniu z powodu reorganizacji warunków realizacji świadczenia.	Nie posiadam danych na podstawie których mógłbym taką liczbę ocenić. Obecnie duża liczba pacjentów z zezem jest diagnozowana i leczona w ramach AOS.	Z uwagi na brak dostępu do pełnych danych sprawozdawczych NFZ nie jest w stanie precyzyjnie oszacować liczby pacjentów w I i II roku po wprowadzeniu zmian. W karcie świadczenia wskazano populację około 40 000 pacjentów rocznie. Przyjmując tę wartość jako punkt odniesienia, można szacować, że w I roku ze świadczenia może skorzystać około 40 000 pacjentów, a w II roku podobna liczba pacjentów, z możliwymi wahaniami wynikającymi z organizacji kontraktowania i dostępności poradni. Podana wartość ma charakter oszacowania własnego opartego na informacji zawartej w karcie świadczenia.
Mocne i słabe strony	Mocne strony: o pacjenci – uproszczenie procedur diagnostycznych, łatwiejszy dostęp do gabinetów strabologicznych;	Mocne strony: - o pacjenci – dokładna diagnostyka niedowidzenia i zezu; - o świadczeniodawcy – wcześniejsze wykrycie poważnych nieprawidłowości; - o płatnik – brak. Słabe strony:	Mocne strony: - o pacjenci – łatwiejszy dostęp, brak konieczności pozostania w szpitalu; - o świadczeniodawcy – przesunięcie sił i środków przeznaczonych na leczenie zezu w ramach hospitalizacji na leczenie innych	Mocne strony: - o pacjenci – możliwe zwiększenie liczby placówek formalnie spełniających warunki realizacji świadczenia; - o świadczeniodawcy – łatwiejsze spełnienie wymogów formalnych przez

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
	- o świadczeniodawcy – łatwiejsze wyposażenie gabinetów starbologicznych; - o płatnik – poprawa jakości świadczenia. Słabe strony: nie podano.	- o pacjenci – duże kolejki na badanie CT i MR; - o świadczeniodawcy – brak; - o płatnik – nieco większe nakłady finansowe na dodatkowe badania.	schorzeń naprawę wymagających hospitalizacji; - o płatnik – lepsze wykorzystanie środków na leczenie. Słabe strony: - o pacjenci – brak; - o świadczeniodawcy – konieczność przekwalifikowania lub zwolnienia części pracowników, którzy byli wykorzystywani do diagnostyki i leczenia zachowawczego zezu w ramach hospitalizacji; - o płatnik – brak.	część świadczeniodawców; możliwość uporządkowania wykazu sprzętu; - o płatnik – brak bezpośredniego zwiększenia finansowania - o świadczenia. Słabe strony: - o pacjenci – ryzyko obniżenia jakości diagnostyki i leczenia przez brak wymogu udziału ortoptysty; ryzyko opóźnienia rozpoznania zezu, niedowidzenia i zaburzeń widzenia obuocznego, szczególnie u dzieci. Przerwanie terapii u pacjentów. Nie każdy pacjent będzie mógł kontynuować leczenie odpłatnie; - o świadczeniodawcy – nieprecyzyjne określenie kwalifikacji personelu pomocniczego; nierówny standard świadczeń; ryzyko konieczności powtarzania badań i większe obciążenie lekarzy okulistów. Konieczność dostosowania organizacyjnego i sprzętowego; - o płatnik – pozorne oszczędności mogą skutkować kosztami odroczonej: późniejszym rozpoznaniem, dłuższym leczeniem, koniecznością dodatkowych konsultacji i utrwaleniem zaburzeń widzenia.
Dodatkowe uwagi	Podwyższenie wyceny procedur w ramach AOS oraz szpitalnictwa	Obecnie poradnie leczenia zezu przy szpitalach wykonują wszystkie procedury w rozszerzonym zakresie uwzględniając konieczność wykonywania OCT, MRI i CT. U małych dzieci badania te są wykonywane w znieczuleniu ogólnym i muszą być w procedurach szpitalnych a nie AOS.	Diagnostyka i leczenie zachowawcze zezu nie wymagają hospitalizacji, hospitalizacji jest niezbędna w leczeniu operacyjnym zezu. Dotyczy to tylko części pacjentów zezujących. Proponowane zmiany: przesunięcie diagnostyki i leczenia zachowawczego zezu do AOS jest słusznym kierunkiem. Zmiany te mogą powodować opór wśród personelu w ośrodkach dotychczas leczących zachowawczo zezu w ramach hospitalizacji. Ośrodki te będą musiały zmienić sposób organizacji – przesunąć lub zwolnić część zatrudnianego dotychczas personelu.	Za szczególnie istotne uważam formalne wskazanie ortoptysty jako personelu realizującego świadczenie „Porada specjalistyczna – leczenie zezu”. Ze względu na charakter schorzenia oraz obowiązujące standardy postępowania klinicznego diagnostyka i monitorowanie pacjentów z zezem wymagają wykonywania specjalistycznych badań ortoptycznych. W codziennej praktyce klinicznej to właśnie ortoptysta posiada kwalifikacje niezbędne do przeprowadzania tych procedur oraz oceny efektów leczenia. Brak jednoznacznego wskazania tego zawodu w warunkach realizacji świadczenia nie odzwierciedla rzeczywistej organizacji opieki nad pacjentami z zezem i może negatywnie wpłynąć na jakość

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżkowskiej
				udzielanych świadczeń. Nie sprzeciwiam się aktualizacji wymagań sprzętowych i organizacyjnych, jednak zdecydowanie nie zgadzam się na zastąpienie ortoptysty bliżej nieokreślonym personelem pomocniczym. Proponuję następujące brzmienie warunku dotyczącego personelu: „Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz ortoptysta” albo „Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe w zawodzie ortoptysty”. Alternatywnie można rozważyć zapis: „Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki oraz osoba wykonująca zawód medyczny posiadająca udokumentowane kwalifikacje i doświadczenie w zakresie diagnostyki i terapii ortoptycznej”. Określenie „personel pomocniczy” jest zbyt szerokie i nie daje gwarancji odpowiedniego poziomu merytorycznego świadczenia. Pragnę podkreślić, że poradnia leczenia zezu obejmuje nie tylko pacjentów z jawnym zezem, ale również osoby z niedowidzeniem, zezami ukrytymi, zaburzeniami widzenia obuocznego, niedomogą konwergencji, zaburzeniami akomodacji, obniżonymi zakresami fuzji czy zaburzeniami ruchomości oczu. Są to pacjenci wymagający kompleksowej diagnostyki okulistycznej i ortoptycznej oraz indywidualnie dobranego postępowania terapeutycznego, którym są ćwiczenia ortoptyczne. Ćwiczenia ortoptyczne nie mają na celu całkowite wyeliminowanie zezu. Ich głównym zadaniem jest poprawa funkcjonowania pacjenta, jakości widzenia, komfortu pracy wzrokowej, stabilności widzenia obuocznego, sprawności akomodacji i konwergencji oraz poprawa lub utrzymanie ostrości wzroku, szczególnie w przypadku współistniejącego niedowidzenia. Szczególnie ważną grupę stanowią dzieci z zezem i towarzyszącym niedowidzeniem jednego oka. Po badaniu okulistycznym, diagnostyce ortoptycznej oraz doborze odpowiedniej korekcji okularowej prowadzone są ćwiczenia ukierunkowane m.in. na stymulację oka niedowidzącego, poprawę ostrości wzroku, widzenia obuocznego, pracy

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- <u>Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyszkowej
				akomodacji. Takie postępowanie wymaga wiedzy i doświadczenia osoby posiadającej kwalifikacje ortoptyczne. Równie istotną grupę stanowią pacjenci z zezami ukrytymi, niedomogą konwergencji, zaburzeniami akomodacji, zaburzeniami widzenia obuocznego, ograniczonymi zakresami fuzji oraz zaburzeniami ruchomości oczu. W ich przypadku prawidłowo przeprowadzona diagnostyka ortoptyczna oraz odpowiednio zaplanowana terapia i ćwiczenia ortoptyczne mogą w istotny sposób poprawić komfort funkcjonowania, wydolność pracy wzrokowej z bliska, stabilność widzenia obuocznego oraz jakość życia. To właśnie w tej grupie pacjentów pozostawienie w koszyku świadczeń NFZ wyłącznie diagnostyki ortoptycznej, przy jednoczesnym usunięciu ćwiczeń ortoptycznych, może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania układu wzrokowego oraz ograniczenia skuteczności leczenia. Należy również podkreślić, że nie wszyscy pacjenci mają możliwość korzystania z terapii ortoptycznej finansowanej ze środków prywatnych, co może skutkować nierównym dostępem do świadczeń i pogłębieniem istniejących nierówności zdrowotnych. Z własnego doświadczenia zawodowego wiem, że szczególnie dobre efekty osiąga się u dzieci, u których diagnostyka i ćwiczenia ortoptyczne zostały wdrożone odpowiednio wcześniej. Zastąpienie ortoptystki bliżej nieokreślonym personelem pomocniczym może ograniczyć dostęp pacjentów do specjalistycznej oceny funkcjonalnej i ćwiczeń ortoptycznych, a w konsekwencji pogorszyć efekty leczenia, zwłaszcza w najmłodszej grupie pacjentów. W kontekście obowiązujących przepisów, w szczególności ustawy o niektórych zawodach medycznych, która określa zawód ortoptystki jako zawód medyczny o jasno zdefiniowanych kompetencjach zawodowych, zwracam uwagę na niespójność pomiędzy zakresem tych kompetencji, a proponowaną

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- Łazarczyk konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżskowej
				organizacją świadczeń. Do kompetencji ortoptystki należą między innymi działania diagnostyczne, prowadzenie oceny funkcji wzrokowych oraz udział w badaniach przesiewowych narządu wzroku (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz. U. poz. 626) określa szczegółowy wykaz czynności zawodowych w zawodzie ortoptystki). Tymczasem wymóg uzyskania skierowania od lekarza okulisty na diagnostykę ortoptyczną w praktyce ogranicza możliwość pełnienia przez ortoptystów roli specjalistów pierwszego kontaktu, szczególnie w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń wzrokowych u dzieci oraz realizacji badań przesiewowych. W mojej ocenie ortoptysta powinien być traktowany jako specjalista pierwszego kontaktu w obszarze diagnostyki zaburzeń widzenia obuocznego i funkcji wzrokowych. Dzięki posiadanym kwalifikacjom jest w stanie przeprowadzić wstępną ocenę pacjenta, zidentyfikować nieprawidłowości oraz skierować go do odpowiedniego specjalisty lub na dalsze etapy diagnostyki i leczenia. Dotyczy to między innymi dzieci z zezem wymagających konsultacji u okulisty specjalizującego się w strabologii, pacjentów wymagających diagnostyki i korekcji wad refrakcji, a także osób kwalifikujących się do ćwiczeń ortoptycznych. Takie rozwiązanie umożliwiłoby bardziej efektywne wykorzystanie kompetencji poszczególnych zawodów medycznych, skrócenie ścieżki diagnostycznej pacjenta oraz szybsze wdrażanie odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Obecny model, w którym dostęp do diagnostyki ortoptycznej wymaga wcześniejszej konsultacji okulistycznej, nie wykorzystuje w pełni potencjału tego zawodu medycznego i pozostaje w sprzeczności z kierunkiem zmian legislacyjnych zmierzających do zwiększania samodzielności zawodów medycznych oraz lepszego wykorzystania ich kompetencji w systemie

Obszar	Dr hab. n. med. Maciej Gawęcki konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki dla województwa pomorskiego	Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz- <u>Łazarczyk</u> konsultant wojewódzka w dziedzinie okulistyki dla województwa podlaskiego	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hautz kierownik Kliniki Okulistyki w Instytucie "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Pani Joanna Zdybel prezes Polskiego Towarzystwa Ortoptycznego im. prof. Krystyny Krzyżkowskiej
				ochrony zdrowia. Wprowadzenie możliwości bezpośredniego dostępu do diagnostyki ortoptycznej przyniosłoby wymierne korzyści zarówno pacjentom, jak i całemu systemowi. Pozwoliłoby na szybsze wykrywanie zaburzeń wzrokowych, wcześniejsze wdrażanie terapii oraz skuteczniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych. Jednocześnie odciążałoby lekarzy okulistów od części świadczeń diagnostycznych, które zgodnie z kompetencjami mogą być realizowane przez ortoptystów. W konsekwencji możliwe byłoby skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje okulistyczne, poprawa dostępności świadczeń dla pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia oraz bardziej racjonalne wykorzystanie środków publicznych. Należy podkreślić, że świadczenia realizowane przez ortoptystów generują niższe koszty niż konsultacje lekarskie, dlatego właściwe wykorzystanie kompetencji tego zawodu mogłoby przyczynić się do zmniejszenia kosztów ponoszonych przez NFZ przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej jakości opieki nad pacjentem. Jestem przekonana, że zwiększenie roli ortoptystów w systemie ochrony zdrowia, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie o niektórych zawodach medycznych, stanowiłoby rozwiązanie korzystne zarówno dla pacjentów, jak i dla płatnika publicznego oraz odpowiadałoby współczesnym standardom organizacji opieki okulistycznej i ortoptycznej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii eksperckich

Załącznik 2. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Organizacja, kraj, tytuł	Treść rekomendacji
Wytyczne dotyczące populacji dziecięcej	
SCOP 2025 Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich Standardy postępowania w chirurgicznym leczeniu zezu u dzieci. Metodyka: Wytyczne opracowano przez ekspertów z stowarzyszenia lekarzy okulistów jako dokument przedstawiający aktualną wiedzę specjalistyczną. Źródło finansowania i konflikt interesów: nie podano	<u>Ogólne zasady diagnostyki przedoperacyjnej</u> Rolą okulisty przy pierwszym kontakcie z dzieckiem zezującym jest wykonanie pełnego badania ogólnookulistycznego, obejmującego przedni i tylny odcinek oka. Następnie konieczne jest dokładne określenie wady refrakcji przy użyciu środków cykloplegicznych (1% cyklopentolat). Dalsze badania mogą być wykonane we współpracy z ortoptystą lub optometrystą, w zależności od istniejących możliwości. Do badań podstawowych, które należy wykonać u każdego dziecka z podejrzeniem zezu w celu postawienia wstępnego rozpoznania, należą: - o badanie ostrości wzroku (na standaryzowanych tablicach adekwatnych do wieku); - o badanie ruchomości gałek ocznych w 9 diagnostycznych kierunkach spojrzenia; - o badanie obecności zezu jawnego i ukrytego z użyciem jednostronnego i naprzemiennego testu zasłaniania do dali i bliży; - o ocena wyrównawczego ustawienia głowy, jego kierunku i wielkości; - o ocena stanu widzenia obuocznego z użyciem pryzmatów, testów na obecność fuzji, stereotestów i/lub synoptoforu. Do badań dodatkowych niezbędnych do prawidłowego zaplanowania leczenia zabiegowego należą: - o pomiary kątów zezu z użyciem pryzmatycznego testu naprzemiennego zasłaniania w 9 kierunkach spojrzenia i przy pochyleniu głowy; pomiar współczynnika akomodacji do konwergencji (AC/A) z soczewką +3,0 Dsph; - o w przypadku zezów sensorycznych (z niską ostrością wzroku w jednym oku) – ocena kąta zezu na podstawie refleksów rogówkowych (test Krimskiego); - o test adaptacji pryzmatycznej w celu ustalenia ryzyka dwojenia pooperacyjnego oraz wykrycia pełnego kąta zezu i oceny potencjału do widzenia obuocznego; - o pomiar skrócenia gałek ocznych metodami subiektywnymi (np. synoptofor, szkło Maddoxa) i obiektywnymi (ocena kąta tarczowo-plamkowego na dnie oka). Do badań rekomendowanych, ułatwiających planowanie zabiegu i leczenia niektórych form zezu, należą: - o subiektywny pomiar kątów zezu na synoptoforze lub ekranie Harmsa; - o badanie nietowarzyszenia na ekranach Hessa, Lancastera lub innych; - o badanie po przedłużonej jednoocznej okluzji (tzw. opatrunek Marlowa); - o ocena obszaru pola pojedynczego obuocznego spojrzenia na perymetrze Goldmana lub ekranie Harmsa. Wykonanie wszystkich wymienionych technik diagnostycznych nie jest konieczne w każdym przypadku. Należy jednak pamiętać, że podjęcie leczenia operacyjnego u dziecka zezującego musi być poprzedzone postawieniem pełnego rozpoznania w zakresie zezu poziomego oraz zjawisk towarzyszących (zespół A, V, zdysocjowane odchylenie pionowe (DVD) i inne). Warunkuje to prawidłowe ustalenie celów leczenia operacyjnego i dobrane adekwatnych jego metod.
PTO 2022 Polskie Towarzystwo Okulistyczne Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku zezu u dzieci Metodyka: Dokument opracowano przez ekspertów Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Leczenia Zeza PTO. Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji o źródłach finansowania. Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.	Badanie ogólnookulistyczne, obejmujące ocenę ostrości wzroku oraz ocenę przedniego i tylnego odcinka oka, powinno poprzedzać diagnostykę ortoptyczną w każdym przypadku podejrzenia zezu. <u>Podstawowe badanie ortoptyczne:</u> - ocena ostrości wzroku do dali i bliży (tablice optotypów); - ocena refrakcji; - badanie ruchomości gałek ocznych; - ocena forii i tropii z wykorzystaniem testu zasłaniania (cover test) do dali i bliży; - u małych dzieci dodatkowo test Brücknera lub test fuzji z pryzmatem. <u>W diagnostyce pogłębionej konieczne jest zastosowanie rozszerzonych badań ortoptycznych:</u> - pomiar kąta zezu z użyciem naprzemiennego pryzmatycznego cover testu; - ocena ruchomości gałek ocznych w 9 kierunkach spojrzenia (dukcji i wergencji) oraz preferencji fiksacji; - ocena wyrównawczego ustawienia głowy; - szczegółowa ocena widzenia obuocznego oraz adaptacji sensorycznej (supresja, dwojenie, nieprawidłowa korespondencja siatkówkowa), z wykorzystaniem listew pryzmatycznych, testów Wortha, Bagoliniego oraz synoptoforu. <u>W wybranych przypadkach diagnostykę uzupełnia się o badania specjalistyczne:</u> - ocena skrócenia gałek ocznych (subiektywnie – np. synoptofor, oraz obiektywnie – badanie dna oka); - badanie na ekranie Hessa lub Harmsa oraz analiza pola pojedynczego widzenia obuocznego (np. na perymetrze Goldmana); - test trzyetapowy Bielschowskiego-Parksa; - test adaptacji pryzmatycznej oraz badanie po przedłużonej okluzji. <u>Komentarz analityczny:</u> zalecenia wskazane jedynie w treści dokumentu, nie sformułowano siły zaleceń ani poziomu jakości dowodów.

AAO 2018 American Academy of Ophthalmology Esotropia and Exotropia Preferred Practice Pattern. Zbieżność i rozbieżność gałek ocznych, Zalecane postępowanie, Schemat postępowania Metodyka: Wytyczne opracowano na podstawie przeglądu literatury oraz procesu eksperckiego prowadzonego przez AAO. Dokument odwołuje się do metodologii SIGN i GRADE przy ocenie dowodów naukowych i formułowaniu rekomendacji, jednak w treści wytycznych nie przypisano poziomu jakości dowodów ani siły zaleceń do poszczególnych elementów diagnostyki i monitorowania. Źródła finansowania i konflikt interesów: Dokument został sfinansowany ze środków własnych AAO. Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.	Z uwagi na fakt, iż widzenie obuocznego u małych dzieci może ulegać szybkiemu pogorszeniu, niezbędna jest wczesna diagnoza i leczenie. Badanie pacjenta z zezem dziecięcym obejmuje pełen panel badań okulistycznych, uzupełnione o ocenę funkcji sensorycznych, motorycznych, refrakcyjnych i akomodacyjnych. <u>Kompleksowe badanie obejmuje:</u> - ocena widzenia obuocznego powinna być przeprowadzona przed pomiarem ustawienia oczu, z wykorzystaniem testów stereopsji, ponieważ badania z użyciem okluzji mogą wpływać na wyniki oceny funkcji obuocznego; - ocena ustawienia oczu obejmuje pomiar kąta odchylenia do dali i bliży przy użyciu testów zasłaniania oraz metod pryzmatycznych, umożliwiających określenie odchylenia całkowitego i jawnego; - ocena kontroli odchylenia stanowi istotny element diagnostyki i obejmuje analizę zdolności do utrzymania prawidłowego ustawienia oczu oraz zmienności odchylenia w czasie i w różnych warunkach; - ocena ostrości wzroku jest integralnym elementem badania okulistycznego; - ocena refrakcji w cykloplegii (retinoskopia) stanowi podstawowy element diagnostyki u dzieci z podejrzeniem zezu; - badanie dna oka powinno być wykonane w celu wykluczenia przyczyn sensorycznych zezu oraz patologii siatkówki i nerwu wzrokowego; - w przypadku ograniczonej współpracy pacjenta dopuszczalne jest szacowanie kąta odchylenia na podstawie refleksów rogówkowych lub ruchów refleksyjnych. <u>Monitorowanie pacjenta z zdiagnozowanym zezem:</u> - dzieci z zezem wymagają regularnych wizyt kontrolnych, mających na celu ocenę wielkości i częstości odchylenia, ostrości wzroku oraz funkcji widzenia obuocznego; - częstotliwość wizyt kontrolnych powinna być dostosowana indywidualnie, w zależności od wieku dziecka, możliwości uzyskania wiarygodnego pomiaru ostrości wzroku oraz stopnia kontroli odchylenia; - u dzieci z zezem stałym, słabo kontrolowanym lub po operacyjnym wystąpieniu esotropii zaleca się częstsze kontrole, ze względu na zwiększone ryzyko rozwoju niedowidzenia oraz pogorszenia stereopsji; - u dzieci z dobrze kontrolowanym zezem badanie kontrolne przeprowadza się zazwyczaj co 6-12 miesięcy, a wskazana częstość wizyt dotyczy wybranych pacjentów i nie stanowi uniwersalnego harmonogramu wizyt dla wszystkich dzieci z zezem. - w trakcie wizyt kontrolnych należy oceniać: - o częstość występowania odchylenia; - o stopień kontroli zezu; - o funkcję ruchową oczu; - o widzenie obuocznego; - o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych; - o konieczność modyfikacji korekcji refrakcyjnej. <u>Komentarz analityczny:</u> Pomimo zastosowania metodologii SIGN i GRADE na poziomie opracowania wytycznych, większość zaleceń diagnostycznych przedstawiono jako elementy standardowego postępowania klinicznego bez indywidualnego oznaczenia jakości dowodów lub siły rekomendacji.
RCO 2012 The Royal College of Ophthalmologists Guidelines for the Management of Strabismus in Childhood. Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku zezu u dzieci Metodyka: Wytyczne opracowano przez ekspertów Royal College of Ophthalmologists jako dokument przedstawiający aktualne zasady dobrej praktyki klinicznej w leczeniu zezu u dzieci. Źródła finansowania i konflikt interesów: nie podano	Diagnostyka zezu u dzieci powinna mieć charakter kompleksowy i obejmować ocenę funkcji wzrokowych, ustawienia oczu, widzenia obuocznego oraz pełne badanie okulistyczne. a) Ocena ostrości wzroku Zaleca się wykonywanie badania ostrości wzroku w każdym oku oddzielnie, stosując przy tym pełnej okluzji oka niebadanego, aby zapewnić wiarygodny pomiar. Dobór testu powinien być dostosowany do wieku dziecka: - testy preferencyjnego patrzenia, u dzieci w wieku 0-1 lat; - karty Cardiff, u dzieci w wieku 0-2 lata; - testy logMAR z niezatłoczonymi optotypami, u dzieci w wieku 18 miesięcy – 3 lata; - test logMAR z zatłoczonymi optotypami, u dzieci w wieku 2-4 lata; - test logMAR z zatłoczonymi literami, u dzieci w wieku powyżej 3 lat. Pomiar ostrości wzroku stanowi podstawę podejmowania decyzji terapeutycznych (np. leczenie niedowidzenia, kwalifikacja do leczenia operacyjnego). b) Ocena widzenia obuocznego Powinna obejmować zarówno komponent sensoryczny, jak i motoryczny. W wytycznych wymieniono następujące metody oceny: - test Worth 4 Dot (do bliży i dali); - test Bagolini; - testy stereoskopowe (TNO, Frisby, Randot, Lang); - badanie na synoptoforze. Dodatkowo ocenia się: - obecność i głębokość supresji (np. poprzez pasek Sbisza ang. <i>Sbisa bar</i>); - zdolność fuzji (np. test konwergencji z pryzmatem 20 PD lub pryzmaty regulowane);

	- ocena ustawienia oczu; - test z zakrywaniem/ odkrywaniem oka (ang. <i>cover/uncover test</i>); - test naprzemiennego zakrywania zarówno do dali i bliży (w przypadku celów bliskich może to być początkowo światło, jednak w celu zwiększenia bodźca akomodacyjnego należy zastosować cel akomodacyjny). Dokładny pomiar kąta zezu powinien być wykonany za pomocą testu z jednoczesnym zakrywaniem pryzmatów (ang. <i>prism cover test, PCT</i>), oraz testu z naprzemiennym zakrywaniem pryzmatów (alternate prism cover test, APCT). Badanie może być rozszerzone do różnych kierunków spojrzenia (9 pozycji), a także powinno uwzględniać ocenę dominacji oka, kontroli zezu oraz obecności charakterystycznych wzorców (np. „A” lub „V” oraz rozdzielone odchylenie pionowe). c) Ocena ruchów gałek ocznych Badanie powinno obejmować ocenę: - wersji (ruchów skojarzonych gałek ocznych) oraz dukcji (ruchów jednoocznych); - konwergencji (np. z użyciem linijki RAF); - ruchów sakkadowych (szybkich ruchów skokowych) oraz ruchów podążania (ruchów śledzących); - szczególnie przydatne w wybranych przypadkach neurologicznych; - obecności oczopląsu. Zaleca się dokumentowanie wyników w formie schematycznej, co stanowi standard dobrej praktyki klinicznej. d) Badanie okulistyczne Powinno obejmować: - ocenę źrenic (w tym RAPD); - badanie dna oka po rozszerzeniu źrenic; - ocenę nerwu wzrokowego i siatkówki. e) Badania dodatkowe W wybranych przypadkach stosuje się badania uzupełniające, takie jak: - elektretinografia (ERG); - badanie na ekranie Leesa (ang. <i>Lees screen</i>), rzadziej stosowane u dzieci; - ocena fiksacji dna oka przy pomocy oftalmoskopu (np. w mikrotropii); - refrakcja (standard obowiązkowy). Refrakcja u dzieci zwykle wymaga pełnej cykloplegii (najczęściej wykonywana metodą retinoskopii). Badanie powinno być powtarzane okresowo (zwykle co 12 miesięcy). f) Warunki i standardy organizacyjne Diagnostyka powinna być przeprowadzana w odpowiednich warunkach: - zapewniających koncentrację dziecka (kontrola oświetlenia, minimalizacja bodźców); - z dostępem do pełnego zestawu sprzętu ortoptycznego i okulistycznego; - z udziałem zespołu specjalistów (okulista, ortoptysta, optometrysta). <i>Komentarz analityczny: Elementy diagnostyki zezu przedstawione w wytycznych mają charakter standardu postępowania klinicznego i nie są klasyfikowane według poziomu siły dowodów.</i>
Wytyczne dotyczące populacji dorosłych	
AAO 2023 American Academy of Ophthalmology Adult Strabismus Preferred Practice Pattern. Zezu u dorosłych, Zalecane praktyki, Schemat postępowania. Metodyka: Do oceny jakości poszczególnych badań wykorzystano skalę SIGN, natomiast do określenia jakości całokształtu dowodów i siły rekomendacji zastosowano metodologię GRADE. Źródła finansowania i konflikt interesów: Dokument został sfinansowany ze środków własnych AAO. Część autorów deklaruje brak konfliktu interesów.	Celem diagnostyki zezu u dorosłych jest określenie jego etiologii. Istotne jest przeprowadzenie pogłębionego wywiadu medycznego, który powinien obejmować takie kwestie jak: - o czy zez ma charakter nagły (może wskazywać na przyczynę neurologiczną) czy przewlekły; - o czy towarzyszy mu двоjenie (diplopia) i w jakich warunkach się pojawia; - o czy pacjent miał zez w dzieciństwie lub był operowany; - o czy występują choroby ogólne (np. neurologiczne, tarczycowe, miastenia). Zalecane elementy w diagnostyce zezu: 1) <u>Ocena ostrości wzroku i funkcji widzenia</u> a) Przydatny sprzęt: - o tablice do oceny ostrości wzroku; - o zestaw korekcji próbnej (kaseta szkieł oraz oprawki próbne). b) Zakres badania: - o pomiar ostrości wzroku do dali i bliży; - o ocena wpływu refrakcji na ustawienie oczu; - o wykonanie refrakcji subiektywnej i w cykloplegii. 2) <u>Badanie przedniego i tylnego odcinka oka</u> a) Zakres badania: - o ocena struktur przedniego odcinka oka; - o badanie dna oka (w tym pomiar siatkówki i ew. torsji). 3) <u>Ocena ustawienia oczu (kąt zezu)</u> a) Przydatny sprzęt: - o zasłonka okulistyczna;

	- o cel fiksacyjny np. pałeczka, punkt świetlny; - o zestaw pryzmatów np. szkła pryzmatyczne. b) Zakres badania: - o test zasłaniający (ang. cover-uncover); - o test naprzemienny (ang. alternate cover test); - o pomiar kąta zezu z użyciem pryzmatów. 4) <u>Ocena widzenia obuocznego i fuzji</u> a) Przydatny sprzęt: - o testy widzenia obuocznego (co najmniej jeden rodzaj). b) Zakres badania: - o ocena zdolności do fuzji; - o ocena stereopsji (widzenia przestrzennego); - o wykrywanie supresji lub nieprawidłowej korespondencji siatkówkowej. 5) <u>Testy specjalistyczne w zaburzeniach motoryki</u> a) Przydatny sprzęt (w zależności od przypadku) - o pręty Maddoxa; - o ekran Hessa; - o test Lancastera. b) Zakres badania: - o ocena diplopii; - o analiza torsji ocznej; - o precyzyjne mapowanie zaburzeń mięśniowych. 6) <u>Pomocne w ocenie badania obrazowe:</u> a) Przydatny sprzęt (zależnie od dostępu): - o tomografia komputerowa; - o rezonans magnetyczny; - o ewentualnie OCT, USG. b) Zakres badania: - o ocena struktur oczodołu; - o ocena mięśni zewnątrzgałkowych; - o diagnostyka zmian neurologicznych. <i>Komentarz analityczny: opisane elementy diagnostyki mają charakter praktycznych zaleceń dotyczących badania klinicznego; dla poszczególnych procedur nie podano odrębnie siły zaleceń ani poziomu jakości dowodów.</i>
--	--

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Załącznik 3. Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

Kraj	Zakres świadczenia oraz jego organizacja	Personel	Wypożyczenie w sprzęt	Dostęp do badań/procedur
Austria	b.d.	Każdy lekarz może skierować pacjenta do ortoptysty. [EO]	b.d.	b.d.
Belgia	b.d.	Do ortoptysty pacjenta może skierować lekarz okulista, a w ramach badań przesiewowych inni lekarze. [EO]	b.d.	b.d.
Dania	b.d.	Każdy lekarz może skierować pacjenta do ortoptysty. [EO]	b.d.	b.d.
Francja	b.d.	Bezpośredni dostęp do świadczeń udzielanych przez ortoptystę – recepta lekarska lub bezpośredni dostęp do badań wzroku i wymiany okularów [EO]	b.d.	b.d.
Grecja	b.d.	Do ortoptysty pacjenta może skierować m.in. lekarz okulista, lekarze neurolog i lekarz endokrynolog. [EO]	b.d.	b.d.

Kraj	Zakres świadczenia oraz jego organizacja	Personel	Wyposażenie w sprzęt	Dostęp do badań/procedur
Irlandia	Świadczenie okulistyczne udzielane pacjentom pediatrycznym z zezem. [RHEEV]	- o Lekarz okulista – odpowiedzialny za ogólną opiekę okulistyczną; przeprowadza badania oczu; przepisuje okulary. - o Ortoptysta – monitorowanie i doradzanie w sprawie ewentualnego leczenia z użyciem opaski na oko; może również doradzić w sprawie ćwiczeń niezbędnych do kontroli zezu. - o Optyk/optometrysta – zapewni okulary i poinformuje, gdy konieczne będą zmiany [RHEEV]	b.d.	b.d.
Malediwy	Świadczenie okulistyczne [MOH MV]	- o Lekarz okulista, - o Optometrysta, - o Pielęgniarka, - o Personel administracyjny, - o Placówka powinna dysponować minimalną liczbą pracowników administracyjnych niezbędną do sprawnego funkcjonowania. [MOH MV]	Centrum optometrii/okulistyki: - o Lampa szczelinowa, - o Foropter, - o Keratometr/lensometr - o Autorefraktometr - o Retinoskop - o Tonometr, - o Skrzynka z tablicami do badania ostrości wzroku, - o Tomograf. Centra chirurgii okulistycznej: - o Mikroskop operacyjny, - o Laser YAG, - o Zestawy chirurgiczne (np. do leczenia zaćmy), - o Sprzęt do resuscytacji, - o Systemy podawania tlenu na salach operacyjnych. [MOH MV]	- o Badania wzroku, - o Wystawianie recept na okulary, soczewki - o Leczenie chorób oczu w ramach kompetencji pracownika służby zdrowia, - o Możliwość wykonywania drobnych zabiegów, - o Sala operacyjna – w zależności od zakresu operacji, - o Opieka w nagłych wypadkach, w tym leczenie wstrząsu anafilaktycznego. [MOH MV]
Niemcy	Kompleksowe świadczenie okulistyczne obejmujące diagnostykę i leczenie zezu u dzieci i dorosłych. [UMG]	Każdy lekarz może skierować pacjenta do ortoptysty. [EO]	b.d.	- o Badanie ostrości wzroku u dzieci i dorosłych, - o Obiektywne określanie refrakcji (skiaskopia), - o Badanie funkcji obuocznego, - o Pomiar kąta zezu we wszystkich polach widzenia, - o Analiza ruchliwości, - o Pomiar amplitudy akomodacji, - o Pupilografia i diagnostyka źrenic, - o Badanie źrenicy po podaniu wpływem leków, - o Elektrofizjologia (ERG, mfERG, EOG, VEP),

Kraj	Zakres świadczenia oraz jego organizacja	Personel	Wypożyczenie w sprzęt	Dostęp do badań/procedur
				Test widzenia kolorów. [UMG]
Stany Zjednoczone	Świadczenie okulistyczne udzielane weteranom. [VA]	b.d.	Gabinet wstępnej diagnostyki okulistycznej: - Stół okulistyczny z narzędziami, - Autorefraktor okulistyczny, - Lensometr, - Tester ostrości wzroku wykorzystujący technologię wideo i mikroprocesorową, - Tonometr bezkontaktowy, - Ultradźwiękowy pachymetr, - Komputerowy system mapowania rogówki, - Foropter. Gabinet okulistyczny: - Lensometr, - Lampa szczelinowa z tonometrem aplanacyjnym, - Dwuoczny oftalmoskop pośredni, - Oftalmoskop bezpośredni, - Keratometr/oftalometr, - Tester ostrości wzroku wykorzystujący technologię wideo i mikroprocesorową, - Retinoskop, - Zestaw oprawek, - Miernik odległości między źrenicami, - Stojak na przyrządy okulistyczne, - Ultradźwiękowy pachymetr, - Foropter. Gabinet tomografii - OCT. Gabinet diagnostyki obrazowej: - Komputerowy system mapowania rogówki, - Mikroskop odbiciowy. [VA]	b.d.
Wielka Brytania	Świadczenie udzielane populacji pediatrycznej. [MKUH NHS]	- Ortoptysta – specjalizuje się w ocenie ostrości widzenia pacjenta oraz koordynacji pracy jego oczu; przeprowadzi on pomiary w celu określenia rodzaju i stopnia zeza. - Optometrysta – wykonuje badania refrakcji w celu ustalenia, czy konieczne jest zastosowanie okularów; sprawdzają również stan tylnej części gałki ocznej (badanie	b.d.	b.d.

Kraj	Zakres świadczenia oraz jego organizacja	Personel	Wyposażenie w sprzęt	Dostęp do badań/procedur
		siatkówki); badania te mogą wymagać zastosowania kropli rozszerzających źrenice. ○ Lekarz okulista – przeprowadzi operację, jeśli uzna, że w przypadku pacjenta wskazana jest operacja zeza. [MKUH NHS] ○ Pielęgniarka pediatryczna – podczas wizyty dziecka u lekarza może być obecna pielęgniarka pediatryczna. ○ Pielęgniarka noworodków – może wspierać zespół okulistyczny w przeprowadzaniu badań oraz udzielać wsparcia osobiście lub telefonicznie w kwestiach związanych z leczeniem dziecka, zwłaszcza w zakresie noszenia okularów lub opaski na oko. [NTH NHS]		
	○ Świadczenie udzielane w <i>Eye Unit</i> zapewnia specjalistyczną opiekę dorosłym i dzieciom cierpiącym na różnorodne schorzenia oczu. ○ W <i>Eye Unit</i> przyjmuje się pacjentów w każdym wieku, zarówno z nagłymi, jak i przewlekłymi dolegliwościami oczu m.in.: problemy z mięśniami lub ruchami gałek ocznych, ból oczu, przewlekłe schorzenia oczu, problemy związane z ogólnym stanem zdrowia, takie jak udar mózgu lub stwardnienie rozsiane, zmiany w widzeniu. [BOLTON NHS]			○ Specjalistyczne badania obrazowe, ○ Badania wzroku i mięśni gałki ocznej, ○ Badania pola widzenia. [BOLTON NHS]
	○ W ramach Ogólnych Usług Okulistycznych Walii (ang. Wales General Ophthalmic Services, WGOS) dostępne są również usługi mobilne. ○ Pacjenci mają prawo do skorzystania z usług mobilnych, jeśli nie są w stanie opuścić domu bez opieki. ○ Głównym celem mobilnych usług WGOS jest zapewnienie bezpiecznej i skutecznej opieki okulistycznej osobom, których sytuacja uniemożliwia lub sprawia, że korzystanie z opieki w gabinecie okulistycznym jest nieuzasadnione.	b.d.	○ Tablica do badania widzenia z daleka, ○ Sprzęt do badania widzenia z bliska, ○ Oprawki próbne i akcesoria oraz/lub głowica do foroptera, ○ Retinoskop, ○ Sprzęt do badania widzenia obuocznego z daleka i z bliska, ○ Lensmetr, ○ Oftalmoskop bezpośredni, ○ Lampa szczelinowa, ○ Sprzęt umożliwiający obuoczne oglądanie dna oka,	b.d.

Kraj	Zakres świadczenia oraz jego organizacja	Personel	Wypożyczenie w sprzęt	Dostęp do badań/procedur
	[NHS WALES]		○ Tonometr aplanacyjny typu Goldmana, ○ Sprzęt do badania wzroku odpowiedni do badania dzieci, ○ Sprzęt do badania widzenia stereoskopowego ○ Sprzęt do badania widzenia barw ○ Tablica Amslera, ○ Urządzenie do badania pola widzenia, ○ Sprzęt do usuwania ciał obcych z oczu. [NHS WALES]	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT