



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 140/2018 z dnia 24 lipca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne
wykrywanie i rehabilitacja wad wzroku wśród uczniów pierwszej
klasy szkoły podstawowej na lata 2019 - 2021” realizowanego przez:
województwo zachodniopomorskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Wczesne wykrywanie i rehabilitacja wad wzroku wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej na lata 2019 - 2021” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania i rehabilitacji wad wzroku wśród dzieci. Niemniej jednak w celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej modyfikacje dotyczące poszczególnych elementów programu.

Zaproponowane w projekcie cele programowe wymagają przeformułowania zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności zdefiniowano poprawnie.

W odniesieniu do populacji docelowej programu i niektórych planowanych interwencji należy wskazać, że aktualne rekomendacje/wytyczne z zakresu badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci, nie są zgodne co do wieku populacji oraz rodzaju badania jakie należy w niej wykonać. Warto także zwrócić uwagę, że istnieje ryzyko powielania świadczeń w zakresie konsultacji okulistycznych i niektórych badań diagnostycznych.

Monitorowanie i ewaluację programu zaplanowano w sposób poprawny.

Budżet programu opracowano w sposób szczegółowy. Jednakże w projekcie nie wskazano kwoty przeznaczonej na koszty pośrednie, co wymaga wyjaśnienia.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację zaplanowanych działań wynosi 7 980 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej częściowo wpisuje się w priorytet zdrowotny: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469). Opis problemu zdrowotnego został opisany prawidłowo. W projekcie odniesiono się także do sytuacji epidemiologicznej w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z danymi na podstawie map potrzeb zdrowotnych w 2014 r. w Polsce odnotowano 334,6 tys. hospitalizacji z powodu analizowanych rozpoznań, zaś w województwie zachodniopomorskim 17,4 tys. hospitalizacji. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 1 017,49, co było 3 wartością wśród województw. Z kolei liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych wyniosła 1 119,1, a w przeliczeniu na 100 tys. dzieci 537,8 i były to odpowiednio 5 i 2 największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „poprawa stanu zdrowia związanego z funkcjonowaniem narządu wzroku u dzieci, poprzez edukację zdrowotną, wczesne wykrywanie oraz leczenie wad wzroku wśród uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej w województwie zachodniopomorskim w latach 2019-2021”. Należy zaznaczyć, że cel główny nie jest w pełni zgodny z zasadą SMART. Cel nadrzędny powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Założenie główne jest trudne do zmierzenia. Brakuje określenia wartości poszczególnych punktów (edukacji, wykrywalności), które mają wpływać na jego poprawę. Nie jest również jasne w jak dużym stopniu wzrost świadomości społecznej czy też wzrost wykrywalności będzie korelować z celem głównym.

Wskazano także 4 cele szczegółowe, które stanowią uzupełnienie założenia głównego. Trzy z nich nie zostały określone w czasie. Ponadto niezrozumiałym jest sformułowanie ostatniego z celów jako „zwiększenie (...) liczby dzieci ze skorygowanymi wadami wzroku”. Należy jasno określić, co zamierza się osiągnąć realizując powyższy cel. W projekcie programu, w którym głównym założeniem są działania edukacyjne i prowadzenie badań przesiewowych, celem może być wzrost wykrywalności lub świadomości dzieci na temat wad wzroku. Należy zwrócić uwagę, że interwencja w postaci szkoleń wśród personelu pielęgniarskiego nie ma odzwierciedlenia w celach programu, co należy uzupełnić.

Mierniki efektywności zdefiniowano poprawnie. Mają one charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy oraz odnoszą się do wszystkich zaplanowanych interwencji.

Populacja docelowa

Program adresowany jest do kilku grup odbiorców. Pierwszą i zarazem podstawową są dzieci uczęszczające do I klas szkół podstawowych na terenie województwa zachodniopomorskiego, u których będzie prowadzona kampania edukacyjna, badanie skryningowe oraz w razie konieczności – wizyta okulistyka. W programie określono kryteria kwalifikacji. Na etapie edukacji i badania przesiewowego do programu zostanie włączonych ok. 33 140 dzieci co stanowi 100% populacji 5 i 6 latków na podstawie danych GUS za 2017 r. Działania wśród dzieci będą prowadzone w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020. Jednak należy zwrócić uwagę, że w projekcie brak jest informacji jakie czynności będą podejmowane w 2021 r. mając na uwadze, że do programu nie zaplanowano włączenia dzieci mających obecnie 4 lata.

Do kolejnego etapu czyli pogłębionej diagnostyki w ramach konsultacji okulistyki zostanie włączonych ok. 6 495 dzieci (20% populacji). Szacunki opierają się na dostępnych danych epidemiologicznych w zakresie chorób narządu wzroku (Czepita 2007, Szaflik 2004).

Rekomendacje/wytyczne z zakresu badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci, nie są zgodne co do wieku populacji oraz rodzaju badania jakie należy w niej wykonać. Większość wytycznych zaleca przeprowadzanie badań przesiewowych wzroku w populacji dzieci w wieku 3-6 lat. Narodowy Panel Ekspertów (The National Center for Children's Vision and Eye Health NCCVEH 2015A) rekomenduje przeprowadzanie corocznego skryningu w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku od 3 do poniżej 6 lat. UK National Screening Committee (UK NSC 2013) rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat. Natomiast U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2017) rekomenduje przeprowadzanie badań przesiewowych wzroku wśród wszystkich dzieci przynajmniej raz między 3 a 5 r.ż. w celu wykrycia obecności amblyopii lub jej czynników ryzyka. Część wytycznych wskazuje za zasadne prowadzenie skryningu również w wybranej w projekcie grupie wiekowej 7 lat (Canadian Paediatric Society CPS 2016, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus AAPOS 2014B).

Kolejną grupą odbiorców programu mają być rodzice/opiekunowie prawni dzieci, dla których zaplanowano działania edukacyjne (minimum jeden rodzic każdego dziecka czyli łącznie minimum 33 140 osób).

Poza populacją dzieci i rodziców, program w części edukacyjnej ma także być skierowany do personelu pielęgniarskiego/pedagogicznego (nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej, pielęgniarki POZ, pielęgniarki nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne). Zaplanowano włączenie ok. 300 osób z personelu pielęgniarskiego oraz do 3 nauczycieli z każdej szkoły, czyli minimum 504, a maksimum 1 512 nauczycieli.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano realizację następujących interwencji:

- Moduł I: szkolenie nauczycieli nauczania wczesnoszkolnego, pielęgniarek POZ, pielęgniarek nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych;
- Moduł II: działania informacyjno-edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci;
- Moduł III: działania informacyjno-edukacyjne prowadzone wśród uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej;
- Moduł IV: badania skryningowe wśród dzieci wykrywające:
 - zaburzenia ostrości wzroku (tablice Sloana, tablica LEA Symbols);
 - zeza (test Cover, test Hirschberga);
 - zaburzenia widzenia stereoskopowego (test czterech świateł Wortha, test Muchy);
- Moduł V: pogłębione badania diagnostyczne.

Działania zaplanowane w ramach szkolenia nauczycieli i personelu medycznego zaplanowano poprawnie. Wskazano czas trwania i liczbę spotkań, liczebność grup oraz osoby odpowiedzialne za prowadzenie zajęć szkoleniowych. Odnalezione dowody naukowe i eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia ww. szkoleń. Wytyczne podkreślają, że wymagany jest udział przeszkolonego i certyfikowanego personelu medycznego, pozyskanie odpowiedniej przestrzeni oraz sprzętu, a także odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań rodzinie, POZ, a także szkołom i odpowiednim instytucjom państwowym (NCCVEH 2015A, UK NSC 2013, oyal College of Ophthalmologists/ Ophthalmic services for Children RCO/OSC 2009).

Przewidziane w programie działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci są zgodne z podejściem prezentowanym w wytycznych. Rodzic powinien być świadomy zagrożeń związanych z wadami wzroku u dziecka i sprawnie reagować w przypadku zauważenia niepokojących objawów (NCCVEH, 2015A, R RCO/OSC, 2009). Eksperci kliniczni także zwracają uwagę na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych wśród rodziców.

Odnosząc się do edukacji, która ma być prowadzona wśród uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej należałoby także wskazać, czy dane zajęcia będą prowadzone w czasie pozalekcyjnym czy też w ramach zajęć szkolnych. Odnalezione dowody naukowe (Dean 2015) wskazują, że stosowanie działań edukacyjnych wśród dzieci zwiększa ich chęć do późniejszej współpracy z lekarzem okulistą w dalszym okresie rozwojowym, co ułatwia leczenie wad wzroku.

Podsumowując interwencje w zakresie edukacji należy wskazać, że edukacja zdrowotna zarówno dzieci, jak i ich rodziców/ opiekunów prawnych oraz wychowawców przedszkolnych stanowi swego rodzaju wartość dodaną programu. Dowody naukowe (Dean 2015) podkreślają istotne znaczenie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów i nauczycieli ww. populacji dzieci.

W ramach badań przesiewowych przewidziano wykrywanie trzech rodzajów zaburzeń funkcjonowania narządu wzroku: ostrości widzenia, występowania zezów oraz widzenia stereoskopowego.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe (USPSTF 2017, CPS 2016, NCCVEH 2015, AAPOS 2014, UK NSC 2013, RCO/OSC 2009), a także eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej. Warty podkreślenia jest fakt, że wytyczne nie są spójne w zakresie stosowania metod dotyczących wykrywania danych zaburzeń narządu wzroku. Należy również pamiętać o wspomnianym w niniejszej opinii braku zgodności wytycznych w kwestii wieku dzieci, u których powinny być prowadzone badania skryningowe.

Do badania ostrości widzenia zaplanowano wykorzystanie tablic Sloan'a oraz LEA Symbols. Tablice Sloan'a oraz LEA Symbols służą do odczytywania optotypów sprawdzających ostrość wzroku m.in. kształtów (kwadrat, koło, domek lub tumbling E – tablica z optotypami w kształcie litery E) czy też liter. Należy zauważyć, że gdy dziecko jest już w stanie słownie rozróżniać litery, zaleca się stosowanie tablic z literami Sloan'a (AAPOS 2014A). Zasadność stosowania tablic LEA również znajduje potwierdzenie w wytycznych CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A. Zakresy wiekowe stosowania tablic LEA są różne. W przypadku wytycznych CPS 2016 – ≥ 3 r.ż., NCCVEH 2015A – 3-6 r.ż., AAPOS 2014A – wiek przedszkolny.

W przypadku testów, które mają być zastosowane do wykrycia zezów (Cover oraz Hirschberga) wytyczne Instytutu Matki i Dziecka (IMD 2002) zalecają je u dzieci 6 letnich. Jeśli nie wykonano testu w tym u dziecka w 6 r.ż. należy go wykonać u ucznia klasy I szkoły podstawowej. Natomiast wytyczne CPS 2016 sugerują zastosowanie tych testów u dzieci już od 6 m.ż. Rekomendacje PTOrt 2016 określają, że test Cover powinien być obligatoryjny, natomiast test Hirschberga w przypadku wykrywania zezów – zalecany.

Zaburzenia widzenia stereoskopowego mają być wykrywane za pomocą testu czterech świateł Wortha oraz testu Muchy. Wytyczne PTOrt 2016 wskazują na zasadność stosowania testu czterech świateł Wortha jako metody obligatoryjnej w przypadku próby określenia wad związanych z widzeniem przestrzennym. W przypadku testu Muchy, należącego do grupy tzw. stereotestów, wytyczne NCCVEH 2015 wskazują stosowanie stereotestów jako metody akceptowalnej, jednak tylko jako testy dodatkowe dla badań ostrości wzroku lub badań przy użyciu autorefraktometrów. Natomiast ocena widzenia przestrzennego z zastosowaniem testu Muchy jest rekomendowana przez PTOrt 2016 jako badanie podstawowe z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku/chorób oczu u dzieci.

W przypadku wykrycia któregośkolwiek z wyżej opisanych zaburzeń narządu wzroku, koordynator programu skieruje dziecko do konsultacji okulistycznej. Przedstawione działania pozostają w zgodzie z wytycznymi NCCVEH 2015, które podkreślają, że w przypadku dzieci, które uzyskały nieprawidłowy wynik badania przesiewowego, najlepszą praktyką jest skierowanie ich do specjalisty oraz dalsze, kompleksowe badania wzroku wykonywane przez optometrystów lub okulistów.

W ramach ostatniego modułu programu każdemu dziecku, ze stwierdzonymi nieprawidłowościami widzenia, zapewnione ma być specjalistyczne badanie diagnostyczne, finansowane w ramach programu, celem dokładnej diagnozy wzroku. W przypadku stwierdzenia konieczności korekcji wady

wzroku za pomocą soczewek rodzic będzie mógł otrzymać dofinansowanie do szkielek korekcyjnych z oprawkami dla dziecka.

Jak wskazują m.in. wytyczne CPS 2016 czy NCCVEH 2015, każde dziecko z nieprawidłowościami stwierdzonymi w badaniu wzroku, lub które nie przeszło pozytywnie badań przesiewowych wzroku, powinno zostać skierowane na dalszą diagnostykę. Dzieci z dodatkowymi czynnikami ryzyka, jak np. opóźnienie w rozwoju, powinny zostać przebadane przez wysoko wyspecjalizowanych okulistów.

Należy podkreślić, że istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych w zakresie konsultacji okulistycznych i niektórych zaplanowanych badań diagnostycznych. Zatem należałoby w ramach kryteriów kwalifikacji wykluczyć osoby już objęte opieką okulistyczną z uwagi na stwierdzone wady wzroku.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluację programu zaplanowano w sposób poprawny. Określono wskaźniki służące zarówno do oceny zgłaszalności i jakości świadczeń w programie, jak i do oceny efektywności programu.

Niemniej jednak do projektu nie załączono wzorów kwestionariuszy, w tym m.in. ankiety satysfakcji dla uczestników programu, zatem weryfikacja treści tych dokumentów nie była możliwa.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony na podstawie konkursu ofert, co zgodne jest z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano kompetencje i wymagania wobec realizatora. Odniesiono się także do organizacji programu, w tym sposobu zapraszania uczestników i zakończenia udziału w programie.

Koszt całkowity programu oszacowano na kwotę 7 980 000 zł. Wskazano koszty jednostkowe w odniesieniu do poszczególnych planowanych w ramach programu działań, w tym także dofinansowania zakupu okularów. W projekcie nie określono wysokości kosztów pośrednich, które zgodnie z wytycznymi w przedmiotowym przypadku, nie powinny przekroczyć 10% kosztów bezpośrednich projektu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zaburzenia narządu wzroku są jednymi z najczęstszych zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Rodzaj tych zaburzeń oraz ich częstota zależy od wieku dziecka. Najczęstszymi zaburzeniami są:

- wady refrakcji – układ optyczny oka nie skupia równoległej wiązki światła na siatkówce, powodując zamglenie widzenia: krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm
- zez (strabismus) – nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych;
- zaburzenia widzenia barw – uszkodzenie funkcji fotoreceptorów siatkówki (czopków) – najczęściej jest wadą wrodzoną, uwarunkowaną genetycznie;
- amblyopia („leniwe oko”) – definiowana jako deficyt w ostrości widzenia stwierdzony za pomocą optotypów np. tablic Snellena, lub jako jednostronny lub obustronny spadek ostrości widzenia, dla którego niemożliwe jest określenie przyczyn w fizykalnym badaniu lekarskim.

Alternatywne świadczenia

Obecnie nie prowadzone są obowiązkowe badania w formie porad patronażowych czy też bilansów w grupie 7 latków (I klasa szkoły podstawowej). Nie prowadzi się również programów skryningowych

w zakresie wad wzroku skierowanych do dzieci uczęszczających do tych klas. U dzieci w wieku przedszkolnym lub uczęszczających do III klasy szkoły podstawowej w ramach porad świadczeń pielęgniarki POZ, lekarza POZ, pielęgniarki lub higienistki szkolnej prowadzone są interwencje związane z orientacyjnym badaniem zaburzeń ostrości wzroku lub też badaniem w kierunku zezów zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Ocena technologii medycznej

W ramach wyszukiwania odnaleziono wytyczne m.in.: Canadian Paediatric Society - CPS 2016, The National Center for Children's Vision and Eye Health - NCCVEH 2015, , American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus - AAPOS 2014, Royal College of Ophthalmologists/Ophthalmic services for Children -RCO/OSC 2009, American Academy of Ophthalmology - AAO 2007, Instytut Matki i Dziecka - IMD 2002.

W odnalezionych rekomendacjach zagranicznych nie ma zgodności co do wieku dzieci, częstości, rodzajów testów przesiewowych, jakie powinny być wykonywane w kierunku wykrywania zaburzeń wzroku oraz kto te testy powinien przeprowadzać. Większość rekomendacji klinicznych w zakresie skryningu w kierunku wad wzroku, odnosi się głównie do dzieci <5 r.ż.

Narodowy Panel Ekspertów The National Center for Children's Vision and Eye Health rekomenduje przeprowadzanie corocznego skryningu w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku od 3 do poniżej 6 lat lub przynajmniej raz (akceptowalne minimum) przy użyciu tablic optometrycznych lub refraktometru (NCCVEH 2015).

UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2013).

US Preventive Services Task Force znalazło wystarczające dowody wskazujące, że narzędzia służące do przeprowadzania badań przesiewowych wzroku mają odpowiednią dokładność w wykrywaniu wad wzroku, w tym wad refrakcji, zezów i amblyopii oraz rekomenduje przeprowadzanie badań przesiewowych wzroku wśród wszystkich dzieci przynajmniej raz między 3 a 5 r.ż. w celu wykrycia obecności amblyopii lub jej czynników ryzyka (USPSTF 2011).

Badanie ostrości wzroku przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku, chyba że dziecko nie jest zdolne do wykonania takiego testu – w takim wypadku rekomenduje się wykonanie badań przy użyciu zautomatyzowanych urządzeń np. refraktometrii automatycznej lub photoscreeningu.

Wśród zalecanych badań przesiewowych w kierunku zezów wymienia się: test Hirschberga (test odbłasków rogówkowych), badanie ustawienia gałek ocznych, ocenę ruchów gałek ocznych, cover test (naprzemienne zasłanianie), test czerwonego refleksu.

W rekomendacjach wskazuje się również na występowanie fałszywie pozytywnych wyników skryningu (szczególnie u młodszych dzieci) które prowadzić mogą do nadmiernego przepisywania okularów korygujących (USPSTF 2011).

W swoich opiniach, eksperci stwierdzili, że nie ma skuteczniejszych interwencji w przedmiotowym wskazaniu niż: badanie ostrości wzroku (wykrywające ewentualne osłabienie widzenia), ruchomości gałek ocznych (kontrolujące ustawienie oczu i potwierdzające lub wykluczające obecność zezów), badanie dna oka (wykrywające ewentualne schorzenia oczu) oraz badanie wady refrakcji autorefraktometrem komputerowym po porażeniu akomodacji (wykrywające wady refrakcji). Istotnym jest aby badanie autorefraktometrem było wykonane po porażeniu akomodacji oka.

Autorzy przeglądów (m.in. Alexander 2010, Powell 2009, Schmucker i wsp. 2009) są zgodni, że brak jest dowodów dotyczących prowadzenia przesiewowych badań wzroku. Mimo tego, że badania przesiewowe wzroku są szeroko prowadzone w szkołach w krajach o wysokich dochodach i w wielu krajach o średnich dochodach, efektywność tych programów nie została dotąd ustalona. Badania przesiewowe wzroku w szkołach są generalnie postrzegane jako korzystne, jednak brak jest prowadzonych badań RCT, które mogłyby potwierdzić lub odrzucić tą tezę. Brak zgodności co do

wieku dzieci, w którym powinny być poddane przesiewowi, jakie testy powinny być stosowane, jakie punkty końcowe powinny być oceniane oraz z jaką częstotliwością testy te należy wykonywać.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.108.2018 „Wczesne wykrywanie i rehabilitacja wad wzroku wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej na lata 2019 - 2021” realizowany przez: województwo zachodniopomorskie, Warszawa, lipiec 2018, Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2017 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 167/2018 z dnia 9 lipca 2018 roku o projekcie programu „Wczesne wykrywanie i rehabilitacja wad wzroku wśród uczniów pierwszej klasy szkoły podstawowej na lata 2019 - 2021”.