



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 8/2019 z dnia 16 stycznia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Badania
przesiewowe słuchu uczniów klas drugich szkół podstawowych
z terenu Miasta Żory”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Badania przesiewowe słuchu uczniów klas drugich szkół podstawowych z terenu Miasta Żory” realizowanego przez: miasto Żory pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania zaburzeń słuchu wśród dzieci. Aczkolwiek w celu podniesienia jakości programu należy rozważyć proponowane poniżej modyfikacje dotyczące poszczególnych elementów programu.

Zaproponowane w projekcie cele programowe należy przeformułować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, tak aby umożliwiły ocenę efektów programu.

Odnosząc się do planowanych interwencji należy zaznaczyć, że są one zgodne z wytycznymi klinicznymi. Jednakże wymagają doprecyzowania, w szczególności w zakresie wskazania kwalifikacji personelu wykonującego badania przesiewowe oraz osób prowadzących spotkania edukacyjne. Ponadto należy uszczegółowić opis działań edukacyjnych dotyczący liczby i częstotliwości spotkań edukacyjnych, czasu trwania pojedynczego spotkania oraz jego formy (indywidualna/ grupowa).

Monitorowanie i ewaluacja programu wymagają uzupełnienia zgodnie z uwagami zawartymi w niniejszej opinii.

Budżet programu należy zweryfikować pod kątem oszacowania wartości składowych kosztu jednostkowego oraz uwzględnienia kosztów monitorowania i ewaluacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu wykrywania wady słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym. Nie oszacowano całkowitego budżetu, a okres realizacji programu obejmuje lata 2019-2023. Koszt realizacji programu w 2019 r. ma wynieść 11 000 zł.

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 2018 r. poz. 1510 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

Oceniany projekt programu odnosi się do wad słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym i wpisuje się w priorytet: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie programu przedstawiono sytuację epidemiologiczną w zakresie rozpatrywanego problemu zdrowotnego w skali światowej, krajowej, przy czym nie odniesiono się map potrzeb zdrowotnych (MPZ). Ponadto przedstawiono wyniki przeprowadzonych badań przesiewowych słuchu wśród uczniów klas II szkół podstawowych z terenu miasta Żory.

Na podstawie ww. wyników badań przesiewowych wskazano, że w latach 2010-2018 wśród uczniów klas II szkół podstawowych w Żorach ok. 3,4-8,54% dzieci miało problemy ze słuchem.

Zgodnie z MPZ w zakresie chorób nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani dla województwa śląskiego, w 2014 r. w województwie śląskim w grupie wiekowej 5-17 lat liczba hospitalizacji z powodu rozpoznanych, zakwalifikowanych jako choroby narządu słuchu i równowagi w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 52,60, co stanowi 5. wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wykrycie i ocena ilości zaburzeń słuchu u dzieci klas drugich z terenu Miasta Żory oraz objęcie opieką diagnostyczną dzieci z wykrytym uszkodzeniem słuchu”. Należy zaznaczyć, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Założenie główne programu nie do końca spełnia powyższe kryteria ponieważ zostało sformułowane jako działanie i powinno zostać przekonstruowane.

W treści projektu programu wskazano także 6 celów szczegółowych:

- „zapobieganie dalszemu rozwojowi zaburzeń słuchu i powikłań związanych z wykrytym niedosłuchem”,
- „obniżenie kosztów leczenia uszkodzenia słuchu i związanych z tym powikłań”,
- „zmniejszenie do minimum konsekwencji wad słuchu poprzez odpowiednie działania terapeutyczne”,
- „podniesienie świadomości rodziców, pracowników oświatowych dotyczącej wiedzy na temat czynników powodujących nabyte wady słuchu oraz ich objawy”,
- „szerzenie wiedzy na temat profilaktyki uszkodzeń słuchu i higieny słuchu”,
- „zmniejszenie niekorzystnych cech wynikających z przebiegu komunikacji dziecka w życiu społecznym”.

Należy zauważyć, że pierwszy i piąty cel szczegółowy sformułowano w postaci działań, a nie rezultatów, jakie zamierza się osiągnąć w wyniku realizacji tych działań. Ponadto cele programowe należy definiować w oparciu o koncepcję SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Należy także zauważyć, że w treści projektu nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co warto doprecyzować. Zatem cele programowe wymagają uzupełnienia zgodnie z powyższymi uwagami.

W ocenianym projekcie zaproponowano 6 mierników efektywności:

- „populacja dzieci kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami (uczniowie wszystkich II klas szkół podstawowych z terenu Miasta Żory)” (sic!),
- „liczba dzieci, u których przeprowadzono badanie”,
- „liczba dzieci, które nie zostały objęte programem z powodu absencji i innych sytuacji losowych”,

- „liczba dzieci, u których wykryto zaburzenia słuchowe i skierowano do dalszej diagnostyki”,
- „liczba dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na badanie”,
- „liczba odbiorców akcji informacyjno-edukacyjnej – rodzice/opiekunowie prawni dzieci”.

Należy zauważyć, że ww. mierniki nie odnoszą się do celów szczegółowych programu. Natomiast większość z nich może zostać wykorzystana przy ocenie zgłaszalności do programu. Warto jednak zauważyć, że miernik odnoszący się do planowanych działań edukacyjnych ma charakter ilościowy, co nie przełoży się na możliwość sprawdzenia, czy poziom wiedzy uczestników zajęć rzeczywiście uległ zmianie. Co istotne, wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana uzyskana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze osiągniętego efektu programu. Należy się także odnieść do sposobu pomiaru wskazanych mierników efektywności oraz ich wartości oczekiwanych.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią uczniowie klas II szkół podstawowych z terenu miasta Żory. Liczebność populacji dzieci kwalifikujących się do udziału w programie w roku szkolnym 2018/2019 oszacowano na 670 uczniów. Przyjęto, że w pierwszym roku realizacji programu skorzysta z niego blisko 100% dzieci objętych programem. W latach kolejnych prognozowana liczba dzieci biorących udział w programie będzie wynosiła ok. 700 osób rocznie. Zgodnie z danymi GUS z 2017 r. liczba dzieci w wieku kwalifikującym do udziału w programie w poszczególnych latach realizacji programu wynosi 787, 711, 706, 679, 733 oraz 621, co koresponduje z założeniami programu.

W projekcie nie wskazano liczebności populacji rodziców/opiekunów prawnych uczniów, dla których zaplanowano działania o charakterze szkoleniowym, co wymaga doprecyzowania.

Populacja docelowa programu pokrywa się w zakresie wieku z wytycznymi klinicznymi (American Academy of Audiology AAA 2011; American Academy of Pediatrics AAP 2016; American Speech-Language-Hearing Association ASHA 2016).

Kryteria kwalifikacji do programu określono poprawnie i stanowią je oprócz wieku i miejsca zamieszkania: brak przeciwwskazań do pełnych badań przesiewowych oraz pisemna zgoda rodziców/opiekunów pranych dziecka na przeprowadzenie badania przesiewowego.

Interwencja

W ramach programu przewidziano przeprowadzenie następujących interwencji:

- wykonanie badań przesiewowych za pomocą audiometru;
- spotkania edukacyjne dotyczące podstawowych zagrożeń słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym;

W projekcie zaznaczono, że badania przesiewowe słuchu będą realizowane przez podmiot/y leczniczy/e na terenie szkół podstawowych. Natomiast w odniesieniu do personelu wykonującego badania zamieszczono jedynie informację, że będą to osoby, które mają odpowiednie doświadczenie i umiejętności (kwalifikacje) w tego rodzaju działaniach. Powyższa kwestia wymaga uszczegółowienia.

Badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej (dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB) jest zgodne z rekomendacjami (ASHA 2016, AAP 2010). Również odnalezione dowody naukowe wskazują, że audiometria tonalna wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych (Bamford 2007). Zgodnie z wynikami publikacji Prieve 2015 badania z użyciem audiometrii tonalnej mogą zidentyfikować utratę słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Wyniki badań przesiewowych zostaną omówione z rodzicami/ opiekunami prawnymi dzieci, co jest zgodne z rekomendacjami European Consensus Statement (ECS 2012). W treści projektu wskazano także, że w przypadku wykrycia zaburzeń słuchu, rodzicom/ opiekunom prawnym dziecka przekazywane będą wskazówki dotyczące dalszego postępowania. Powyższe podejście jest

prawidłowe z uwagi na fakt zachowania ciągłości prowadzenia diagnostyki wykrytych zmian lub podjęcia w specjalistycznych placówkach opieki zdrowotnej leczenia wykrytych schorzeń.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), badanie audiometryczne oraz konsultacja otolaryngologiczna są świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. Zatem należy zwrócić uwagę na ryzyko podwójnego finansowania ww. świadczeń.

Edukacja skierowana do rodziców/ opiekunów prawnych oraz dzieci zostanie przeprowadzona na terenie szkół podstawowych przez personel posiadający do tego odpowiednie kwalifikacje. W projekcie nie określono liczby i częstotliwości spotkań edukacyjnych, czasu trwania pojedynczego spotkania oraz jego formy (indywidualna/ grupowa). Powyższe kwestie wymagają uszczegółowienia. Ponadto nie zaplanowano pomiaru zmiany poziomu wiedzy uczestników spotkań edukacyjnych, co należy uwzględnić w części programu dotyczącej mierników efektywności i ewaluacji.

Edukowanie rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie jest zgodne z wytycznymi (ASHA 2016). W trakcie spotkań edukacyjnych sugeruje się zwrócić szczególną uwagę na zachowania mogące świadczyć o występowaniu u danego ucznia problemów ze słuchem (AAP 2016).

Podsumowując, zaplanowane w projekcie działania są zgodne z rekomendacjami klinicznymi w zakresie wykrywania wad słuchu u dzieci. Jednakże wymagają one uszczegółowienia. Konieczne jest, aby wszyscy pracownicy zaangażowani w badania przesiewowe, posiadali odpowiednie przeszkolenie i odbyli instruktaż celem nabycia odpowiednich umiejętności. Należy także doprecyzować kwestie dotyczące zaplanowanych w projekcie działań edukacyjnych.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie programu zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację, jednak elementy te wymagają korekty.

W ramach oceny zgłaszalności do programu zaplanowano poprawnie analizę „liczby uczniów zgłoszonych do programu” oraz „liczby uczniów przebadanych”. Należy także zauważyć, że większość zaproponowanych w projekcie mierników efektywności można wykorzystać przy ocenie zgłaszalności do programu. Ponadto w ramach oceny zgłaszalności należy monitorować m.in.: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie; liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Ocena jakości świadczeń w programie będzie przeprowadzona na podstawie pisemnych uwag do organizatora programu zgłaszanych przez rodziców/ opiekun prawnych dzieci. Ponadto w celu analizy jakości świadczeń zaleca się przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród uczestników programu (rodziców/ opiekunów prawnych dzieci) z wykorzystaniem wystandaryzowanego kwestionariusza.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu nie odnosi się do oceny efektów prowadzonych działań. W projekcie założono, że ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie frekwencji. Ewaluacja powinna opierać się na analizie zaproponowanych mierników efektywności. W tym celu pomocny okazać się może miernik efektywności dotyczący „liczby dzieci, u których wykryto zaburzenia słuchowe i skierowano do dalszej diagnostyki”. Ponadto, jak wspomniano w części niniejszej opinii dotyczącej celów i mierników efektywności, wskaźniki efektywności wymagają uzupełnienia, w szczególności w zakresie dotyczącym pomiaru poziomu wiedzy uczestników. Istotnym jest, aby ocena efektywności rozpoczęła się po zakończeniu programu oraz zestawiona była z danymi z lat poprzednich.

Warunki realizacji

W treści projektu w sposób ogólny przedstawiono etapy i działania podejmowane w poszczególnych częściach programu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne

z zapisami ustawowymi. Określono ogólne wymagania odnośnie kompetencji/ warunków niezbędnych do realizacji programu. Zaplanowano kampanię informacyjno-edukacyjną nt. programu.

Wskazano sposób zakończenia udziału w programie. Zaznaczono, że rezygnacja z udziału w programie będzie możliwa na każdym jego etapie, na życzenie rodzica/ opiekuna prawnego dziecka.

Nie oszacowano kosztu całkowitego programu wraz z podziałem na poszczególne lata realizacji programu. Wskazano, że koszt programu w 2019 r. wyniesie ok. 11 000 zł. Koszt jednostkowy udziału dziecka w programie będzie wynosił ok. 16 zł brutto. Wskazano, że składowymi tego kosztu są: spotkania edukacyjne, wywiad z rodzicami/ opiekunami prawnymi (w formie ankiety), badanie przesiewowe słuchu (dwoje uszu) oraz informacja o wynikach badań i ewentualnym dalszym postępowaniu. Jednak nie oszacowano wartości poszczególnych składowych kosztu jednostkowego. Ponadto w kosztorysie nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji programu. Zatem zaplanowany budżet wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

Program ma być finansowany ze środków z budżetu miasta Żory. Jednak dopuszcza się możliwość współfinansowania z innych źródeł, przy czym nie wskazano szczegółów w tym zakresie.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Słuch jest jednym ze zmysłów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju dzieci. Nieleczony ubytek słuchu może mieć negatywny wpływ zarówno na rozwój mowy, języka, jak również rozwój kognitywny – a w następstwie – na osiągnięte wyniki w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym, u których występuje niewielki ubytek słuchu, istnieje ryzyko wystąpienia problemów w szkole, w społeczeństwie, a także problemów z zachowaniem.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016 poz. 86), ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad słuchu, powinna być przeprowadzana u dzieci w ramach testów przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Badania w kierunku wad słuchu (badanie orientacyjne szeptem) wykonywane są w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie I gimnazjum. W przypadku dzieci 6-letnich profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy, a także ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.

Ocena technologii medycznej

W większości państw Europy, także w Polsce, ugruntowaną pozycję mają programy wykrywania wad słuchu u noworodków. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie zaburzenia słuchu są możliwe do wykrycia w momencie narodzin dziecka. Badania przesiewowe słuchu u noworodków pozwalają na wykrycie trwałych uszkodzeń słuchu, z czego większość stanowi niedosłuch typu odbiorczego w porównaniu do rzadko wykrywanego niedosłuch typu przewodzeniowego. Wszystkie odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (American Academy of Pediatrics 2016, American Academy of Audiology 2011, American Speech-Language-Hearing Association). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat oraz 11 lat. Rekomenduje się również wykonywanie badań wszystkim dzieciom rozpoczynającym specjalny tok nauczania, powtarzającym klasę lub dzieciom nowoprzyjętym do szkoły, w przypadku kiedy nie można jednoznacznie określić czy wcześniejsze badanie przesiewowe zostało wykonane. Nie rekomenduje się badania przesiewowego dla dzieci regularnie poddawanych ocenie audiologicznej.

Najwyższą specyficznością i czułością charakteryzuje się audiometria tonalna, która wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych. Rekomendowana jest do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. Tympanometria powinna być stosowana jako

drugorzędowe badanie przesiewowe, po niepowodzeniu audiometrii tonalnej i otoemisji akustycznej. Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB. Pozytywny wynik badania to taki, gdzie dla obydwu uszu następuje prawidłowa odpowiedź przy każdej z zastosowanych częstotliwości. W przypadku, gdy wynik badania jest nieprawidłowy dla którejkolwiek z zastosowanych częstotliwości należy ponownie poinstruować dziecko odnośnie sposobu przeprowadzania badania i wykonać badanie ponownie tam gdzie uprzednio wystąpił błąd. Negatywny wynik testu optymalnie powinien zostać zweryfikowany w przeciągu jednego miesiąca, ale nie później niż w ciągu trzech miesięcy od przeprowadzenia badania. Natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowolający wynik podczas początkowego skriningu na poziomie 20 dB może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich. Wykonanie audiometrii tonalnej i tympanometrii tego samego dnia również redukuje liczbę skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich.

ASHA jako wymagania względem personelu realizującego program podaje obecność lekarza audiologa, patologa mowy i języka (logopeda) oraz personelu pomocniczego. Program powinien być nadzorowany przed audiologiem.

Każdy program badań przesiewowych powinien zawierać część edukacyjną skierowaną do rodziców, gdzie zostaną poruszone kwestie dotyczące realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci oraz realizacji dalszych badań, jeżeli zaistnieje taka potrzeba. Rodzice lub opiekunowie dziecka, poddanego badaniu przesiewowemu, powinni otrzymać powiadomienie o wynikach uzyskanych przez dziecko. Jeżeli którykolwiek z wyników testów wskazuje na potencjalny problem rodzice/opiekunowie powinni zostać poinformowani o konieczności zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu, laryngologa bądź audiologa oraz otrzymać odpowiednie skierowanie.

Wytyczne sugerują także zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania mogące świadczyć o problemach ze słuchem. Do tych zachowań zaliczane są m.in.: prośby o powtarzanie treści, odwracanie głowy bokiem w kierunku mówiącego, obserwowanie ust osoby mówiącej, zbyt głośne mówienie, niewyraźna mowa, nieuwaga podczas rozmowy, trudności ze zrozumieniem i wykonywaniem poleceń, skłonność do izolowania się.

Zdaniem ekspertów celowe jest monitorowanie słuchu w okresie rozwoju mowy, zdolności intelektualnych i możliwości edukacyjnych, a wśród wskaźników monitorowania realizacji tego typu programów należy uwzględnić: ocenę otolaryngologiczną, poziom słyszenia w badaniach audiometrycznych i akumetrycznych. W diagnostyce niedosłuchu u dzieci w wieku 6-14 lat, obok audiometrii tonalnej, powinna być wykorzystana audiometria impedancyjna, która w sposób zasadniczy wpływa na wyniki i pozwala oddzielić upośledzenie słuchu przewodzeniowe od odbiorczego. Ekspertki wskazują, że programy z zakresu wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci w wieku szkolnym powinny być prowadzone i finansowane przez samorządy.

Konsensus ekspertów European Federation of Audiology Societies stwierdza, że programy badań przesiewowych w kierunku słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku szkolnym oraz przedszkolnym, mają duży potencjał umożliwiający skuteczną identyfikację i leczenie zaburzeń słuchu, wzroku, mowy/języka u dzieci będących w grupie ryzyka. Podstawową populację docelową powinny stanowić dzieci w wieku 4-7 lat. Istotnym elementem szkolnych oraz przedszkolnych programów przesiewowych jest system ich kontroli. Konieczne jest także, aby wszyscy pracownicy zaangażowani w badania przesiewowe, posiadali odpowiednie przeszkolenie i odbyli instruktaż celem nabycia odpowiednich umiejętności.

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.221.2018 „Badania przesiewowe słuchu uczniów klas drugich szkół podstawowych z terenu Miasta Żory” (ocena projektu programu polityki zdrowotnej realizowanego przez: miasto Żory), Warszawa, styczeń 2019, Aneksu „Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym – wspólne podstawy oceny” z września 2016 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 9/2019 z dnia 14 stycznia 2019 roku o projekcie programu „Badania przesiewowe słuchu uczniów klas drugich szkół podstawowych z terenu Miasta Żory”.