

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 119/2019 z dnia 14 sierpnia 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku
u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia na
lata 2020-2025 pn. Toruń ma oko na dzieciaki”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia na lata 2020-2025 pn. Toruń ma oko na dzieciaki” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić wartość dodaną do obecnie dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie wykrywania wad wzroku wśród dzieci. Niemniej jednak w celu podniesienia jakości programu należy uwzględnić poniższe uwagi:

- Cel główny programu wymaga przeformułowania, tak aby określał konkretną wartość, którą będzie można zmierzyć po zakończeniu programu. Zaproponowane cele szczegółowe wymagają przeformułowania tak, by stanowiły uzupełnienie celu głównego, charakteryzowały się szczegółowością oraz były realne i mierzalne. Należy również zawrzeć cel szczegółowy oraz miernik efektywności odnoszący się do interwencji z zakresu edukacji.
- Ewaluacja została zaplanowana w części nieprawidłowo. Prawidłowa ewaluacja wymaga uwzględnienia porównania stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. Należy również dodać wskaźnik ewaluacji dotyczący interwencji z zakresu edukacji.
- Budżet programu należy uzupełnić o koszty działań organizacyjno-edukacyjnych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację zaplanowanych działań przedstawiony w projekcie programu wynosi 734 340 zł, zaś okres realizacji to lata 2020-2025.

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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej 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). W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono charakterystykę najczęściej występujących wad wzroku oraz objawy świadczące o obecności u dziecka tego typu schorzeń.

Projekt zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Przedstawiono informacje dot. rozpoznań zezów i niedowidzenia, pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla woj. kujawsko-pomorskiego. Przedstawiono również dane regionalne, pochodzące z Biuletynu Statystycznego opracowanego przez województwo kujawsko-pomorskie, dotyczące najczęściej występujących schorzeń wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat (m.in. zaburzenia refrakcji i akomodacji oka).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wykrycie wad wzroku u dzieci pięcioletnich przed rozpoczęciem nauki w szkole”. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Powyższy cel główny wymaga przeformułowania, tak aby określał konkretną wartość (spadek/wzrost), którą będzie można zmierzyć po zakończeniu programu.

W projekcie wskazano także 3 cele szczegółowe:

- (1) „wczesne wykrycie i zdiagnozowanie zaburzeń refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia dzieci mieszkających w Toruniu”,
- (2) „zwiększenie wskaźnika wykrywalności wad wzroku u dzieci 5 letnich w Toruniu”,
- (3) „utrzymanie zgłaszalności na badania”.

Należy wskazać, że dobrze sformułowany cel szczegółowy powinien stanowić uzupełnienie celu głównego oraz charakteryzować się szczegółowością. Cele wskazane w projekcie nie są w pełni zgodne z ww. koncepcją. Cel szczegółowy nr 1 jest tożsamy z celem głównym. Ponadto, w projekcie wymieniono 3 cele szczegółowe, natomiast numeracja odnosi się do 4 celów. Przypuszczać można, iż jest to omyłka pisarska, w przeciwnym razie brakuje jednego celu szczegółowego. Jednocześnie cel nr 2 (przeformułowany o wyszczególnienie konkretnych wad wzroku), mógłby stanowić cel główny programu polityki zdrowotnej, ponieważ określa konkretną wartość jaką jest „zwiększenie wskaźnika wykrywalności”. Cel nr 3 (w projekcie cel 4) został źle sformułowany, ponieważ stanowi działanie. W projekcie nie zawarto celu odnoszącego się do interwencji z zakresu edukacji prowadzonej w grupie rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli.

W ocenianym projekcie przedstawiono również mierniki efektywności, które powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji założonych celów. Przedstawiono trzy mierniki efektywności:

- (1) „liczba dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia”,
- (2) „zwiększenie o 20% wczesnego wykrywania wad wzroku, u dzieci 5 letnich w Toruniu”,
- (3) „zgłaszalność na poziomie nie mniejszym niż 80% populacji danego rocznika”.

Miernik nr 1 odnosi się do celu: „wczesne wykrycie i zdiagnozowanie zaburzeń refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia dzieci mieszkających w Toruniu”, miernik nr 2 do celu: „zwiększenie wskaźnika wykrywalności wad wzroku u dzieci 5 letnich w Toruniu”, natomiast miernik nr 3 odnosi się może do celu „utrzymanie zgłaszalności na badania” jeżeli cel zostanie stosownie

przeformułowany. Ponadto w programie nie uwzględniono miernika odnoszącego się do interwencji z zakresu działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli.

Populacja docelowa

Populację bezpośrednią stanowią dzieci w wieku 5 lat, zamieszkałe na terenie Miasta Toruń, wśród których prowadzone będą badania przesiewowe.

W programie założono, że zgłaszalność do programu ma być na poziomie co najmniej 80%, czyli 8 950 osób. Jednocześnie zaznaczono, że „łączna ilość osób badanych w okresie realizacji programu wyniesie 8 953”. Wskazana liczebność populacji docelowej pokrywa się z danymi GUS za rok 2018.

Określono kryteria włączenia: wiek grupy docelowej – dzieci 5-letnie, pisemna zgoda rodzica na udział dziecka w programie. Niejasny natomiast jest kryterium włączenia dot. „skierowania działań informacyjno-edukacyjnych do rodziców/opiekunów prawnych dzieci oraz nauczycieli przedszkoli”. Kryteria wykluczenia mają stanowić: wcześniej stwierdzona wada wzroku u dziecka lub niewyrażenie zgody na udział lub rezygnacja rodzica/opiekuna prawnego z udziału dziecka.

Rekomendacje oraz wytyczne z zakresu badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci nie są zgodne w odniesieniu do wieku populacji, która powinna zostać objęta badaniami. Większość z nich jednak zaleca przeprowadzenie badań przesiewowych wzroku w wieku 3-6 lat. Zatem wybór bezpośredniej populacji docelowej koresponduje z rekomendacjami w przedmiotowym zakresie.

Populacją pośrednią programu mają być rodzice/opiekunowie prawni dzieci oraz nauczyciele. Zaznaczono, że działania edukacyjne będą kierowane do co najmniej 50% całej populacji rodziców/opiekunów prawnych dzieci tj. 4 476 osób oraz ok. 50 nauczycieli z przedszkoli.

Interwencja

W programie wyszczególniono 2 interwencje:

- Interwencja I: spotkania edukacyjne, prowadzone przez lekarza okulistę, bądź inną osobę posiadającą stosowne kwalifikacje;
- Interwencja II: konsultacja okulistyczna połączona z badaniami okulistycznymi.

Wszystkie działania zostały opisane w komentarzu poniżej.

Interwencja I - związana z planowanymi działaniami o charakterze edukacyjnym:

Działania edukacyjne zostaną zorganizowane w charakterze spotkań z rodzicami/opiekunami prawnymi oraz nauczycielami w przedszkolach na terenie jednostek wychowania przedszkolnego uczestniczących w programie. Do poprowadzenia spotkań wykorzystane będą materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora tego etapu programu. Po spotkaniu przeprowadzona zostanie ankieta satysfakcji. Spotkanie edukacyjne będzie odbywać się 1 raz w danym przedszkolu na podstawie porozumienia realizatora z dyrektorami poszczególnych placówek. Czas trwania jednego spotkania to ok. 45 min. Edukacja będzie prowadzona przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia, niemniej jednak w projekcie nie opisano jakie kompetencje powinna posiadać wskazana osoba. Aspekt ten należy uzupełnić. W programie wskazano, że zakres edukacji obejmie informacje na temat wad wzroku, higieny oczu i dbałości o wzrok oraz profilaktyki chorób oczu.

Podsumowując interwencje w zakresie edukacji należy wskazać, że edukacja zdrowotna zarówno dzieci, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli przedszkolnych stanowi swego rodzaju wartość dodaną programu. Dowody naukowe podkreślają istotne znaczenie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów i nauczycieli ww. populacji dzieci. Eksperti kliniczni także zwracają uwagę na zasadność prowadzenia działań edukacyjnych wśród rodziców.

Interwencja II - związana z procesem diagnostycznym:

Proces diagnostyczny obejmować ma konsultację okulistyczną oraz wykonanie badań okulistycznych, przekazanie pisemnej informacji o konsultacji okulistycznej dla rodzica i lekarza POZ, z zaznaczeniem konieczności ewentualnego leczenia w przypadku wykrycia wady wzroku.

Badanie okulistyczne, będzie obejmowało:

- badanie ostrości wzroku do dali (tablice podświetlane optotypów) i bliży (tablice Snellena);
- badanie ruchomości gałek ocznych (kontrola ustawienia oczu – potwierdzenie lub wykluczenie zez);
- badanie dna oka oraz refrakcji (w celu wykrycia ewentualnych schorzeń oczu);
- badanie wady refrakcji refraktometrem po porażeniu akomodacji w celu wykrycia ewentualnej wady wzroku.

Należy zaznaczyć, że pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, niektóre towarzystwa naukowe, a także eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji pediatrycznej. Wytyczne oraz rekomendacje nie są jednak zgodne względem rodzaju zalecanych badań przesiewowych. Niemniej jednak interwencje zaplanowane w projekcie znajdują odzwierciedlenie w części wytycznych.

Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach finansowania ze środków publicznych wykonuje się tylko orientacyjne badania w kierunku wykrywania zaburzeń ostrości wzroku dla dzieci w wieku 5 lat. Porada okulistyczna, w ramach której mogą być wykonane poszczególne testy przesiewowe znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Należy zaznaczyć, że zgodnie z danymi NFZ z 2019r (Informator o terminach leczenia) wynika, że na terenie Gminy Miasta Toruń nie ma podmiotów świadczących usługi z zakresu okulistyki dla dzieci w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Można więc stwierdzić, że program stanowić będzie zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu okulistyki dla dzieci.

Monitorowanie i ewaluacja

W treści projektu odniesiono się do jego monitorowania i ewaluacji. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programów polityki zdrowotnej i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępów. Proces ten uzasadnia modyfikacje, które wspierają realizację celów programu. Ewaluacja jest natomiast analizą danych z programu polityki zdrowotnej, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Podczas oceny zgłaszalności do programu uwzględniona będzie „liczba osób, która skorzystała z programu oraz nie ukończyła udziału w programie wraz z podaniem przyczyny”. Ocena zgłaszalności monitorowana będzie co miesiąc. Ponadto realizator programu zobowiązany będzie do prowadzenia list obecności, zarówno rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli (część dot. działań edukacyjnych) oraz list dzieci (część przesiewowa).

Ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach realizacji przedmiotowego projektu przeprowadzona zostanie na podstawie ankiety satysfakcji (nie dołączono wzoru ankiety).

W ramach oceny efektywności nie określono, że dojdzie do porównania stanu sprzed i po wprowadzeniu programu. Ewaluacja ma być określana na podstawie:

- (1) „liczby dzieci uczestniczących w programie”,
- (2) „liczby wykrytych wad wzroku (zaburzenia refrakcji, akomodacji, zez oraz niedowidzenia)” oraz
- (3) „liczby wydanych zaleceń dalszej diagnostyki dziecka w ramach NFZ”.

W programie nie zawarto wskaźnika ewaluacji w zakresie interwencji skupiającej się na prowadzeniu działań edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Warunki realizacji

W projekcie programu zaznaczono, że w przypadku wystąpienia wady wzroku dalsze leczenie odbywać się będzie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, o czym rodzic zostanie poinformowany. Warto w programie wskazać konkretną placówkę, do której rodzice mogą zgłaszać się z dziećmi po zakończeniu udziału w programie (biorąc pod uwagę odnalezione dane NFZ, wskazujące na brak finansowania ze środków publicznych świadczeń z zakresu okulistyki dziecięcej na terenie miasta) Na każdym etapie rodzic/opiekun prawny może zrezygnować z uczestniczenia jego dziecka w programie.

Informacje na temat akcji informacyjnej zostały przedstawione w sposób zdawkowy. Zaznaczono, że zostaną wykorzystane ulotki i plakaty do przekazywania informacji na temat programu.

Program został zaplanowany na lata 2020-2025, z czego wynika, że ma on trwać 6 lat. W programie zaznaczono jednak, że okres realizacji to 5 lat.

W projekcie przedstawiono zestawienie kosztów jednostkowych i całkowitych realizacji programu. Koszt całkowity wskazany w programie oszacowano na kwotę 734 340zł.

Koszty jednostkowe:

- 10 000 zł – koszt opracowania merytorycznego oraz druk materiałów informacyjno-edukacyjnych, w tym ulotki, plakaty (2000 zł/rok x 5 lat)
- 5 zł – koszt edukacji jednej osoby (łącznie 4 536 osób x 5zł = 22 680 zł).
- ok. 70 zł – koszty badania diagnostycznego (łącznie 626 710 zł przez cały okres trwania programu)

Koszty całkowite: 10 000 zł + 22 680 zł + 626 710 = 659 390 zł

Koszt badania diagnostycznego oszacowano w projekcie programu na ok. 70 zł, co nie budzi zastrzeżeń. Niemniej jednak weryfikacja wszystkich kosztów w badań diagnostycznych wskazuje, że nie ich kwota nie jest zbieżna z obliczeniami w projekcie (626 710 zł vs. 734 340 zł w projekcie). Jednocześnie całkowity koszt programu polityki zdrowotnej (uwzględniają koszt działań organizacyjno-edukacyjnych oraz koszt badań diagnostycznych), który nie został uwzględniony w projekcie programu, wynosi 659 390 zł.

Program ma być finansowany ze środków budżetu Gminy Miasta Toruń.

Realizator programu zostanie wyłoniony na podstawie konkursu ofert, co zgodne jest z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano kompetencje i wymagania wobec realizatora.

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

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad wzroku, może być przeprowadzana u dzieci w wieku 4-7 lat w ramach świadczeń gwarantowanych przez:

- lekarza POZ (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne - wykrywanie zezów (cover test, test Hirschberga), wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku);
- pielęgniarkę POZ (4 lata, 5 lat - orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu);
- pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne – wykrywanie zezów (cover test, test Hirschberga), badanie ostrości wzroku).

Zgodnie z wykazem oraz warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 465), świadczeniem gwarantowanym jest rehabilitacja wzroku osób z dysfunkcją narządu wzroku realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Skierowanie na rehabilitację wzroku jest wystawiane przez lekarza poradni: 1) okulistycznej; 2) neurologicznej; 3) rehabilitacyjnej. Czas trwania rehabilitacji wzroku wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

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.

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.

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).

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 częstością 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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.91.2019 „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia na lata 2020-2025 pn. Toruń ma oko na dzieciaki” realizowany przez: Gminę Miasto Toruń, Warszawa, sierpień 2019, 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 253/2019 z dnia 12 sierpnia 2019 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia na lata 2020-2025 pn. Toruń ma oko na dzieciaki”.