



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 42/2020 z dnia 21 lipca 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program badania wzroku dla uczniów szkół podstawowych Gminy
Nowogard na lata 2020-2022”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program badania wzroku dla uczniów szkół podstawowych Gminy Nowogard na lata 2020-2022” 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:

- Osiągnięcie celu głównego w postaci poprawy funkcji narządu wzroku jest niemożliwe do osiągnięcia za pośrednictwem zaplanowanych w projekcie interwencji. Cel powinien odnosić się do odsetka wykrytych wad wzroku, co będzie spójne z zaplanowanymi działaniami;
- Cele szczegółowe oraz mierniki efektywności wymagają poprawy, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii;
- W odniesieniu do populacji docelowej, warto doprecyzować kryteria wyłączenia z programu;
- W odniesieniu do interwencji, należy doprecyzować działania edukacyjne, w taki sposób, aby określały podejmowaną tematykę, częstotliwość oraz formę działania;
- Ewaluacja oraz monitorowanie wymagają poprawy, zgodnie z uwagami w dalszej części opinii;
- Budżet programu należy uzupełnić o koszty monitorowania i ewaluacji programu. Należy także zweryfikować koszt jednostkowy konsultacji okulistyckich w zakresie badania przesiewowego, ponieważ istnieje ryzyko niedoszacowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci. Budżet przeznaczony na realizację zaplanowanych działań został oszacowany na 15 000 zł rocznie, zaś okres realizacji to lata 2020-2022.

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 2019 r., poz. 1373 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

Projekt programu wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny (mając na uwadze możliwość wdrożenia wczesnej diagnostyki i leczenia wad wzroku): „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).

Oceniany projekt odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są wady wzroku występujące u dzieci. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono charakterystykę najczęściej występujących wad wzroku oraz objawy świadczące o obecności u dziecka tego typu schorzeń. Projekt PPZ zawiera zdawkowy opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Nie odniesiono się do Map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z MPZ zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy zez oraz niedowidzenie w roku 2016 wyniosła 617,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1 607,8. W województwie zachodniopomorskim zapadalność wyniosła 27,8 tys. W 2016 roku w województwie odnotowano 1,74 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako zez oraz niedowidzenie, co stanowiło 9,84% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby oka i okolic.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „zapobieganie rozwojowi wad wzroku i poprawa funkcji narządu wzroku u dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Nowogard poprzez wczesne wykrywanie wad wzroku”. Należy zauważyć, że osiągnięcie celu w postaci poprawy funkcji narządu wzroku jest niemożliwy do osiągnięcia za pośrednictwem zaplanowanych w projekcie interwencji. Cel powinien odnosić się do odsetka wykrytych wad wzroku, co będzie spójne z zaplanowanymi działaniami.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Należy przedstawić wartość, do której podejmowane działania mają dążyć oraz przedstawić uzasadnienie dla przyjętych wartości.

W projekcie wskazano także 6 celów szczegółowych:

1. zwiększenie na terenie gminy Nowogard liczby dzieci z wcześniej zdiagnozowanymi wadami refrakcji i zez a oraz wdrożenie u nich leczenia w okresie, w którym efekty kliniczne są najlepsze;
2. obniżenie częstości występowania nieskorygowanych wad wzroku u dzieci z terenu gminy Nowogard i zapobieganie niepełnosprawności;
3. zwiększenie świadomości społecznej wśród rodziców/opiekunów prawnych dziecka oraz kadry pedagogicznej szkół na temat występowania wad refrakcji i zez a u dzieci, ich konsekwencji oraz potrzeby wczesnego diagnozowania i leczenia;
4. pokonywanie przez dzieci i młodzież niepowodzeń szkolnych, których przyczyną są zaburzenia wywołane schorzeniami i wadami wzroku;
5. monitorowanie stanu zdrowia narządu wzroku dzieci uczęszczających do szkół podstawowych z terenu gminy Nowogard;
6. wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym dzieci w gminie Nowogard.

Cele nr 1 i 2 są możliwe do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi interwencjami. Cel nr 3 jest w istocie niemierzalny, ponieważ nie jest możliwe zweryfikowanie poziomu świadomości. W wyniku prowadzonych działań edukacyjnych możliwy jest natomiast wzrost wiedzy. Cele nr 4, 5 i 6 zostały

sformułowane nieprawidłowo, w postaci trudno mierzalnych działań (szczególnie bez dokładnej analizy stanu zdrowia dzieci).

Warto również zaznaczyć, że cele powinny być sprecyzowane, mierzalne, osiągalne, istotne oraz konkretnie wytyczone w czasie.

W ocenianym projekcie przedstawiono również 2 mierniki efektywności:

1. liczba i odsetek dzieci uczestniczących w programie;
2. liczba i odsetek dzieci ze stwierdzonymi wadami i schorzeniami narządu wzroku.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z definicją mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Wskaźnik nr 1 nie spełnia funkcji miernika efektywności, jednak może zostać wykorzystany podczas monitorowania. Wskaźnik nr 2 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak może zostać wykorzystany podczas ewaluacji. Nie przytoczono żadnych prawidłowo sformułowanych mierników do celów programu. Do każdego z prawidłowo przeformułowanych celów, powinien odnosić się co najmniej jeden miernik efektywności.

Reasumując, element programu dotyczący celów i mierników efektywności nie został opracowany poprawnie i wymaga korekty.

Populacja docelowa

Program w zakresie badań przesiewowych wzroku i edukacji adresowany jest do dzieci uczęszczających do szkół podstawowych na terenie gminy Nowogard oraz do ich rodziców/opiekunów w zakresie edukacji. Wnioskodawca wskazał, że na podstawie danych GUS w gminie Nowogard jest 3762 osób w wieku 5-19 lat, co stanowi 15% ogółu mieszkańców. Liczebność populacji wskazana w programie jest zbliżona do danych GUS za rok 2018. Biorąc pod uwagę informacje zawarte w punkcie dot. kosztów, możliwe będzie objęcie programem ok. 1666 osób rocznie, czyli ok. 5000 osób w czasie trwania 3-letniego programu.

Kryteria włączenia zostały określone następująco: status ucznia szkoły podstawowej z terenu gminy Nowogard oraz pisemna zgoda rodzica na udział dziecka w programie. Kryteria wykluczenia nie zostały określone w programie, w ramach których warto uwzględnić wykluczenie dzieci, które ze względu na istniejącą wadę wzroku, są pod stałym nadzorem lekarza.

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 rekomenduje przeprowadzanie corocznego skryningu w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku od 3 do poniżej 6 lat (NCCVEH 2015A). Część wytycznych wskazuje za zasadne prowadzenie skryningu również w określonej przez wnioskodawcę grupie wiekowej (CPS 2016, AAPOS 2014B).

Interwencja

W programie wyszczególniono 2 interwencje:

- Interwencja I: edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów prawnych dzieci z populacji docelowej;
- Interwencja II: badania przesiewowe wykonywane przez okulistę.

Działania edukacyjne

W programie zaplanowano przeprowadzenie edukacji zdrowotnej wraz z instruktażem prawidłowej higieny narządu wzroku przy pracy z bliska. Nie wskazano szczegółów dot. realizacji ww. działań. Należy uzupełnić tematykę, częstotliwość oraz formę działań edukacyjnych.

W przeglądzie systematycznym Dean 2015 zaznaczono, że stosowanie interwencji edukacyjnych może być efektywne w poprawie chęci stosowania się dzieci do zaleceń w zakresie zaśniania zdrowego oka w leczeniu amblyopii (czynnikiem wywołującym jest zez jednego oka). Dodatkowo jeden z ekspertów

stwierdził, że elementem niezbędnym w ramach prowadzenia programów z zakresu wykrywania wad wzroku jest prowadzenie edukacji.

Badania przesiewowe

Badanie okulistyczne, będzie obejmowało:

- badanie ostrości wzroku do dali i bliży (tablice Snellena);
- badanie wady refrakcji refraktometrem przed i po porażeniu akomodacji (po 5 zakropieniach tropicamidem 1% w schemacie 1 kropla co 5 min. w celu rozszerzenia źrenicy);
- badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej (w celu wychwycenia nieprawidłowości, przeszkód utrudniających prawidłowe widzenie m.in. zmiany na rogówce, zaćma);
- badanie dna oka za pomocą wziernika okulistycznego oraz akomodacji (badanie punktu bliży każdego oka – 3 razy);
- badanie akomodacji konwergencyjnej (3 razy);
- badanie ustawienia oczu i równowagi mięśniowej stosując cover-test jednostronny (zakrywanie/odkrywanie jednego oka) i cover-test naprzemienny (zakrywanie/odkrywanie obu oczu);
- badanie ruchomości gałek ocznych w 6 kierunkach spojrzenia;
- badanie w kierunku egzoforii za pomocą testu Maddoxa;
- badanie widzenia stereoskopowego (test Muchy).

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.

Jedną z interwencji przewidzianych do realizacji w ramach programu jest ocena ostrości wzroku przy pomocy tablic Snellena. Działanie to jest zalecane przez Polskie Towarzystwo Ortoptyczne jako badanie podstawowe z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku/chorób oczu u dzieci (PTOrt 2016). Należy podkreślić, że badanie ostrości wzroku przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku (CPS 2016, NCCVEH 2015, AAPOS 2014A, AAPOS 2014B, RCO/OSC 2009, AAO 2007, IMD 2002).

Następnym badaniem przesiewowym ma być badanie refrakcji, które wskazywane jest w rekomendacjach/wytycznych jako metoda szczególnie użyteczna w przypadku małych dzieci, które nie są jeszcze zdolne do współpracy przy badaniu z użyciem tablic optometrycznych (NCCVEH 2015, AAPOS 2014A, USPSTF 2017).

Wśród dzieci z grupy docelowej wykonane ma zostać również badanie dna oka. Jest ono zalecane przez Canadian Paediatric Society (CPS 2016). Ponadto, badanie to wskazywane jest także przez ekspertów klinicznych.

Jeden z ekspertów klinicznych wskazał, że u dzieci w wieku 2-3 lat powinno być wykonane badanie ostrości wzroku, badanie w kierunku wad refrakcji po porażeniu akomodacji, badanie przedniego i tylnego odcinka oka, korekcja wad refrakcji.

Ocena ruchów oraz ustawienia gałek ocznych wymieniana jest wśród rutynowych badań w zaleceniach Canadian Paediatric Society (CPS 2016) oraz American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS 2014B), a także Instytutu Matki i Dziecka (IMD 2002). Należy zaznaczyć, że cover test jest jednym z zalecanych badań przesiewowych w kierunku wad wzroku (CPS 2016, IMD 2002).

W programie zaznaczono, że w przypadku wystąpienia wady wzroku dalsze leczenie odbywać się będzie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Każdemu rodzicowi/opiekunowi dziecka i lekarzowi POZ zostanie przekazana pisemna informacja o odbytej konsultacji okulistycznej.

Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dzieci 7-letnie nie są objęte świadczeniami w ramach POZ. 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 na terenie gminy Wieluń nie działa żaden podmiot świadczący usługi z zakresu okulistyki dla dzieci w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Monitorowanie i ewaluacja

W treści projektu odniesiono się do jego monitorowania i ewaluacji. Należy zaznaczyć, że 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.

W ramach monitorowania założono prowadzenie oceny zgłaszalności poprzez porównanie liczby dzieci, która wzięła udział w programie w stosunku do liczby określonej do udziału w programie. W punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca przedstawia również wskaźnik mający zastosowanie podczas procesu monitorowania, tj. „liczba i odsetek dzieci uczestniczących w programie”. Należy również uwzględnić odsetek dzieci, które z jakichś przyczyn nie mogły wziąć udziału w programie oraz liczbę dzieci, które nie ukończyły udziału w całości programu.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę pisemnych uwag do organizatorów oraz wyników ankiet satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ww. ankiety, zatem nie było możliwe zweryfikowanie jej treści.

Wnioskodawca w ramach ewaluacji zaplanował złożenie sprawozdania merytoryczno-finansowego kończącego program oraz ocenę na podstawie przeprowadzonych ankiet ewaluacyjnych. W punkcie dot. mierników efektywności wnioskodawca przedstawia również wskaźnik mający zastosowanie podczas procesu ewaluacji, tj. „liczba i odsetek dzieci ze stwierdzonymi wadami i schorzeniami narządu wzroku”. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie programu. Biorąc pod uwagę zaplanowanie niewielkiej liczby poprawnie sformułowanych wskaźników, przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności programu może okazać się niemożliwe.

Dodatkowo w ramach ewaluacji, należy uwzględnić wskaźniki odnoszące się do edukacji, które można byłoby kontrolować za pomocą testów przed i po uczestnictwie w działaniach edukacyjnych.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszymi etapami mają być przeprowadzenie spotkania z rodzicami/opiekunami dzieci na temat profilaktyki wad wzroku, ich wczesnego wykrywania i leczenia w kontekście wyzwań i osiągnięć dzieci oraz uzyskanie zgody na udział w programie. Następnie zaplanowano przeprowadzenie badań diagnostycznych oraz wydanie rodzicowi/opiekunowi dziecka zaświadczenia potwierdzającego udział dziecka w programie. Zaplanowano również przeprowadzenie spotkania z nauczycielami na temat profilaktyki wad wzroku, ich wczesnego wykrywania i leczenia. W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawy o świadczeniach.

W treści projektu przedstawiono zarówno koszty całkowite, jak i jednostkowe. Koszt badania przesiewowego jednego dziecka oszacowano na 3 zł, natomiast koszt całkowity na 15 tys. zł. Należy wskazać, że przedstawiony koszt badania przesiewowego, znacząco odbiega od średniego kosztu konsultacji okulistycznej, zatem należy ponownie go zweryfikować. Ponadto nie uwzględniono kosztów przeprowadzenia działań edukacyjnych, monitorowania oraz ewaluacji, co należy poprawić. Program ma zostać sfinansowany ze środków gminy Nowogrod.

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 częstość 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

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad wzroku i słuchu znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Zgodnie z treścią załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia, badania w kierunku wad wzroku (w tym co najmniej badanie ostrości wzroku) wykonywane są sześciokrotnie w czasie uczęszczania dziecka do szkoły, tj. w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, w klasie III oraz V szkoły podstawowej, w klasie I gimnazjum oraz w pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej (do ukończenia 19 r.ż.). Natomiast badania w kierunku wad słuchu (badanie orientacyjne szeptem) wykonywane są w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie I gimnazjum.

Powyższe działania reguluje Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736).

Ocena technologii medycznej

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

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 w swoich rekomendacjach z 2011 roku, które podtrzymano w roku 2017, znalazło wystarczające dowody wskazujące, że narzędzia służące do przeprowadzania badań przesiewowych wzroku mają odpowiednią dokładność w wykrywaniu wad wzroku, w tym wad refrakcji, zez 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 2017).

Badanie ostrości wzroku przy użyciu tablic optometrycznych dostosowanych do wieku dziecka, pozostaje preferowaną metodą badań przesiewowych w kierunku wad wzroku (USPSTF 2017, CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, AAPOS 2014B, RCO/OSC 2009, AAO 2007, IMD 2002), 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 (NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, USPSTF 2017, AAP 2012).

Wśród zalecanych badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wymienia się: test Hirschberga (test odbłasków rogówkowych) (CPS 2016, IMD 2002), badanie ustawienia gałek ocznych (CPS 2016, AAPOS 2014B, IMD 2002), ocena ruchów gałek ocznych (CPS 2016, AAPOS 2014B, IMD 2002), cover test (naprzemienne zasłanianie) (CPS 2016, IMD 2002), test czerwonego refleksu (USPSTF 2017, CPS 2016,

AAPOS 2014B, AAO 2007, RCO/OSC 2009, AAO 2007), tablice optometryczne: z symbolami HOTV (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A), z symbolami Lea (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A), z optotypami w kształcie litery E (CPS 2016, stosowanie tego rodzaju optotypów odradzane jest w rekomendacjach NCCVEH 2015A), z symbolami Sloan'a (AAPOS 2014A), odpowiednie urządzenia automatyczne: photoscreening lub autorefraktometry (USPSTF 2017, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, AAP 2012).

W rekomendacjach wskazuje się również na występowanie fałszywie pozytywnych wyników skryningu (szczególnie u dzieci poniżej 3 r.ż.) które prowadzić mogą do nadmiernego przepisywania okularów korygujących (USPSTF 2017).

Odnaleziono również wystarczające dowody na to, że wczesne leczenie amblyopii, w tym stosowanie cykloplegii, zasłaniania oraz okularów korekcyjnych wśród dzieci w wieku 3-5 lat prowadzi do poprawy widzenia. Niewystarczające są jednak dowody na poprawę wzroku w wyniku wczesnego leczenia amblyopii u dzieci < 3r.ż. (USPSTF 2017).

Zgodnie z rekomendacjami Canadian Pediatric Society nie udowodniono korzyści dla rutynowego badania oczu u zdrowych dzieci bez czynników ryzyka powyżej 6 r.ż. (CPS 2016).

W przypadku dzieci, które uzyskały nieprawidłowy wynik badania przesiewowego, jako najlepszą praktykę wskazuje się skierowanie do specjalisty na dalsze, kompleksowe badania (CPS 2016, NCCVEH 2015A, AAPOS 2014A, USPSTF 2017).

Zasłanianie zdrowego oka jest skuteczną metodą korekcji tzw. „leniwego oka” (UK NSC 2013).

Podsumowanie dowodów naukowych dot. skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa/efektywności kosztowej:

Bezpośrednie dowody na skuteczność przedszkolnych badań przesiewowych w kierunku wad wzroku pozostają bardzo ograniczone i nie pozwalają na odpowiedź na pytanie, czy przeprowadzanie skryningu jest bardziej skuteczne niż jego brak (Jonas 2017, Chou 2011).

Dowody pośrednie wskazują, że przeprowadzenie kilku testów przesiewowych jest użyteczne w identyfikacji dzieci w wieku przedszkolnym z czynnikami ryzyka amblyopii lub innych wad wzroku (Jonas 2017).

Nieprawidłowy wynik badania przesiewowego w sposób umiarkowany zwiększa prawdopodobieństwo wykrycia wady (Jonas 2017).

Stosowanie interwencji edukacyjnych może być efektywne w poprawie chęci stosowania się dzieci do zaleceń w zakresie zasłaniania zdrowego oka w leczeniu amblyopii. Tam gdzie to możliwe, ortoptycy powinni upewnić się, że zarówno dziecko, jak i rodzic/opiekun, rozumieją znaczenie stosowania zasłaniania oraz przekazać im również informacje pisemną, w odpowiednio dostosowanej do wieku formie (Dean 2015).

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

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.45.2020 „Program badania wzroku dla uczniów szkół podstawowych Gminy Nowogard na lata 2020-2022” realizowany przez: gminę Nowogard, Warszawa, lipiec 2020, Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i korekcji wad wzroku oraz chorób oczu u dzieci – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2017 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 166/2020 z dnia 6 lipca 2020 roku o projekcie programu „Program badania wzroku dla uczniów szkół podstawowych Gminy Nowogard na lata 2020-2022”