



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 100/2025 z dnia 16 października 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku
wykrycia wad słuchu i wzroku u dzieci zamieszkujących
województwo mazowieckie”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad słuchu i wzroku u dzieci zamieszkujących województwo mazowieckie”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego jakim są wady wzroku i słuchu u dzieci, co może mieć znaczenie w zmniejszaniu negatywnych następstw tych schorzeń.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- poprawnego sformułowania celu głównego,
- skorygowania jednego z mierników efektywności,
- doprecyzowania formy kontaktu z rodzicami odnośnie jednej z zaplanowanych interwencji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez województwo mazowieckie, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku i słuchu u dzieci klas I szkół podstawowych, a także działań edukacyjnych skierowanych do ich rodziców/opiekunów prawnych. Realizację programu zaplanowano na lata 2026-2028. Całkowity koszt PPZ został oszacowany na 2 800 000 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. 2024 poz. 146 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

W opiniowanym PPZ omówiono problem zdrowotny, jakim są wady wzroku i słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym. Przedstawiono informacje na temat najczęściej występujących wśród ww. populacji chorób wzroku i słuchu, objawów, a także czynników wpływających na zwiększenie ryzyka ich wystąpienia. W projekcie uwzględniono takie schorzenia jak krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm oraz różne formy niedosłuchu. Opisano symptomy, które mogą utrudniać dzieciom naukę i funkcjonowanie w środowisku szkolnym, a także wskazano na znaczenie profilaktyki, regularnych badań przesiewowych oraz edukacji zdrowotnej w zakresie ochrony wzroku i słuchu.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie którego przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W projekcie odniesiono się do światowej, krajowej oraz regionalnej sytuacji epidemiologicznej. Zgodnie z danymi WHO na całym świecie co najmniej 2,2 miliarda ludzi ma zaburzenia widzenia z bliska lub z daleka, a 1,1 miliarda ludzi w wieku 12-35 lat jest narażonych na utratę słuchu. W Polsce utrata słuchu staje się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym, co potwierdza wzrost chorobowości o 30% w 2019 roku w porównaniu z 1999 rokiem oraz rosnące znaczenie tego schorzenia w kontekście wskaźnika DALY.

Odnosząc się do sytuacji regionalnej wskazano, że w 2023 r. w województwie mazowieckim udzielono 169 092 świadczeń z rozpoznaniem choroby ucha i wyrostka sutkowatego u dzieci w wieku 0-14 lat (117 150 w grupie 0-6 lat oraz 51 942 w grupie 7-14 lat) oraz w tej samej grupie wiekowej 102 638 świadczeń z rozpoznaniem choroby oka i przydatków oka (51 942 w grupie 0-6 lat oraz 41 916 w grupie 7-14 lat), co wskazuje na istotną wagę tego problemu w regionie. Zaznaczono, że grupa wiekowa 0-14 lat stanowiła 54% wszystkich rozpoznań w przypadku choroby ucha i wyrostka sutkowatego oraz 32% wszystkich rozpoznań choroby oka i przydatków oka w 2023 r.

W projekcie odniesiono się do Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazując, że „choroby narządów zmysłu odnotują największy wzrost chorobowości w ciągu 9 lat. Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku tych chorób (o ponad 2 874,08 na 100 tys. ludności, 9,98%). Regionalnie dla województwa mazowieckiego wartość wzrostu wskaźnika chorobowości będzie wynosić 7,86%”.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „uzyskanie co najmniej 15% wykrywalności wad słuchu i/lub wzroku u uczestników I grupy docelowej biorących udział w badaniach przesiewowych przewidzianych w programie w latach 2026-2028/okresie jego trwania”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców.

Cel główny został sformułowany nieprawidłowo, ponieważ nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Należy również zaznaczyć, że samo wykrycie choroby nie musi przełożyć się na poprawę stanu zdrowia. Przykładowym, poprawnie sformułowanym celem głównym może być: „zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu w populacji dzieci w wieku 7 lat poprzez prowadzone w ramach programu badania przesiewowe”. Do przedstawionego celu należy również dobrać odpowiedni miernik efektywności, który może brzmieć: „odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku”.

Odniesiono się do wartości docelowej. Przy mierniku efektywności wskazano wartość docelową, tj. 15%, powołując się na wyniki badań przesiewowych prowadzonych w Polsce, zgodnie z którymi odnotowano zbliżony odsetek uczniów z wykrytymi wadami słuchu i wzroku.

W projekcie zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- 1) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej wśród 60% uczestników I grupy docelowej w zakresie profilaktyki wad słuchu i wzroku w latach 2026- 2028/okresie trwania programu”,
- 2) „uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej wśród 60% II grupy docelowej w zakresie profilaktyki wad słuchu i wzroku w latach 2026-2028/okresie trwania programu”,
- 3) „uzyskanie co najmniej 30% liczby uczniów z podejrzeniem wady wzroku/słuchu, którzy otrzymali zalecenia leczenia/dalszej diagnostyki w ramach NFZ i zostali zapisani na wizytę u odpowiedniego specjalisty (w dziedzinie: laryngologii, okulistyki, audiologii i foniatrii) po udziale w programie w latach 2026-2028/okresie jego trwania”.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 odnoszą się do wzrostu bądź utrzymania wiedzy przez uczestników PPZ (dzieci oraz rodziców/opiekunów prawnych). Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi skierowanymi do ww. grup oraz pomiar tego wzrostu za pomocą zaplanowanych pre- i post-testów. Warto wskazać, że pomiary te zostały zaplanowane, a do projektu załączono dwa wzory testów wiedzy, jeden dla dzieci, drugi zaś dla rodziców/opiekunów prawnych. Oba testy nie budzą zastrzeżeń. Należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, co wnioskodawca uwzględnił wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi”. Przedstawiono uzasadnienie dla podanej wartości docelowej. Wskazano, że wartość docelowa miernika przyjęta została na poziomie min. 60% uwzględniając poziom wiedzy uczestników przed przystąpieniem do szkolenia oraz czynniki niezależne od organizatora, tj. m.in. sposób przekazywania informacji przez osoby edukujące, mające wpływ na skuteczność podejmowanych działań.

Cel szczegółowy nr 3 wydaje się być możliwy do realizacji w wyniku działań diagnostycznych przewidzianych w projekcie. W części dotyczącej mierników efektywności przedstawiono wartość docelową – 30% uzasadniając jej przyjęcie poprzez założenie, że nie wszystkie dzieci, u których zostaną wykryte wady słuchu i/lub wzroku zostaną zapisane na wizytę u specjalisty w celu leczenia/dalszej diagnostyki w ramach NFZ oraz ze względu na fakt, że z częścią rodziców/opiekunów prawnych uczestników I grupy docelowej nie uda się nawiązać kontaktu.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności:

- 1) „odsetek uczestników I grupy docelowej, u których w ramach badań przeprowadzonych w programie wykryto wadę słuchu i/lub wzroku względem wszystkich uczestników I grupy docelowej, którym wykonano badania przesiewowe słuchu i/lub wzroku w ramach programu”,
- 2) „odsetek uczestników I grupy docelowej, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili post-test”,
- 3) „odsetek uczestników II grupy docelowej, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili post-test” oraz
- 4) „odsetek uczestników I grupy docelowej, którzy zostali zapisani na wizytę u odpowiedniego specjalisty (z zakresu chorób słuchu lub wzroku) względem wszystkich uczestników, którzy otrzymali zalecenia leczenia/dalszej diagnostyki w ramach NFZ”.

Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Miernik nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, może zostać natomiast wykorzystany podczas ewaluacji. Należy zatem zweryfikować i zaproponować miernik dotyczący celu głównego. Pozostałe mierniki zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci rozpoczynające edukację szkolną w klasach I szkół podstawowych (grupa I) oraz ich rodzice/opiekunowie prawni (grupa II). W projekcie przedstawiono oszacowania w zakresie liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie. Na podstawie danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) wg stanu na 30.09.2024 r. wskazano, że w województwie mazowieckim funkcjonowało 1 955 szkół podstawowych. W roku szkolnym 2023/2024 uczęszczało do nich 478 550 uczniów, w tym 63 859 dzieci w wieku 6–7 lat (6 lat – 1 117, 7 lat – 62 742). Na tej podstawie oszacowano, że w latach 2026–2028 w województwie mazowieckim do klas I szkół podstawowych uczęszczać będzie około 190 tys. uczniów. Przetworzone dane są zbliżone do danych GUS. Zgodnie z oszacowaniami w zakresie budżetu programu, interwencjami ma być objętych 1 721 uczniów oraz około 2 007 rodziców/opiekunów prawnych.

W projekcie programu prawidłowo zaplanowano kryteria włączenia i wyłączenia.

Należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w programie nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w celu uniknięcia wyżej wymienionego ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko, co zostało zaplanowane w projekcie.

Interwencja

W ramach zaplanowanych interwencji w programie przewidziano przeprowadzenie kwalifikacji uczestników, oceny stanu zdrowia uczestnika, badania przesiewowe w kierunku wykrycia wad słuchu i wzroku, konsultację lekarską, działania edukacyjne dla dzieci, kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym uczestnika I grupy docelowej w ciągu miesiąca od konsultacji lekarskiej przeprowadzonej w ramach programu oraz działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

Kwalifikacja uczestników

W treści programu wskazano, że przed rozpoczęciem interwencji realizator zobowiązany będzie do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników I oraz II grupy docelowej, mającej na celu weryfikację, czy osoby aplikujące do programu spełniają wymagania formalne określone w kryteriach włączenia i wyłączenia. W opisie programu zaznaczono, że kwalifikację formalną może przeprowadzić pracownik administracyjny.

Ocena stanu zdrowia uczestnika I grupy docelowej

W programie podkreślono, że po zakwalifikowaniu uczestnika do programu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz medycyny rodzinnej, laryngolog, audiolog, foniatra, okulista, pediatra lub pielęgniarka przeprowadza wstępny wywiad. Wskazano, że jego celem jest identyfikacja przeciwwskazań do wykonania badań przesiewowych, rozpoznanie wcześniej zdiagnozowanych wad wzroku lub słuchu oraz zebranie dodatkowych informacji istotnych dla dalszego przebiegu interwencji. Po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu i niestwierdzeniu przeciwwskazań do wykonania badań uczestnik kierowany jest niezwłocznie do następnej interwencji. W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań dotyczących wyłącznie jednego zestawu badań (np. słuchu lub wzroku) dziecko może uczestniczyć w badaniach drugiego narządu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do przeprowadzenia obu zestawów badań uczestnik kierowany jest do działań edukacyjnych przewidzianych w programie. W treści projektu zalecono również, aby wszystkie interwencje medyczne zostały zrealizowane tego samego dnia, a ich przebieg odbywał się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub nauczyciela.

Badania przesiewowe w kierunku wad słuchu

Zgodnie z treścią PPZ, badania przesiewowe słuchu dzieci z I grupy docelowej odbędą się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub nauczyciela. Wskazano, że w ramach badań realizator przeprowadzi badanie otoskopowe uszu, otoemisję akustyczną, badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej dla obu uszu w zakresie częstotliwości od 500 do 8000 Hz przy 20 dB (podkreślono, że w szczególnych

przypadkach rozszerzone o częstotliwości półoktawowe 3000 i 6000 Hz), a także test oceniający centralne procesy słuchowe z wykorzystaniem dźwięków mowy (badanie dźwiękami LINGA) dostosowanych do wieku i percepcji uczestnika. W programie zaznaczono, że badania powinny być wykonywane przez osoby odpowiednio przeszkolone, bądź mające umiejętności w zakresie wykonywania badań słuchu (np. audiolog, foniatra). Podkreślono również, że w przypadku braku możliwości przeprowadzenia badań na terenie szkoły dopuszcza się ich realizację poza placówką, w odpowiednio przystosowanym miejscu, np. w gabinecie medycznym realizatora.

Badania przesiewowe w kierunku wad wzroku

W programie wskazano, że badania przesiewowe wzroku uczestników I grupy docelowej również odbędą się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub nauczyciela. Jak przedstawiono w treści PPZ, w ramach interwencji przewidziano wykonanie badania ostrości wzroku przy użyciu optotypów (tablic obrazkowych, tablic Snellena, tablic Sloana lub tablic LEA Symbols), badania widzenia obuocznego (test czterech świateł Wortha lub test Muchy), oceny ustawienia i ruchomości gałek ocznych (test Hirschberga), testu naprzemiennego zasłaniania oczu (cover test) oraz testu zakrywania i odkrywania oczu (cover-uncover test). Zaznaczono również, że badanie obejmie refrakcję obiektywną metodą skiaskopii lub autorefraktometru, ocenę przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej oraz badanie dna oka metodą wziernikowania, a także badanie widzenia barwnego przy użyciu tablic Ishihary. Podkreślono, że działania te realizowane będą przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje (okulistów, okulistów dziecięcych i optometrystów). Podkreślono, że w przypadku braku możliwości zorganizowania badań w szkole, dopuszcza się ich przeprowadzenie poza szkołą, w miejscu odpowiednio do tego przystosowanym np. w placówce medycznej realizatora. Następnie wskazano, że po zakończeniu badań uczestnik kierowany będzie do kolejnej interwencji, tj. konsultacji lekarskiej.

Konsultacja lekarska

W treści programu wskazano, że konsultacja lekarska stanowi etap podsumowujący proces diagnostyczny. Jak wskazano, jej celem będzie omówienie wyników badań oraz przekazanie zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki lub leczenia w poradniach specjalistycznych okulistycznej lub laryngologicznej w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W opisie projektu podkreślono, że konsultacja odbędzie się w obecności rodzica lub opiekuna prawnego dziecka. Zaznaczono także, że realizator będzie zobowiązany do przekazania pisemnej informacji o wynikach badań oraz zaleceniach, a także do poinformowania rodziców o konieczności zgłoszenia się, w razie potrzeby, do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub właściwego specjalisty w celu uzyskania skierowania.

Działania edukacyjne dla uczestników I grupy docelowej

Działania edukacyjne dla uczniów klas I szkół podstawowych będą realizowane przez personel medyczny w obecności nauczyciela. W programie podkreślono, że zajęcia potrwają co najmniej 45 minut i obejmą zagadnienia związane z profilaktyką audiologiczną i zaburzeń widzenia, a także z higieną i kształtowaniem prawidłowych nawyków związanych ze zdrowiem narządu wzroku i słuchu. Przedstawiono przykładowe tematy, takie jak wpływ ekranów urządzeń elektronicznych na wzrok, zagrożenia wynikające ze słuchania głośnej muzyki, ćwiczenia rozwijające percepcję słuchową i wzrokową oraz zasady właściwego oświetlenia podczas nauki. W treści PPZ zaznaczono również, że edukacja będzie prowadzona w grupach liczących maksymalnie 27 osób. Podkreślono, że przed rozpoczęciem zajęć dzieci wypełnią pre-test, a po ich zakończeniu post-test, co umożliwi ocenę przyrostu wiedzy. Należy zaznaczyć, że zakres i sposób przekazywania treści edukacyjnych mają być dostosowane do wieku i percepcji uczestników.

Działania edukacyjne dla II grupy docelowej

Zgodnie z treścią PPZ, edukacja zdrowotna rodziców i opiekunów prawnych uczestników programu będzie realizowana w formie spotkań grupowych, w których uczestniczyć może maksymalnie 35 osób. W opisie programu podkreślono, że zajęcia obejmą tematykę dotyczącą roli zmysłu wzroku i słuchu

w procesach poznawczych, najczęściej występujących wad narządów zmysłów u dzieci, sposobów ich zapobiegania i kompensacji, metod leczenia oraz znaczenia profilaktyki. W programie zaznaczono, że uczestnicy otrzymają materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora, zgodne z treściami prezentowanymi podczas spotkań.

Edukacja prowadzona będzie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej „i/lub lekarza laryngologa i/lub okulistę i/lub optometrystę i/lub pielęgniarkę i/lub specjalistę ds. zdrowia publicznego i/lub inną osobę mającą wiedzę i kompetencje do jej prowadzenia”. W treści PPZ podkreślono, że spotkania powinny trwać co najmniej 45 minut, a ich liczba i czas trwania będą dostosowane do potrzeb uczestników. Należy zaznaczyć, że prowadzący zobowiązany będzie do umożliwienia dyskusji, zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości dotyczących profilaktyki zaburzeń narządu wzroku i słuchu. Rekomendowanym miejscem realizacji spotkań są szkoły podstawowe, do których uczęszczają dzieci biorące udział w programie. Przed rozpoczęciem edukacji uczestnicy wypełnią pre-test sprawdzający poziom wiedzy w zakresie funkcjonowania zmysłów wzroku i słuchu, natomiast po jej zakończeniu post-test, mający na celu ocenę przyrostu wiedzy. Należy zaznaczyć, że rodzic lub opiekun prawny może skorzystać z działań edukacyjnych tylko raz w ramach programu.

Kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym uczestnika I grupy docelowej po konsultacji lekarskiej

W treści programu wskazano, że jednym z elementów realizacji PPZ jest kontakt z rodzicem lub opiekunem prawnym uczestnika I grupy docelowej, który powinien zostać przeprowadzony w ciągu miesiąca od daty konsultacji lekarskiej. Celem tego działania jest weryfikacja realizacji zaleceń przekazanych podczas konsultacji, w szczególności dotyczących dalszej diagnostyki lub leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak wynika z zapisów programu, kontakt ma na celu uzyskanie informacji o tym, czy uczestnik podjął zalecane działania, takie jak umówienie wizyty w poradni laryngologicznej lub okulistycznej. W programie zaznaczono, że w przypadku braku możliwości uzyskania odpowiedzi przy pierwszej próbie kontaktu realizator jest zobowiązany do podjęcia co najmniej dwóch kolejnych prób w różnych dniach i godzinach. Podkreślono również, że w sytuacji, gdy mimo podjętych prób nie uda się nawiązać kontaktu z rodzicem lub opiekunem prawnym, realizator powinien odnotować ten fakt w dokumentacji programowej, wskazując daty wszystkich prób kontaktu. W przypadku skutecznego nawiązania rozmowy z uczestnikiem, realizator ma obowiązek odnotowania tego faktu w dokumentacji wraz z uzyskaną informacją na temat realizacji zaleceń. Należy zaznaczyć, że w programie zwrócono uwagę na konieczność zachowania miesięcznego odstępu pomiędzy konsultacją lekarską a kontaktem z rodzicem lub opiekunem prawnym. Nie zostało jednak doprecyzowane, w jakiej formie będzie realizowany „kontakt z rodzicem/opiekunem prawnym dziecka”, co należy uzupełnić.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma być prowadzona na podstawie sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego z wykonania świadczeń w ramach programu. Wskazano szereg szczegółowych wskaźników odnoszących się do poszczególnych grup docelowych PPZ, tj. m.in.: „liczba uczestników I grupy docelowej (uczniów), którzy odbyli kwalifikację do programu”, „liczba uczestników I grupy docelowej (uczniów), których poddano ocenie stanu zdrowia”, „uczestników I grupy docelowej (uczniów), którym wykonano zestaw badań w kierunku wykrycia wad słuchu”, „uczestników I grupy docelowej (uczniów), którym wykonano zestaw badań w kierunku wykrycia wad wzroku”, „liczba uczestników II grupy docelowej (uczniów), którzy wypełnili post-test” oraz „liczba uczestników II grupy docelowej (rodziców/opiekunów prawnych), którzy wypełnili pre-test”. Przedstawione wskaźniki zostały zaprojektowane prawidłowo. Należy jednak podkreślić, że kilka z zaproponowanych

wskaźników odnosi się bardziej do oceny efektywności tj. „*liczba uczestników I grupy docelowej (uczniów), u których doszło do wzrostu lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy (po przeprowadzeniu pre-testu i post-testu)*” oraz „*liczba uczestników II grupy docelowej (rodziców/opiekunów prawnych), u których doszło do wzrostu lub utrzymania wysokiego poziomu wiedzy (po przeprowadzeniu pre-testu i post-testu)*”. Wskazano również, że realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych. W ramach monitorowania należy także uwzględnić liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyny.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie będzie prowadzona na podstawie analizy ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone również w projekcie.

Warunki realizacji

W projekcie szczegółowo opisano etapy realizacji programu. Odniesiono się również do warunków dotyczących personelu realizującego program, a także wskazano wymagania lokalowe i sprzętowe, jakie powinien spełniać realizator programu. Należy jednak zauważyć, że w opisie etapu dot. wyboru realizatora podkreślono, że „*dopuszcza się udział w programie uczestników spoza szkoły, z którą zawarto porozumienie, jeżeli zgłoszą chęć do udziału w programie*”. Jednocześnie w ramach opisu etapu dot. realizacji zaplanowanych interwencji wskazano, że „*realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w podrozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej*”. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania.

Realizator zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W ramach akcji informacyjnej wskazano, że będzie ona prowadzona przez organizatora oraz realizatorów programu poprzez publikację informacji o możliwości i warunkach uczestnictwa na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych. W treści programu zaznaczono, że dopuszczalne są również inne formy przekazu, takie jak plakaty czy ulotki, w zależności od narzędzi promocyjnych wskazanych przez realizatora w ofercie.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe. Odniesiono się do kosztów poszczególnych interwencji, kosztów kampanii informacyjnej oraz do kosztów ewaluacji. Należy zauważyć, że istnieje rozbieżność w oszacowaniu kosztu całkowitego PPZ. Na podstawie przeprowadzonych kalkulacji całkowity koszt realizacji programu w latach 2026–2028 wynosi 2 798 680,12 zł, przy założonym budżecie w wysokości 2 800 000 zł. Różnica pomiędzy wartościami wynosi 1 319,88 zł. Powyższą kwestię należy doprecyzować.

Koszt całkowity programu oszacowano na 2 800 000 zł.

Program ma być finansowany ze środków własnych województwa mazowieckiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wady wzroku

Główną przyczyną zaburzeń widzenia w dzieciństwie są wady refrakcji, odpowiedzialne za 56-94% przypadków niedowidzenia. Rodzaj wady wzroku występującej u dzieci jest związany z wiekiem. Wśród niemowląt przeważa nadwzroczność, stopniowo zmniejszająca się, aż do osiągnięcia normowzroczności. Wczesne osiągnięcie normowzroczności jest czynnikiem ryzyka rozwoju

krótkowzroczności. W zależności od rodzaju wady refrakcji i wieku w jakim występuje, powstają różnego rodzaju utrudnienia funkcjonowania i rozwoju ogólnego. Niewyrównane wady refrakcji mogą powodować u dzieci i młodzieży opóźnienia rozwojowe, problemy społeczne, zaburzenia w orientacji przestrzennej, a także słabsze wyniki w nauce.

Nadwzroczność

Nadwzroczność jest najczęściej diagnozowaną wadą wzroku u małych dzieci, w wieku przedszkolnym występuje z częstością 14%. Nieskorygowana we wczesnym dzieciństwie, przyczynia się do powstania niedowidzenia, opóźnienia rozwoju i problemów z orientacją przestrzenną.

Krótkowzroczność

Krótkowzroczność jest wadą refrakcji polegającą na nieostrym widzeniu obiektów znajdujących się w oddali przy jednocześnie dobrym widzeniu obiektów bliskich. Przyjęto podział krótkowzroczności na refrakcyjną, osiową i mieszaną.

Różnowzroczność

Różnowzroczność, w zależności od wartości różnicy wady refrakcji między prawym a lewym okiem, prowadzi do niedowidzenia, wystąpienia zezu oraz powoduje różnego stopnia utrudnienia w rozwoju widzenia stereoskopowego. Pomimo że przyczyną niedowidzenia są schorzenia okulistyczne, rozwija się ono w obszarze ośrodków wzrokowych mózgu. Różnowzroczność, niewykryta odpowiednio wcześniej, wywołuje inwalidztwo wzrokowe, ograniczające możliwość edukacji i zatrudnienia w zawodach wymagających pełnego widzenia stereoskopowego.

Zez

Okresowe odchylenie oczu jest częste u zdrowych noworodków i nie powinno niepokoić. Prawidłowa obuoczna koordynacja ruchów oczu pojawia się już około 2 miesiąca życia, natomiast fuzja motoryczna powinna być już w pełni rozwinięta u wszystkich niemowląt od 4 miesiąca życia. Każdy przypadek zezu stwierdzony powyżej tego wieku, powinien wzbudzać niepokój i skłaniać do przeprowadzenia pełnego badania okulistycznego.

Wady słuchu

Wrodzone zaburzenia słuchu są związane najczęściej z charakterystycznym zespołem objawów wrodzonego zakażenia u noworodków o akronimie TORCH (ang. *TORCH syndrome*), pochodzącym od angielskich nazw chorób zakaźnych, które wywołują syndrom (toksoplazmoza, ospa wietrzna, różyczka, cytomegalia, opryszczka). Wśród czynników ototoksycznych, które silnie oddziałują na dziecko w okresie prenatalnym są także używki (tytoń, alkohol), metale ciężkie (ołów), hałas czy promieniowanie jonizujące. Do innych czynników ryzyka zalicza się niską masę urodzeniową (poniżej 1500 g), intensywną terapię (powyżej 7 dni), sztuczną wentylację (powyżej 5 dni), niedotlenienie, niedojrzałość noworodka, hiperbilirubinemię, zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej i elektrolitowej oraz przyjmowanie przez matkę leków o działaniu ototoksycznym.

Niedosłuch nabyty to grupa w klasyfikacji niedosłuchu oparta na kryterium etiologicznym o charakterze złożonym, podlega odrębnemu podziałowi, opartemu na lokalizacji zmiany skutkującej ubytkiem słuchu. Według tego kryterium niedosłuch dzieli się na 4 typy: przewodzeniowy, odbiorczy, mieszany i ośrodkowe zaburzenia słyszenia. Etiopatogeneza poszczególnych typów jest złożona i różna, najczęściej jest związana nieprawidłową funkcją trąbki Eustachiusza (przerost migdałka gardłowego, częste infekcje górnych dróg oddechowych) i nieodpowiednie leczenie ostrych zapaleń ucha środkowego, uszkodzenia połączeń nerwowych pomiędzy uchem środkowym a mózgiem, stosowanie leków ototoksycznych, zakażenia wirusowe (świnka, grypa) i bakteryjne, uraz akustyczny, choroby metaboliczne (m.in. cukrzyca).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.) kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad wzroku i słuchu, może być przeprowadzana u dzieci w ramach świadczeń gwarantowanych przez: lekarza POZ, pielęgniarkę POZ, położną POZ oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.) w analizowanej tematyce dostępne są porady specjalistyczne: okulistyka dla dzieci i leczenie zezów oraz warunki ich realizacji, otolaryngologia dziecięca, audiologia i foniatria. Dodatkowo możliwe jest wykonanie szeregu badań, m.in.: audiometrii impedancyjnej, tympanometrii, otoemisji akustycznej.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych rekomendacji klinicznych:

Wady wzorku

- Badanie wzroku należy przeprowadzić u wszystkich dzieci w wieku 3-5 lat (USPSTF 2017, NCCVEH 2015A). Badanie takie powinno być przeprowadzone co roku (najlepsza praktyka) lub co najmniej raz (dopuszczalny minimalny standard) (NCCVEH 2015A). Dzieci, które nie są w stanie przejść przez badanie lub odmawiają jego wykonania, uważane są za nietestowalne. U dzieci takich częściej stwierdza się problemy ze wzrokiem niż u dzieci testowalnych, co wskazuje, że powinny one być poddane być reskriningowi albo tego samego dnia, albo niedługo później, ale w żadnym przypadku nie później niż po upływie 6 miesięcy (NCCVEH 2015A). Nie zaleca się masowych badań przesiewowych wzroku (AMER 2012). Podstawowym celem programu badań przesiewowych wzroku u dzieci jest identyfikacja dzieci w wieku od 4 do 5 lat z zaburzeniami wzroku, umożliwiającą szybką interwencję (PHE 2017).
- Nie ma wystarczających dowodów wskazujących, że leczenie niedowidzenia lub zwalczanie czynników ryzyka niedowidzenia u dzieci w wieku <3 lat prowadzi do poprawy wyników widzenia (tj. poprawy ostrości wzroku) lub innych korzyści. Istnieją natomiast szkody wynikające z takich badań, polegające m.in. na stwierdzaniu częstszych fałszywie dodatnich wyników w populacjach o niskiej chorobowości (USPSTF 2017). Ponadto, nie zaleca się prowadzenia rutynowych badań specjalistycznych wzroku u zdrowych, bezobjawowych dzieci, ponieważ brak jest dowodów potwierdzających korzyści wynikających z takiego postępowania (AAO/AAPOS 2024).
- W podstawowej opiece zdrowotnej stosuje się różne testy przesiewowe w celu identyfikacji wad wzroku u dzieci w wieku 3-5 lat, w tym: test „czerwonego refleksu”, test „zakryj-odkryj”, test odbłasków rogówkowych, testy ostrości wzroku (takie jak: test Snellen, test z symbolami LEA i testy z optotypami HOTV) (AAO/AAPOS 2024, AAO PPPPO/SP 2023, NCCVEH 2015A), autorefraktometria, fotoekranowanie, badania stereoskopowe (USPSTF Badanie ostrości wzroku za pomocą kart oraz standardowych fizykalnych technik oceny niedowidzenia u dzieci od 3 do 5 roku życia, prowadzone w domu medycznym, można obecnie uznać za odpłatne kosztowo (AMER 2012). 2017). Do badania testowania wzroku u dzieci w wieku 4-5 lat odpowiedni jest test oparty na logarytmie minimalnego kąta rozdzielczości logMAR (PHE 2017). Jedną z organizacji podkreśla, że badanie wzroku za pomocą pojedynczych optotypów może prowadzić do przeszacowania ostrości wzroku u pacjenta z niedowidzeniem (AAO/PPPPOSP 2023).
- AAO zaleca, aby badania przesiewowe wzroku rozpoczynały się w wieku około 3 lat i odbywały co roku w wieku 4 i 5 lat. Po ukończeniu 5 lat AAO zaleca przeprowadzanie badań przesiewowych co 1 do 2 lat (AAO 2017).

- AAP zaleca, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat. Następnie należy je przeprowadzać w wieku 8, 10, 12 i 15 lat (BF/AAP 2025).
- Za dwie najlepsze praktyki badań przesiewowych wzroku dla dzieci w wieku od 3-5 lat uznaje się jednoocne testowanie ostrości wzroku oraz testowanie instrumentalne z wykorzystaniem autorefrakcji (NCCVEH 2015A).
- Zasłanianie zdrowego oka jest skuteczną metodą korekcji tzw. „leniwego oka” (UK NSC 2019).
- Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (PTO/PTP 2020) wskazują na następujące badania przesiewowe u dzieci:
 - 6-9 tydzień życia ocena zewnętrzna powiek oraz gałek ocznych, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
 - 6-9 miesiąc życia (test refleksów świetlnych Hirschberga, test czerwonych odbłasków z dna oka, ocena drożności dróg łzowych, ocena zdolności fiksacji, ocena reakcji źrenic na światło),
 - 3-4 rok życia (badanie ostrości wzroku, test refleksów świetlnych Hirschberga, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
 - 6-7 rok życia (badanie ostrości wzroku, test naprzemiennego zakrywania/ odkrywania oczu, ocena widzenia barw),
 - 12-13 rok życia (badanie ostrości wzroku, ocena widzenia barw).
- UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2019).

Wady słuchu

- Odnalezione wytyczne dotyczące badań przesiewowych słuchu są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, od 4 do 7 lat (UKNCS 2019, CDE 2017, ECS 2012, AAA 2011). Badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. Badanie z użyciem audiometrii tonalnej 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 (ASHA 2018, CDE 2017, SoA 2016, AAA 2011, AAP 2023). Tympanometria powinna być stosowana jako drugorzędowe badanie przesiewowe, po niepowodzeniu audiometrii tonalnej i otoemisji akustycznej (AAA 2011). Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w audiometrycznym badaniu przesiewowym. W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, którzy posiadają odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiającą właściwe przeprowadzenie badania (AAP 2023).
- 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 (ECS 2012, AAA 2011, APP 2009).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych:

Skuteczność badań przesiewowych – wady wzroku

- Badanie przesiewowe wzroku połączone z zapewnieniem bezpłatnych okularów zwiększa odsetek dzieci posiadających i noszących okulary w porównaniu z noszeniem i posiadaniem okularów przez dzieci, które uczestniczą w badaniu przesiewowym z zapewnieniem okularów dostępnych wyłącznie na receptę (RR 1,60 [95% CI (1,34-1,90)]). Może to prowadzić do lepszych wyników w nauce. Porównanie wyników badań przesiewowych z zapewnieniem gotowych okularów z wynikami badań z dostarczeniem okularów wykonanych na zamówienie wskazuje brak klinicznie znaczących różnic między tymi dwoma typami okularów w zakresie ich skuteczności. Wykazano też słaby wpływ interwencji edukacyjnych na noszenie okularów (RR 1,11 [95% CI (0,95-1,31)]) oraz na prawdopodobieństwo ich zakupu (OR 0,84 [95% CI (0,55-1,31)]), wyniki nieistotne statystycznie (Evans 2018).
- Wyniki przeglądu systematycznego badań prospektywnych i retrospektywnych wskazują, że w literaturze dostępne są bardzo ograniczone dane pozwalające na określenie dokładności testów wykorzystywanych do wykrywania zezu, wykonywanych w społeczności przez osoby niebędące ekspertami w zakresie badań przesiewowych. W jednym zidentyfikowanym badaniu (335 dzieci w wieku 1-6 lat) wykazano, że pomiary za pomocą urządzenia Plusoptix S04 wykazały czułość wynoszącą 0,46 [95% CI (0,19-0,75)] oraz swoistość na poziomie 0,97 [95% CI (0,94-0,99)] w stosunku do pomiaru standardowego (Hull 2017).
- Główną szkodą wynikającą z badań przesiewowych było uzyskiwanie wyników fałszywie dodatnich. Główna szkoda z leczenia polegała na częstszym występowaniu zdenerwowania lub zmartwienia u dziecka lub jego rodziców w grupie leczonej plastrami w porównaniu z wynikami uzyskanymi w grupie leczonej samymi okularami (Jonas 2017).
- W badaniu z typu RCT z udziałem 111 dzieci i młodzieży w wieku 3-17 lat ocena ostrości wzroku za pomocą aplikacji na smartfon o nazwie „Peek Acuity” dobrze korelowała z wynikiem badania ostrości wykonanego z zastosowaniem standardowych metod klinicznych, aczkolwiek dzieci w wieku przedszkolnym wydawały się bardziej podatne na zmęczenie badaniem. Współczynnik korelacji dla obu porównywanych metod wyniósł 0,88 [95% CI (0,83-0,92)] dla oczu zbadanych jako pierwsze oraz 0,85 [95% CI (0,78-0,89)] dla oczu zbadanych jako drugie. Współczynnik korelacji wyznaczony wśród dzieci w wieku od 3 do 5 lat wyniósł 0,88 [95% CI (0,77-0,94)] dla oka zbadanego jako pierwsze i 0,45 [95% CI (0,13-0,68)] dla oka badanego jako drugie. Najwyższą czułość badanej interwencji (93%-100%) wykazano u dzieci w wieku od 3 do 5 lat z pogorszeniem wzroku (Zhao 2019).

Skuteczność badań przesiewowych – wady słuchu

- W zakresie skuteczności, metodologii oraz oceny kosztowej badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym najwyższą czułością (86%-100%) i specyficznością (65%-100%) charakteryzowała się audiometria tonalna (ang. „pure tone sweep”), dlatego też wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych (Bamford 2007).
- Badania skryningowe z użyciem otoemisji akustycznej oraz audiometria tonalna mogą zidentyfikować utratę słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Czynniki takie jak wiek dziecka i kompetencje osoby przeprowadzającej badanie znamienne wpływają na dokładność badania skryningowego (Prieve 2015).
- Automatyczna audiometria progowa charakteryzuje się zbliżoną niezawodnością i dokładnością co audiometria progowa manualna. Średnia różnice między audiometrią automatyczną i manualną wahały się od -5,0 do 2,1 dB w całym spektrum częstotliwości z odchyleniem standardowym w zakresie od 5,3 do 8,7 dB (Mahomed 2013).

- Rozpowszechnienie programów ochrony słuchu może skutkować poprawą postaw wobec stosowania urządzeń chroniących słuch oraz modyfikacjami behawioralnymi prowadzącymi do zmniejszenia ekspozycji na potencjalnie szkodliwy hałas. Zapobieganie ubytkowi słuchu związanego z nadmierną ekspozycją na hałas należy uznać za ważny cel w walce o zdrowie publiczne. W pełnym modelu badania ankietowego (porównanie wyników uzyskanych od uczniów obecnych na wszystkich trzech sesjach wypełniania ankiety) wykazano znamienne wyższą skuteczność zastosowanej interwencji nad interwencją polegającą na zastosowaniu mniej skutecznych zatyczek do uszu lub ich brakiem podczas tańczenia ($p=0,004$), koncertów rockowych ($p=0,004$) oraz wyścigów samochodowych ($p=0,047$) oraz w celu ochrony słuchu przed wszelkimi innymi rodzajami hałasu ($p=0,028$) (Neufeld 2011).

Podsumowanie opinii ekspertów

Zdecydowana większość ekspertów opowiada się za finansowaniem ze środków publicznych badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzorku u dzieci. Jeden z ekspertów zaznacza jednak, że brak jest „silnych” badań potwierdzających skuteczność programów profilaktycznych w tym zakresie. W opiniach ekspertów nie ma zgodności co do optymalnego wieku, w jakim realizowany powinien być skryning w kierunku wad wzroku. Wszyscy eksperci zgodnie stwierdzili, że w każdym przypadku uzyskanych niepewnych wyników lub podejrzanych co do nieprawidłowości powinna odbyć się weryfikacja w pełnym badaniu okulistycznym. Eksperti zgodni są co do kwestii prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób wzroku. Działania te powinny być adresowane do następujących grup odbiorców: dzieci, opiekunowie i nauczyciele, a także personel pediatryczny i okulistyczny.

Zdecydowana większość ekspertów opowiada się za finansowaniem ze środków publicznych badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, za czym przemawia waga problemu zdrowotnego, jako że niedosłuch u małego dziecka, niewykryty odpowiednio wcześnie, przekładać się może negatywnie na jego postępy w nauce, posługiwanie się językiem, perspektywy edukacyjne, a także więzi społeczne. Wskazywano także na istotną rolę działań edukacyjnych, skierowanych zarówno do dzieci, jak i ich rodziców, które powinny towarzyszyć ww. badaniom przesiewowym.

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

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/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. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.14.2025 „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad słuchu i wzroku u dzieci zamieszkujących województwo mazowieckie”; data ukończenia: październik 2025 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 188/2025 z dnia 13 października 2025 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia wad słuchu i wzroku u dzieci zamieszkujących województwo mazowieckie”.