



**PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA WAD WZROKU
U DZIECI W WIEKU 5 LAT
ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE MIASTA CHORZÓW
NA LATA 2026-2028**

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

**Wydział Zdrowia
Chorzów 2025 r.**

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Narząd wzroku jest jednym z najważniejszych narządów człowieka, służy odbieraniu bodźców optycznych z otaczającego świata. Człowiek ma zdolność widzenia barwnego dzięki strukturom zwanym czopkami, które przez różnicę w pobudzeniu przez fale świetlne o różnej długości, odbierają poszczególne barwy. Oko ludzkie jest przystosowane także do widzenia stereoskopowego (binokularnego), na tej podstawie organizm jest zdolny do precyzyjnego rozróżniania odległości i głębokości widzianych przedmiotów. Odpowiednia budowa ludzkiego oka pozwala na przyjmowanie, odbieranie i przetwarzanie bodźców wzrokowych. W dużym uproszczeniu można podzielić strukturę narządu wzroku na 3 błony:[1,2]

1. Błona włóknista: najbardziej zewnętrzna błona, która ochrania oko. W przedniej części znajduje się rogówka, a na jej powierzchni warstwa komórek nabłonka, zwana spojówką. Główną funkcją rogówki jest refrakcja (załamanie) przechodzących przez nią promieni świetlnych.
2. Błona naczyniowa: w której w skład wchodzi ciało rzęskowe, tęczówka oraz naczyniówka, odpowiadająca przede wszystkim za zaopatrzenie narządu w krew i składniki odżywcze. Warunkująca kolor oczu tęczówka, odpowiada za zwężanie i rozszerzanie źrenicy, dzięki czemu dozjuje ilość światła, które dociera do oka. Ciało rzęskowe odpowiada głównie za akomodację, czyli dostosowanie oka do widzenia obiektów znajdujących się w różnych odległościach. Mięsień rzęskowy ciała rzęskowego reguluje kształt soczewki, zmieniając jej ogniskową, a co jest z tym związane – także jej zdolność skupiającą.
3. Błona wewnętrzna: zwana jest inaczej siatkówką. Zbudowana jest ze specjalnych komórek, zwanych fotoreceptorami, które są wrażliwe na światło. Siatkówka odpowiedzialna jest za przekazywanie dokładnej informacji o odbieranych bodźcach, tworząc ich obraz i przekazując za pośrednictwem nerwu wzrokowego do struktur centralnych ośrodkowego układu nerwowego.

Istotnymi elementami narządu wzroku są również narządy dodatkowe oka, takie jak powieki, rzęsy, brwi oraz gruczoł łzowy. Narządy te pełnią głównie funkcję ochronną oczu, zapobiegając przesuszaniu gałek ocznych oraz zmniejszając ryzyko urazu mechanicznego. [1,2]

Rozwój narządu wzroku szczególnie szybko przebiega do ok. trzeciego roku życia dziecka. W tym czasie dochodzi do wytworzenia wszystkich niezbędnych struktur, aby oko funkcjonowało prawidłowo. Jednakże w przypadku nieprawidłowości w rozwoju narządu wzroku, może dochodzić do powstawania dysfunkcji upośledzających widzenie.

Do tych dysfunkcji w okresie dziecięcym zaliczamy:[2]

1. Niedowidzenie, zwane inaczej leniwym okiem. Definiowane jest jako obniżenie ostrości wzroku, bez jakiegokolwiek organicznej przyczyny. Etiologią jest nieodpowiednia praca wzrokowa w dzieciństwie. Najczęściej jest to niedowidzenie zezowe (nieprawidłowa współpraca obuoczną) oraz niedowidzenie refrakcyjne (nieskorygowana różnica refrakcyjna obu oczu przed 8. rokiem życia).[2]
2. Wady refrakcji:
 - a) krótkowzroczność – wada, w której osoba chora gorzej widzi z daleka. Rozwija się najczęściej pomiędzy 11-16 rokiem życia, w większości wolno postępuje. Mogą towarzyszyć jej procesy atroficzne w błonie wewnętrznej i naczyniowej oka, prowadzące do zmian degeneracyjnych; [2,3]
 - b) nadwzroczność – wada, w której osoba chora gorzej widzi z bliska. Jest najczęstszą wadą wzroku u dzieci; [2,3]
 - c) astygmatyzm – inaczej niezborność, wada ta związana jest z niesymetryczną rogówką lub soczewką. Powoduje obniżenie ostrości widzenia. [2,3]
3. Choroba zezowa – wada wzroku, która wynika z nierównoległego ustawienia gałek ocznych, z czym wiążą się zaburzenia widzenia jednoocznego i obuocznego, a także stereoskopowego. Obraz z oka zezującego, aby zapobiec dwojeniu obrazu, ulega tłumieniu, a w oku zezującym rozwija się niedowidzenie. [2,3]
4. Różnowzroczność – wada, w której występuje różnica refrakcji pomiędzy jednym a drugim okiem. W przypadku dużej różnicy oraz nieskorygowania tej wady w okresie dziecięcym, może rozwinąć się niedowidzenie. [2,4]

Wczesne zdiagnozowanie, ocena zaawansowania wady oraz wdrożenie postępowania terapeutycznego, znacznie poprawiają rokowanie wyleczenia wady wzroku. Odpowiednia korekcja wady u dzieci, jeszcze przed rozpoczęciem nauczania szkolnego, może zapobiec opóźnieniu w rozwoju psychoruchowym dziecka oraz uchronić przed problemami w nauce czytania i pisanie, a w przyszłości pozwolić wybrać lepszy zawód. Dzieci z nierozpoznanymi wadami wzroku często błędnie diagnozowane są jako dyslektyczne. [3,4,5]

Do przeprowadzania badań oceniających prawidłowe funkcjonowanie narządu wzroku stosuje się:

- 1) Tablice podświetlane optotypów do blizy oraz tablice Snellena do dali.

Badając ostrość wzroku do dali, ocenia się zdolność rozdzielczą siatkówki, czyli postrzeganie dwóch punktów znajdujących się bezpośrednio blisko jako punkty oddzielne. Badanie to przeprowadza się na tzw. tablicach Snellena. Znajdują się na nich, ułożone w rzędach optotypy, czyli znaki o różnej wielkości (np. litery, cyfry bądź w przypadku dzieci – rysunki). Ostrość wzroku zapisywana jest

w postaci ułamka. Licznik to odległość z jakiej osoba badana odczytuje optotypy (w Polsce jest to odległość 5 metrów). Mianownikiem jest odległość, z jakiej wartość znajdująca się przy ostatnim z rzędów optotypów, przy którym badany prawidłowo je odczytał. Wartość w danym rzędzie oznacza odległość, z jakiej osoba badana powinna je rozpoznać, posiadając pełną ostrość wzroku.

Badanie ostrości wzroku do bliży uzupełnia badanie do dali, ocenia widzenie z odległości potrzebnej do czytania – ok. 30 cm. Badany odczytuje standardowy tekst lub pojedyncze optotypy. Zapis badania jest podobny do badania do dali – wartość podaje się w ułamku. W liczniku umieszcza się wartość najmniejszego odczytanego optotypu lub tekstu (oznacza się je wartościami: 0,5; 0,75; 1,0; 1,25; 1,5; 2,0; 2,25; 3,0; 5,0; 6,0). Mianownikiem jest odległość, z jakiej osoba badana odczytuje tekst – 30 cm. Pełna ostrość wzroku do bliży zapisywana jest jako 0,5/30 cm. [6,7]

2) Badanie ruchomości gałek ocznych.

Badanie ustawienia oczu oraz ruchomości gałek ocznych umożliwia rozpoznanie, konkretnego mięśnia, który jest porażony. Sprawdzany jest zakres ruchów gałek w 9 kierunkach spojrzenia – na wprost, w prawo, w lewo, w górę, w dół i w kierunkach skośnych. Badanie fałszywej lokalizacji w przestrzeni, pośrednio również może pozwolić na określenie zaburzenia ruchomości gałek ocznych i stwierdzenie, który mięsień działa nieprawidłowo. Badanie podwójnego widzenia daje najdokładniejsze dane, nawet w przypadkach, w których osłabienie działania mięśnia jest znikome i niemożliwe do wykrycia innymi metodami. [8]

3) Badanie dna oka.

Wziernik okulistyczny zawiera źródło światła, które osoba wykonująca badanie kieruje na poszczególne struktury dna oka oraz system soczewek pozwalających na korekcję możliwych wad wzroku badającego i badanego. Dzięki temu uzyskuje się ostry obraz dna oka. Światło wziernika ogniskuje się po kolei na strukturach ciała szklistego, tarczy nerwu wzrokowego, naczyniach krwionośnych, obwodowej części siatkówki i w końcu na plamce żółtej. [18]

4) Badanie refraktometrem po porażeniu akomodacji.

Wadę refrakcji stwierdza się w przypadku, gdy układ optyczny oka w spoczynku nie jest w stanie zogniskować wpadającej do wnętrza oka równoległej wiązki światła na siatkówce. Światło jest ogniskowane na siatkówce dzięki odpowiedniemu stosunkowi krzywizny i mocy łamiącej powierzchni optycznych oraz współczynników załamania światła, przechodzącego przez ośrodki optyczne, do długości osi gałki ocznej. Nieprawidłowości obejmują: nadwzroczność, krótkowzroczność i nieźorność (astygmatyzm). Badanie wady refrakcji jest zatem konieczne podczas oceny ostrości wzroku u pacjenta oraz dokonania prawidłowej korekcji optycznej. [9]

I.2. Dane epidemiologiczne:

Częstość występowania wad wzroku u dzieci jest problemem często poruszonym przez naukowców. W ramach pilotażowego programu "Dobrze widzieć" – od jesieni 2021 roku do 18 maja 2022 roku – w 10 szkołach województwa lubelskiego przebadano 1052 dzieci – uczniów klas I-III w wieku 6-9 lat. 359 to uczniowie szkół w gminach wiejskich, a 693 to dzieci uczęszczające do szkół w gminach miejskich. W trakcie badań zdiagnozowano następujące wady:

- nadwzroczność: 180 dzieci,
- krótkowzroczność: 36 dzieci,
- astygmatyzm: 80 dzieci,
- zez: 6 dzieci,
- u 79 dzieci ostrość wzroku wynosiła mniej niż 1.0.

Na badania pogłębione w Katedrze i Klinice Okulistyki Ogólnej i Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie skierowano 391 dzieci. Pogorszenie wzroku to efekt m.in. długotrwałej nauki zdalnej. [16]

Badania Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie na grupie dzieci w wieku 6-18 lat, wykazały występowanie krótkowzroczności w przypadku 16% badanej populacji, nadwzroczności w 38% przypadków, natomiast astygmatyzmu w 4% przypadków. [10]

Krótką charakterystyka sytuacji epidemiologicznej

Jak wskazano w Regionalnej Polityce Zdrowia Województwa Śląskiego 20230 wśród mieszkańców województwa śląskiego najczęściej występującą grupą schorzeń oka był zez i niedowidzenie. Zapadalność rejestrowana w roku 2016 w całym kraju wyniosła 617,9 tys., natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności – 1 607,8. Analizując wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej dla województwa śląskiego, stwierdzono, że region plasuje się na pozycji lidera w przypadku zapadalności w liczbach bezwzględnych (83,8 tys.), natomiast w przypadku zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności na pozycji wicelidera (1 837,8).

Analiza zapadalności rejestrowanej w zależności od wieku pacjenta wykazała, że grupa schorzeń najczęściej dotyczyła mieszkańców do 18 r.ż. (26,12%). Wskazana tendencja była widoczna prawie we wszystkich województwach (z wyjątkiem kujawsko-pomorskiego). Należy jednak zwrócić uwagę, że w regionie różnice procentowe pomiędzy poszczególnymi przedziałami wiekowymi są niewielkie i nie przekraczają kilku punktów procentowych.

W przypadku chorobowości rejestrowanej na wyżej wskazaną grupę schorzeń, na poziomie kraju została ona oszacowana na 8 901,0 tys. w liczbach bezwzględnych, natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 23,2 tys.

Województwo śląskie charakteryzowało się również największą ilością porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w przeliczeniu na 100 tys. ludności, udzielonych osobom ze schorzeniami oka i okolic. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej wynik uzyskany przez region uplasował województwo na pozycji 5 (wynik wyższy od średniej krajowej).

W przypadku schorzeń aparatu ochronnego oka i oczodołu, w regionie w 2016 wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej wyniósł 85 235 (1 wynik w kraju), natomiast w przeliczeniu na 100 tys. ludności osiągnął wartość 1 869,5 (2 wynik za województwem lubelskim). [17]

Liczba hospitalizacji w województwie śląskim z powodu chorób oczu i przydatków oka (H00-H59) wśród dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 19 lat, w poszczególnych latach przedstawia się następująco:

2022 rok – ogółem 2989 osób (współczynnik na 10 000 ludności wynosił 35,9)

2023 rok – ogółem 3513 osób (współczynnik na 10 000 ludności wynosił 42,7),

z uwzględnieniem poszczególnych grup wiekowych:

Choroby oka i przydatków oka	2022			2023		
	0-4 lat	5-14 lat	15-19 lat	0-4 lat	5-14 lat	15-19 lat
Liczby bezwzględne	970	1644	375	1077	2028	408
Współczynnik na 10 000 ludności	52,3	36,6	18,9	63,1	45,5	19,7

Tab.1. Hospitalizacje dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat według rozpoznań zasadniczych.

Dane ze Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Zdrowie Mieszkańców w Liczbach, 2024. Chorobowość hospitalizowana.[11]

Liczba zachorowań w województwie śląskim z powodu zaburzeń refrakcji i akomodacji oka (H-52) wśród dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat:

Rozpoznanie (kod wg ICD-10) H-52	Polska									
	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31 XII)					W tym osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym				
	2015	2020	2021	2022	2023	2015	2020	2021	2022	2023
Liczby bezwzględne	203236	158829	159641	147639	144769	34695	18319	23861	24055	23317
Współczynnik na 10 000 ludności	262,8	217,4	219,0	202,2	200,3	44,7	25,1	32,7	32,9	32,1
Rozpoznanie (kod wg ICD-10) H-52	Śląskie									
	Razem osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan w dniu 31 XII)					W tym osoby, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym				
	2015	2020	2021	2022	2023	2015	2020	2021	2022	2023

Liczby bezwzględne	26119	20551	20873	18846	18416	2884	1879	2409	2380	2373
Współczynnik na 10 000 ludności	304,4	253,5	258,8	236,7	234,4	33,5	23,2	29,8	29,8	30,2

Tab.2. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w województwie śląskim i Polsce. Dane z Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Zdrowie Mieszkańców w Liczbach, 2024. Dane POZ. [11]

Poniższa tabela przedstawia dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) – współczynnik na 10 000 ludności.

W Chorzowie współczynnik zachorowalności na 10 000 osób (na podstawie sprawozdań MZ-11), dotyczący zaburzeń refrakcji i akomodacji oka, w grupie 0-18 lat wynosił w 2022 r. – 28,9, w 2023 r. – 30,6.

Rok	Polska		Śląsk		Chorzów	
	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	W tym, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	W tym, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	W tym, u których stwierdzono schorzenia po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
2022	202,2	32,9	236,7	29,8	98,1	28,9
2023	200,3	32,1	234,4	30,2	56,7	30,6

Tab. 3. Dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat – będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) w województwie śląskim. Dane z Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Zdrowie Mieszkańców w Liczbach, 2024. [12]

I.3. Obecne postępowanie:

Działania związane z profilaktyką i wykrywaniem chorób narządu wzroku, związane zarówno z niedowidzeniem, jak i zezem są podejmowane przez wiele jednostek samorządu terytorialnego w Polsce, m. in. na terenie Sieradza, Lublina czy Krakowa.

W Chorzowie realizowany jest „Program wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2021-2025” (w 2022 r. program zawieszony, w 2025 r. w trakcie realizacji) będącego kontynuacją „Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2018-2020”, który uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Opinia Prezesa AOTMiT nr 235/2017 z dnia 29 sierpnia 2017 r.) – zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1) lit. a) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

W latach 2021, 2023 i 2024 w Chorzowie przebadano łącznie 1255 dzieci w wieku 5 lat uczęszczających do chorzowskich przedszkoli, w tym 391 dzieci skierowano do dalszej diagnostyki. Przeprowadzono również akcję informacyjno-edukacyjną nt. zdrowotnych i społecznych skutków

późno wykrytych wad wzroku, higieny i dbałości o narząd wzroku oraz profilaktyki chorób wzroku, w akcji udział wzięło 1280 rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie.

Liczba przebadanych dzieci oraz rodzaj wykrytych wad w poszczególnych latach:

Liczba przebadanych dzieci oraz rodzaj wykrytych wad	2021	2023	2024
Liczba przebadanych dzieci	402	366	487
Liczba dzieci, u których stwierdzono krótkowzroczność	6	45	1
Liczba dzieci, u których stwierdzono nadwzroczność	34	73	8
Liczba dzieci, u których stwierdzono astygmatyzm	27	84	32
Liczba dzieci, u których stwierdzono różnowzroczność	0	2	0
Liczba dzieci, u których stwierdzono chorobę zezową	10	10	5
Liczba dzieci, u których stwierdzono inne wady wzroku	12	3	5
Liczba dzieci skierowanych do dalszej diagnostyki	103	142	146

Tab. 4. Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji „Programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2021-2025”, z lat 2021, 2023 i 2024

Tak duża liczba dzieci, u których wykryto różnego rodzaju wady wzroku wskazuje na konieczność kontynuowania programu w kolejnych latach. Niniejszy program stanowi jego kontynuację na kolejne 3 lata. Planowana realizacja w latach 2026-2028.

Działania w ramach programu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat, uzupełniają proponowaną diagnostykę i pogłębiają ją w sposób kompleksowy, celem wykrycia możliwie w jak największym stopniu wad wzroku w populacji 5-letnich dzieci.

Program nie wpisuje się wprost w cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), jednakże szczegółowe zadania wymienione w przedmiotowym programie można powiązać z działaniem w ramach celu operacyjnego 4. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 pn. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.

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, 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. [15]

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego wskazują na następujące badania przesiewowe u dzieci:

- 6-9 tydzień życia dziecka – 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. [14]

AAO (Amerykańska Akademia Okulistyki) 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 (Amerykańska Akademia Pediatryczna) 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 (AAP 2017).

UK National Screening Committee (Brytyjski Narodowy Komitet ds. Badań Przesiewowych) rekomenduje przeprowadzenie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2019).[15]

1.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Program przede wszystkim ma za zadanie wykrycie wad wzroku u dzieci przed rozpoczęciem edukacji szkolnej, a tym samym znacznie zwiększyć efektywność nauki oraz przyczynić się do prawidłowego rozwoju dziecka. Interwencja diagnostyczna u dziecka w wieku 5 lat pozwoli na szybką diagnozę i efektywne leczenie w czasie, w którym jest szansa na znaczną poprawę wady

wzroku. Dostęp do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu okulistyki dziecięcej na terenie Miasta Chorzów jest związany z oczekiwaniem ponad cztery miesiące [13].

Ponadto badania w ramach programu będą miały charakter przesiewowy. Dlatego uważamy, że program wykrywania wad wzroku jest działaniem niezbędnym, a jego wprowadzenie przyczyni się do zwiększenia wykrycia wad wzroku i poprawy stanu zdrowia docelowej grupy mieszkańców.

Jak zaznaczono w mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych – Dz. Urz. Min. Zd. 2025.42) w przypadku czterech poradni (kardiologicznej, endokrynologicznej, urologicznej oraz okulistycznej) przeciętne czasy oczekiwania na świadczenie zdrowotne w lutym 2020 r. były jednymi z najdłuższych i przekraczały 100 dni dla przypadków stabilnych oraz 50 dni dla pilnych.

Wśród rekomendowanych kierunków działań (dział 5.5) zawartych w wyżej cytowanych mapach potrzeb zdrowotnych wskazano konieczność zapewnienia większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne (np. urologia, **okulistyka**, diabetologia).

Powyższe znajduje odzwierciedlenie w Wyzwaniach systemu opieki zdrowotnej i rekomendowanych kierunkach działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2019 r. (załącznik 12 do map potrzeb zdrowotnych (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych – Dz. Urz. Min. Zd. 2025.42), gdzie w części Ambulatoryjna opieka specjalistyczna pkt 5.1 w rekomendacjach wskazano potrzebę zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu AOS (...).

Program wpisuje się w działania określone w Planie Transformacji dla Województwa Śląskiego na lata 2022-2026, tj.:

- w rekomendację 3.1 pn. Edukacja zdrowotna na temat wpływu czynników ryzyka na stan zdrowia. Szczególną rolę w tym zakresie powinna odgrywać ambulatoryjna opieka zdrowotna. Działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być dopasowane do najbardziej obciążających czynników ryzyka”,
- w rekomendację 5.2 pn. „Zmniejszenie nierówności w dostępie do AOS w skali województwa”.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. 1. Cel główny:

Poprawa funkcjonowania narządu wzroku poprzez wczesne wykrycie i zdiagnozowanie zaburzeń refrakcji, akomodacji, zezów oraz niedowidzenia u 25% dzieci 5-letnich mieszkających w Chorzowie

w okresie trwania programu.

II. 2. Cele szczegółowe:

1. Zmniejszenie częstości występowania nieskorygowanych wad wzroku u dzieci na terenie miasta Chorzów.
2. Dokonanie oceny epidemiologicznej występowania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat na terenie miasta Chorzów – przebadanie co najmniej 80% populacji docelowej.
3. Zwiększenie świadomości społecznej opiekunów dzieci oraz kadry pedagogicznej na temat występowania, diagnozowania, konsekwencji zdrowotnych oraz konieczności wczesnego leczenia wad wzroku – wzrost wiedzy w tym zakresie o co najmniej 70% wśród rodziców/opiekunów dzieci.
4. Utrzymanie zgłaszalności na badania na poziomie nie mniejszym niż 80% populacji danego rocznika.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

Mierniki efektywności:

1. Liczba i odsetek uczestniczących w programie dzieci, stanowiących nie mniej niż 80% populacji objętej programem, na podstawie zgody rodziców na wykonanie badania.
2. Liczba i odsetek wykrytych wad wzroku oraz ich porównanie do danych statystycznych z lat poprzednich.
3. Badanie ankietowe stanu wiedzy opiekunów oraz rodziców na temat chorób oczu.

Oczekiwane efekty:

1. Wzrost liczby wcześnie zdiagnozowanych wad wzroku o 25%.
2. Uzyskanie danych epidemiologicznych w zakresie występowania wad wzroku.
3. Wzrost świadomości społecznej na temat chorób oczu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa:

Populacja podlegająca Miastu Chorzów na dzień 5 czerwca 2025 r. (dane Wydziału Spraw Obywatelskich) wynosi 90 059 osób, w tym osoby zameldowane na pobyt stały 87 203 oraz na pobyt czasowy 2 856.

Liczba dzieci przewidziana do badań przesiewowych w poszczególnych latach:

2026 – 704 dzieci (rocznik 2021),

2027 – 596 dzieci (rocznik 2022),

2028 – 599 dzieci (rocznik 2023),

Łącznie w ciągu 5 lat do programu kwalifikuje się ok. 1899 dzieci .

Działaniami edukacyjnymi zostaną objęci rodzice/opiekunowie dzieci oraz nauczyciele, szacuje się objęcie około:

w 2026 r. – 704 rodziców/opiekunów prawnych (1 dziecko – 1 rodzic) oraz 32 nauczycieli (1 przedszkole – 1 nauczyciel),

w 2027 r. – 596 rodziców/opiekunów prawnych (1 dziecko – 1 rodzic) oraz 32 nauczycieli (1 przedszkole – 1 nauczyciel),

w 2028 r. – 599 rodziców/opiekunów prawnych (1 dziecko – 1 rodzic) oraz 32 nauczycieli (1 przedszkole – 1 nauczyciel),

Łącznie w ciągu 5 lat działaniami edukacyjnymi zostanie objętych ok. 1995 osób.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej:

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie, w ramach badań przesiewowych, wymagane ich łączne spełnienie:

- dzieci w wieku 5 lat (wg rocznika urodzenia),
- dzieci zamieszkałe w Chorzowie,
- dzieci nieobjęte opieką okulistyczną oraz dzieci, u których nie występuje zdiagnozowana wada wzroku (weryfikacja na podstawie oświadczenia rodzica),
- dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni wyrażą pisemną zgodę na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu w zakresie badań przesiewowych:

- brak łącznego spełnienia kryteriów kwalifikacji

III.3. Planowane interwencje:

Program będzie obejmował następujące interwencje:

1. Akcja informacyjna oraz zgłoszeniowa do programu będzie prowadzona przez realizatora wybranego w drodze konkursu ofert, Miasto Chorzów prowadzić będzie równoległe działania informacyjne wśród jednostek współpracujących z Urzędem – w szczególności przedszkoli – za pośrednictwem odpowiednich jednostek organizacyjnych Urzędu, BIP, lokalnych mediów,

portali społecznościowych;

2. Przygotowanie przez realizatora programu harmonogramu badań w porozumieniu z Miastem Chorzów oraz placówkami przedszkolnymi;
3. Przeprowadzenie badań diagnostycznych wśród dzieci zakwalifikowanych do udziału w programie, w placówkach według ustalonego harmonogramu. W dniu badania dzieci będą pod opieką rodzica/opiekuna oraz personelu medycznego z placówki realizatora. Świadczenia diagnostyczne zostaną udzielone dziecku na podstawie zaplanowanych interwencji, zgodnie z przepisami i wymogami prawnymi obowiązującymi w tym zakresie.
4. Po wykonaniu wszystkich badań rodzic/opiekun dostanie wynik w formie pisemnej, a w razie wyniku nieprawidłowego zostanie poinformowany o dalszej diagnostyce i terapii finansowanej ze środków NFZ.
5. Przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych (w formule spotkań z udziałem lekarza okulisty lub wykładu online lekarza okulisty) dla rodziców/opiekunów celem zwiększenia świadomości dotyczącej zdrowotnych i społecznych skutków późno wykrytych wad wzroku, higieny i dbałości o narząd wzroku oraz profilaktyki chorób wzroku.
6. Przekazanie materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. zdrowotnych i społecznych skutków późno wykrytych wad wzroku, higieny i dbałości o narząd wzroku oraz profilaktyki chorób wzroku rodzicom/opiekunom dzieci objętych programem.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Badania diagnostyczne, będące przedmiotem diagnostyki chorób wzroku, odbędą się podczas jednej wizyty dziecka wraz z opiekunem/rodzicem w siedzibie realizatora. Proces diagnostyczny będzie obejmował:

- konsultację okulistyczną oraz wykonanie badań okulistycznych;
- przekazanie pisemnej informacji o konsultacji okulistycznej dla rodzica/opiekuna i lekarza POZ, z zaznaczeniem konieczności ewentualnego leczenia w przypadku wykrycia wady wzroku.

Badanie okulistyczne odbywać się będzie na podstawie indywidualnych procedur dotyczących badań okulistycznych wykonywanych przez lekarza okulistę uprawnionego do wykonywania ww. badań.

W skład badania okulistycznego będzie wchodzić:

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

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej:

Uczestnik zakończy udział w programie po badaniu diagnostycznym oraz wydaniu diagnozy narządu wzroku. W przypadku wystąpienia wady wzroku dalsze leczenie odbywać się będzie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Możliwe jest zakończenie udziału w programie na każdym jego etapie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów:

- wybór realizatora programu w drodze konkursu ofert,
- opracowanie oraz przygotowanie materiałów informacyjnych tj. plakatów, ulotek, ogłoszeń prasowych, etc,
- nawiązanie współpracy realizatora programu z dyrekcją jednostek oświatowych (placówki przedszkolne) w celu omówienia organizacji badań oraz przedstawienia zdrowotnych i społecznych skutków późno wykrytych wad wzroku, higieny i dbałości o narząd wzroku oraz profilaktyki chorób wzroku. Jednocześnie przekazanie przez realizatora materiałów informacyjnych oraz formularzy zgody na udział w programie,
- przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych (w formule spotkań z udziałem lekarza okulisty lub wykładu online lekarza okulisty) dla rodziców/opiekunów celem zwiększenia świadomości dotyczącej zdrowotnych i społecznych skutków późno wykrytych wad wzroku, higieny i dbałości o narząd wzroku oraz profilaktyki chorób wzroku,
- przeprowadzenie badań wzroku według harmonogramu i planu przygotowanego przez realizatora,
- przygotowanie i prowadzenie bazy danych oraz dokumentacji programu,
- nadzór, monitorowanie i ewaluacja programu.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Badania wykonywane będą przez lekarza okulistę ze specjalizacją medyczną w dziedzinie okulistyki uprawniającą do wykonywania takich procedur zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie. Realizator powinien posiadać doświadczenie w zakresie wykonywania podobnych badań przewidzianych do wykonania w ramach programu.

Badania diagnostyczne zostaną wykonane przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej, będącej

w posiadaniu realizatora, spełniającej wszystkie kryteria dopuszczające do użytku medycznego, potrzebnej do wykonania świadczeń objętych programem, zgodnie z wymogami i przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie. Badania przeprowadzane będą w podmiocie realizatora spełniającym wszystkie wymogi określone w przepisach prawa.

Przed wykonaniem badań, konieczne będzie uzyskanie pisemnej zgody na ich przeprowadzenie od rodziców/opiekunów prawnych dzieci objętych programem.

Podczas wykrycia zaburzenia, dysfunkcji lub wady wzroku zostanie przeprowadzona rozmowa edukacyjna z rodzicami, dotycząca dalszego postępowania leczniczego. Pogłębiona diagnostyka oraz dalsza terapia odbywać się będzie w ramach świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki finansowanych przez NFZ.

Realizator będzie prowadził ewidencję uczestników programu, u których przeprowadzono badania diagnostyczne, łącznie z terminem udzielenia świadczenia oraz liczbą konsultacji specjalistycznych, a także potwierdzeniem wykrycia wady wzroku.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie:

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco w okresie trwania programu, na podstawie sporządzania raportów okresowych zawierających szczegółowe dane z przebiegu realizacji. Monitorowanie rozpocznie się od początku realizacji programu a zakończy się wraz z zakończeniem jego realizacji. Podczas przeprowadzania monitorowania zostaną użyte dwa wskaźniki:

- **ocena zgłaszalności do programu**

Do oceny zgłaszalności wykorzystana zostanie liczba dzieci objętych programem, liczba dzieci, które zgłosiły się na badania w danym roku. Zostanie obliczony procent zgłaszalności, poprzez stosunek liczby przebadanych uczestników do populacji objętej programem. W stosunku do odbiorców działań edukacyjnych zostanie obliczony procent zgłaszalności, poprzez stosunek liczby uczestniczącej grupy odbiorców do oszacowanej liczby objętej tymi działaniami.

- **ocena jakości programu**

Do oceny jakości programu będą wykorzystane:

- ankiety ewaluacyjne (pre-test i post-test) dla opiekunów/rodziców,
- badanie satysfakcji udziału w programie,
- monitorowanie organizacji i realizacji programu przez realizatora,

- sprawozdania okresowe/końcowe z realizacji zadań programowych wykonanych przez realizatora.

V.2. Ewaluacja:

Ewaluacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się po zakończeniu realizacji. Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia programowych działań ze stanem po jego zakończeniu. Do przeprowadzenia planowanej ewaluacji po zakończeniu realizacji programu zostaną wykorzystane mierniki efektywności określone wcześniej, które będą na bieżąco rejestrowane i zbierane przez podmiot opracowujący program, przez cały okres realizacji programu. Uzyskana zmiana każdego z mierników świadczyć będzie o stopniu osiągnięcia zamierzonych celów programowych.

Ocena efektywności programu:

Do oceny efektywności posłuży:

- liczba wykrytych wad wzroku (z podziałem na poszczególne wady wzroku) i porównanie do liczby wykrytych wad w latach poprzednich,
- liczba dzieci skierowanych do pogłębionej diagnostyki,
- ocena przyrostu wiedzy z zakresu wad wzroku w okresie trwania programu.

Ocena trwałości efektów programu:

Program realizowany będzie przez Miasto Chorzów przez 3 lata, co oznacza, że badaniom przesiewowym w zakresie wad wzroku zostanie poddane minimum 1519 dzieci (tj. 80% populacji docelowej).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe:

Planowane koszty*

Rok	2026	2027	2028
Koszty działań organizacyjno-edukacyjnych			
Opracowanie merytoryczne materiałów informacyjno-edukacyjnych	2 000,00		
Opracowanie graficzne oraz wydruk ulotek (1000 szt.)	840,00 zł	882,00	927,00
Opracowanie graficzne oraz wydruk plakatów 5 (lat) x 50 sztuk plakatów	677,00	711,00	747,00

Edukacja rodziców oraz nauczycieli zrealizowana przez lekarza okulistę (w tym pre-test, post-test i ocena satysfakcji)	4 410,00	4 631,00	4 863,00
Suma działań organizacyjno-edukacyjnych	7 927,00	6 224,00	6 537,00
Koszty badań diagnostycznych			
Kompleksowe badania diagnostyczne cena jednostkowa	122,00 zł	128,00 zł	135,00 zł
Kompleksowe badania diagnostyczne x liczba 5-letnich dzieci	85 888,00 zł	76 288,00 zł	80 865,00 zł

Szacowany koszt badań przesiewowych w poszczególnych latach:

- 2026 r. = 704 os. x 122,00 zł = 85 888,00 zł
- 2027 r. = 596 os. x 128,00 zł = 76 288,00 zł
- 2028 r. = 599 os. x 135,00 zł = 80 865,00 zł

VI.2. Planowane koszty całkowite:

Koszt całkowity na rok:

- 2026 r. = 93 815,00 zł
- 2027 r. = 82 512,00 zł
- 2028 r. = 87 402,00 zł

VI.3. Planowany koszt całkowity programu: 263 729,00 zł

*Koszty zostały obliczone z uwzględnieniem prognozowanego średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych na rok 2025 (zgodnie z Ustawą budżetową na rok 2025 z dnia 9 stycznia 2025 r.) i zaokrąglone do pełnych złotych. Prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem wynosi 105,00%.

Przedstawione ceny są cenami orientacyjnymi, które mogą ulec zmianie w zależności od zaproponowanej ceny przez oferentów podczas składania ofert na realizację programu.

VI.4. Źródła finansowania

Program finansowany będzie w całości ze środków budżetu Miasta Chorzów..

Źródła:

- [1] Bochenek A., Reicher M.; *Anatomia Człowieka, tom V, Układ nerwowy obwodowy. Układ nerwowy autonomiczny. Powłoka wspólna. Narządy zmysłów*. PZWL, Warszawa 1989 r.
- [2] Leitman M. W.; *Diagnostyka i postępowanie w chorobach oczu: kompendium*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009 r.
- [3] Zając M.; *Badania przesiewowe wzroku u dzieci sześciolletnich w powiecie strzelińskim*. Instytut Fizyki Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2005 r.
- [4] Głowacka A. Miśkowiak B.; *Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa*. Probl. Hig. Epidemiol. 2012, 93 (4)
- [5] Topczewska-Cabanek A., Misiewicz H., Nitsch-Osuch A., Gyrzduk E., Życińska K., Wardyn K.; *Analiza wyników badań przesiewowych w zakresie wykrywania wad postawy i wad wzroku u dzieci na podstawie wybranej szkoły w Warszawie*. Family Medicine & Primary Care Review 2013;
- [6] <http://okulistyka.mp.pl/badanieoczu/podstawowe/68633,badanie-ostrosci-wzroku-do-dali> [data dostępu: 6.06.2017 r., 6.08.2025 r.]
- [7] <http://okulistyka.mp.pl/badanieoczu/podstawowe/68644,badanie-ostrosci-wzroku-do-blizy> [data dostępu: 6.06.2017 r., 6.08.2025 r.]
- [8] <http://okulistyka.mp.pl/objawychoroboczu/86449,zaburzenia-ruchomosci-galek-ocznych> [data dostępu: 6.06.2017 r., 6.08.2025 r.]
- [9] <http://okulistyka.mp.pl/badanieoczu/podstawowe/68648,badanie-wady-wzroku-wady-refrakcji> [data dostępu: 6.06.2017 r., 7.08.205 r.]
- [10] Czepita D., Mojsa A., Ustianowska M., Czepita M., Lachowicz E.: *Częstość występowania wad refrakcji u uczniów w wieku od 6 do 18 lat*. Roczniki PAM 2007, 53(1)
- [11] Dane z Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Zdrowie Mieszkańców w Liczbach, 2019. Chorobowość hospitalizowana. Dane POZ [data dostępu 23.07.2025 r.]
- [12] Dane z Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Ochrona Zdrowia. Powiaty. Chorzów. 2019 [data dostępu 29.06.2020 r.]
- [13] <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> [data dostępu: 11.08.2025 r.]
- [14] Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Okulistycznego oraz Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w sprawie przesiewowych badań wzroku u dzieci, styczeń/luty 2020
- [15] Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2025 z dnia 26 czerwca 2025 r.
- [16] www.gov.pl
- [17] Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030, Diagnoza strategiczna
- [18] https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/68624,wziernikowanie-dna-oka-oftalmoskopia [data dostępu 7.08.2025 r.]