

UCHWAŁA NR
RADY GMINY ŻARY

z dnia 19 sierpnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 ze zm.) oraz art. 48 i art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030” stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Celem programu jest zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu w populacji dzieci w wieku 7 lat poprzez prowadzone w ramach programu badania przesiewowe na terenie gminy Żary w latach 2026-2030.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr
Rady Gminy Żary
z dnia 19 sierpnia 2025 r.

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do
realizacji



**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania
wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych
w gminie Żary na lata 2026-2030**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn.zm.]

Żary, 2025

Nazwa programu: Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr hab. n. med. Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Żary
Aleja Jana Pawła II 6, 68-200 Żary
tel. (68) 470 73 20
gminazary@gminazary.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	10
3. Opis obecnego postępowania	13
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	16
1. Cel główny	16
2. Cel szczegółowy	16
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	17
1. Populacja docelowa	17
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	17
3. Planowane interwencje	19
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	24
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ..	24
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:.....	25
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	26
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	27
1. Monitorowanie.....	27
2. Ewaluacja.....	27
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	28
1. Koszty jednostkowe	28
2. Planowane koszty całkowite	28
3. Źródło finansowania	30
Bibliografia.....	31
Załączniki.....	33

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Wady narządu wzroku i słuchu znajdują się wśród zaburzeń zdrowotnych wieku dziecięcego mogących skutkować problemami rozwojowymi w dalszej części trwania życia. Nieprawidłowe funkcjonowanie narządów zmysłu u dzieci, w tym szczególnie narządów wzroku i słuchu, może przyczyniać się do problemów w nauce, trudności z czytaniem i pisanem, trudności z mową, zaburzeń komunikacji, zaburzeń koordynacji i trudności podczas podejmowania aktywności fizycznej, a także zaburzeń rozwoju intelektualnego i emocjonalnego. Możliwość prawidłowego funkcjonowania w środowisku szkolnym i w życiu dorosłym daje dzieciom wczesne rozpoznanie i leczenie tego typu zaburzeń. W związku z powyższym już od najwcześniejszych momentów życia powinno przeprowadzać się badania wzroku i słuchu, w tym szczególnie badania przesiewowe znajdujące zastosowanie w pediatrii. Badania te pozwalają w szybki i prosty sposób dokonać wstępnej identyfikacji zaburzeń, których wczesne rozpoznanie jest kluczowe dla dokonania skutecznej korekcji wady, podjęcia leczenia i spowolnienia procesu chorobowego¹.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci wzrost występowania wad refrakcji wynikających z zaburzeń rozwoju gałki ocznej obserwowany jest głównie w krajach o wysokim poziomie cywilizacji, co wiąże się przede wszystkim z wydłużeniem czasu spędzanego przy komputerze. Problem ten dotyczy zarówno dzieci, jak i osób dorosłych. Nierzadko zaburzenia wzroku związane z wadą refrakcji nie ograniczają się jedynie do zamazanego obrazu, lecz sięgają aż po problemy z uciekającym okiem, czy też brakiem widzenia przestrzennego. Dodatkowo należy podkreślić, iż dzieci z problemem wady wzroku często nie skarżą się na żadne dolegliwości, co wynikać może z silnych zdolności do kompensowania tego rodzaju wad w wieku dziecięcym, braku świadomości o możliwości lepszego widzenia, czy też ze względu na znacznie większą wadę jednego oka i tym samym korzystanie ze zdolności widzenia okiem o mniejszej wadzie wzroku. W związku z powyższym bardzo często pierwsze badanie wzroku dziecka odbywa się dopiero na etapie wczesnoszkolnym lub szkolnym

¹ Głowacka A., Miśkowiak B.: Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa, Probl Hig Epidemiol 2012, 93(4): 663-666.

podczas badań przesiewowych wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej².

Wśród symptomów mogących świadczyć o problemach z widzeniem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym znajduje się m.in. zamazane widzenie przy obserwacji przedmiotów z bliska i/lub z daleka, jawne uciekanie oka (ciągłe lub okresowe), zamykanie lub zasłanianie jednego oka, mrużenie i/lub pocieranie oczu, a także pieczenie, swędzenie i łzawienie. Dodatkowo u dziecka z problemem zaburzeń narządu wzroku zaobserwować można szybkie zmęczenie przy czytaniu, słabe zdolności czytania, poruszanie głową i bóle głowy podczas czytania, łączenie się słów i omijanie linijek tekstu/wyrazów, a także używanie palca do wskazywania czytanego tekstu. Wada refrakcji może skutkować pojawieniem się problemów z koncentracją, rozumieniem czytanego tekstu, zapamiętywaniem informacji wzrokowej oraz trudnością z wykonywaniem zadań na czas³.

Wśród problemów mogących pojawić się u dzieci w zakresie zaburzeń prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku niewątpliwie wymienić należy niedowidzenie, a więc ogólnie osłabione widzenie w zakresie jednego lub obu oczu związane ze zmienionymi bodźcami wzrokowymi lub z zaburzeniem widzenia obuocznego. Niedowidzenie stanowi najczęstszą przyczynę jednoocznego upośledzenia widzenia u dzieci i młodych dorosłych. Wśród głównych kategorii zaburzeń będących przyczyną niedowidzenia znajdują się: zez, niedowidzenie z nieużywania oka, przyczyny organiczne oraz wady refrakcji. Zez (nieprawidłowe ustawienie gałek ocznych) skutkuje zahamowaniem rozwoju drogi nerwowej wzrokowej, w związku z czym dziecko nie może w tym samym czasie użyć obu oczu i w konsekwencji, po przystosowaniu się do tego stanu, przestaje używać jednego oka. Niedowidzenie z nieużywania oka polega na zablokowaniu lub przesłonięciu drogi, jaką pokonuje światło w gałce ocznej, co może być skutkiem chorób powiek, rogówki, soczewki czy też ciała szklanego. W przypadkach, w których dochodzi do zablokowania ośrodków optycznych, droga nerwowa przestaje się rozwijać. Wśród przyczyn organicznych związanych z niedowidzeniem znajdują się m. in. uszkodzenie struktury gałki ocznej na skutek bliznowacenia siatkówki wywołanego toksoplazmozą lub hipoplazji nerwu wzrokowego. W przypadkach takich pierwotną przyczyną zaburzeń widzenia jest nieprawidłowa budowa gałki ocznej, jednakże mózg poprzez

² Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, *Optyka* 4(41)2016, s. 32-36.

³ Ibidem.

ograniczenie połączeń nerwowych z okiem widzącym gorzej, dodatkowo to niedowidzenie pogłębia. Niedowidzenie może pojawić się także na skutek wad refrakcji, w tym głównie różnowzroczności, rzadziej astygmatyzmu i nadwzroczności⁴.

Wśród wad refrakcji mogących rozwinąć się u dzieci znajdują się krótkowzroczność, nadwzroczność, różnowzroczność oraz astygmatyzm. Za najczęstsze zaburzenie narządu wzroku uznaje się krótkowzroczność. Wada ta polega na tym, że wpadające do nienapiętego oka równoległe promienie światła zostają zaogniskowane przed siatkówką. Za miarę krótkowzroczności uznaje się wyrażoną w dioptriach moc rozpraszającej soczewki sferycznej koniecznej do zogniskowania światła na siatkówce lub ekwiwalent sferyczny (sumę mocy soczewki sferycznej i połowy wartości mocy ujemnego cylindra). Krótkowzroczność stanowi niezwykle poważny problem zdrowia publicznego – wraz z zaćmą, chorobami zakaźnymi, zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem oraz niedoborem witaminy A stanowi jedną z najważniejszych przyczyn upośledzenia wzroku na świecie. Duża krótkowzroczność skutkować może ślepotą z powodu współistniejących z nią chorób oczu, takich jak zmiany zwyrodnieniowe naczyń w plamce, odwarstwienie siatkówki, przedwczesne wystąpienie zaćmy oraz jaskra⁵. Podczas diagnozy dzieci poniżej 7 roku życia z problemem krótkowzroczności należy ustalić, czy jest to problem izolowany dotyczący refrakcji, czy też jeden z objawów zespołu uwarunkowanego genetycznie. Postawienie właściwej diagnozy wymaga poznania wywiadu okołoporodowego (krótkowzroczność występuje znacznie częściej u wcześniaków) oraz pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego celem wykluczenia jaskry. Ponadto u dzieci, u których mimo zalecenia pełnej korekcji wady utrzymuje się obniżona ostrość wzroku, diagnostykę należy rozszerzyć celem wykluczenia dystrofii siatkówki lub hipoplazji plamki. Wśród czynników ryzyka rozwoju krótkowzroczności wymienia się m.in. pracę wzrokową z bliska (w tym podczas korzystania z komputera), niewielką aktywność na otwartych przestrzeniach oraz czynniki genetyczne. Możliwości terapeutyczne w odniesieniu do krótkowzroczności obejmują stosowanie środków farmakologicznych (m.in. atropina, pirenzepina), soczewek rozpraszających w postaci szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, a także ortokeratologii (korekcji wady wzroku przy użyciu soczewek kontaktowych podczas snu). U dorosłych, u których

⁴ Granet DB, Khayali S., Amblyopia and strabismus, *Pediatric Annals*, 2011; 40 (2): 89–94.

⁵ Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, *Okulistyka po dyplomie*, tom 3, nr 3, 2013, s. 6-17.

wada jest ustabilizowana, można wykonywać operacje laserowe modelowania rogówki, dzięki którym uzyskuje się zmniejszenie jej mocy łamiącej. Dodatkowo należy podkreślić, iż liczne badania naukowe wskazują na związek krótkowzroczności z astygmatyzmem - w populacji osób z wysoką krótkowzrocznością zaburzenie to występuje znacznie częściej⁶.

Nadwzroczność z kolei to wyjściowy stan refrakcji, stwierdzany w pierwszych miesiącach życia u większości niemowląt urodzonych o czasie, wynikający z charakterystycznej budowy oka niemowlęcia. Średnia wartość wady refrakcji po urodzeniu wynosi od 1 do 2 dioptrii nadwzroczności. W pierwszym roku życia wada refrakcji ulega jednak stopniowej zmianie w kierunku miarowości (metropii) w procesie emetropizacji⁷. Nadwzroczność, ze względu na bardzo silne zdolności akomodacyjne w wieku przedszkolnym, nierzadko bywa niewykrywalna podczas badań narządu wzroku. Należy jednak podkreślić, iż długotrwałe nadmierne napięcie akomodacyjne może w konsekwencji skutkować nadmierną konwergencją i tym samym pojawieniem się zezu zbieżnego. Wśród jego innych negatywnych konsekwencji wskazuje się również pojawiające się problemy z czytaniem, występowanie epizodów zamazywania obrazu przy pracy z bliska, podwójnego widzenia oraz znacznego napięcia w obrębie gałek ocznych. Nierzadko dzieci z nadwzrocznością cechują większe problemy w nauce niż ma to miejsce w przypadku dzieci z rozpoznaną krótkowzrocznością, co wynika z faktu, iż druga z wymienionych wad zazwyczaj nie wpływa na jakość pracy z bliska⁸. Nadwzroczność koryguje się soczewkami skupiającymi w postaci okularów lub soczewek kontaktowych. U osób dorosłych wśród możliwości terapeutycznych znajdują się także operacje refrakcyjne, polegające na modelowaniu rogówki za pomocą energii odpowiedniego typu lasera. U małych dzieci bez zaburzeń widzenia i zezu mała nadwzroczność nie wymaga korygowania, wskazana jest jedynie okresowa kontrola okulistyczna⁹.

Niemniej istotnym problemem w obszarze zaburzeń narządu wzroku pozostaje niewykryta różnowzroczność (anizometropia). W przypadkach kiedy zaburzenie to wiąże się z nieskorygowaną nadwzrocznością w oku bardziej nadwzrocznym może

⁶ Gotz_Więckowska A., Komentarz do artykułu Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, Okulistyka po dyplomie, tom 3, nr 3, 2013, s. 18-19.

⁷ Krawczyk A., Ambroziak A.: Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenezy, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki, Program edukacyjny „Kompendium okulistyki”, Zeszyt 4'2011 (16).

⁸ Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym... op. cit.

⁹ Kubatko-Zielińska A., Nadwzroczność, Medycyna Praktyczna, 26.09.2012 [okulistyka.mp.pl; dostęp: 25.09.2019r.]

bardzo szybko pojawić się stałe tłumienie prowadzące w konsekwencji do niedowidzenia. Problem ten znacznie rzadziej występuje w sytuacjach kiedy anizometropia jest skutkiem różnych nakładających się na siebie wad wzroku obu oczu w kierunku krótkowzroczności¹⁰. W celu utrzymania prawidłowego rozwoju widzenia obuocznego w każdym przypadku konieczne jest rozważanie jak najszybszego wprowadzenia korekcji wady, nawet w bardzo wczesnym okresie życia. Z tego powodu wskazane jest badanie refrakcji u wcześniaków w okresie niemowlęctwa, szczególnie tych, u których występowała retinopatia¹¹.

Wśród powszechnie występujących wad wzroku pojawia się także astygmatyzm (niezborność). Zaburzenie to polega na różnej sile załamывania równoległych promieni świetlnych w dwóch różnych płaszczyznach (np. pionowej i poziomej) układu optycznego oka. W związku z powyższym obraz na siatkówce nie jest nigdy dobrze zogniskowany i w konsekwencji nieostry. Astygmatyzm może mieć charakter niezłożony (w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne lub krótkowzroczne), złożony (w obu płaszczyznach istnieje nadwzroczność lub krótkowzroczność, ale różnej wielkości) lub mieszany (w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne, a w drugiej krótkowzroczne). Z astygmatyzmem prostym (niezbornością prostą) mamy do czynienia kiedy załamывanie światła w płaszczyźnie pionowej jest silniejsze niż w płaszczyźnie poziomej, z kolei astygmatyzm nieregularny (niezborność nieregularna) występuje gdy warunki załamывania światła są odwrotne, a więc silniejsze załamывanie światła dotyczy płaszczyzny poziomej. U dzieci dotkniętych astygmatyzmem pojawia się problem zaburzonego widzenia zarówno w dal, jak i z bliska oraz nierzadko towarzyszące schorzeniu bóle głowy. W korekcji tej wady stosuje się soczewki cylindryczne lub sferocyldryczne¹².

Młodszy wiek szkolny to w rozwoju dziecka okres szczególny. Jego specyfika wynika nie tylko ze zmian rozwojowych, ale również z organizacyjnych zmian przestrzeni życiowej uwarunkowanych w dużej mierze przekroczeniem progu szkoły oraz podjęciem nowych obowiązków. Z tego powodu działania edukacyjne powinny być ukierunkowane na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych, ze szczególnym uwzględnieniem doskonalenia form komunikacyjnych oraz nabywania wiedzy i umiejętności. W przypadku dzieci z wadami słuchu proces ten w dużym

¹⁰ Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym... op. cit.

¹¹ Gotz_Więckowska A., Komentarz do artykułu Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach... op. cit.

¹² Kubatko-Zielińska A., Astygmatyzm (niezborność), Medycyna Praktyczna, 05.04.2013 [okulistyka.mp.pl].

stopniu może być zaburzony, ponieważ funkcjonowanie i doświadczanie otaczającej rzeczywistości jest zakłócone nieprawidłowym odbiorem bodźców słuchowych decydujących o poznaniu i rozumieniu zjawisk zachodzących w zmieniającej się rzeczywistości. Wśród czynników zakłócających prawidłowy rozwój dziecka z wadą słuchu należy przede wszystkim wymienić zaburzenia w obrębie rozwoju mowy i jej odbioru oraz komunikacji językowej. W szczególny sposób wpływają one na małe dziecko oraz są przyczyną doświadczanych przez nie trudności edukacyjnych, ponieważ pomiędzy mową a innymi procesami poznawczymi istnieje zależność, która w procesie nabywania wiedzy i umiejętności ma fundamentalne znaczenie¹³.

Stopnie ubytku słuchu wg Międzynarodowego Biura Audiofonologii są następujące:

- 10-20 dB - norma
- 21-40 dB - niedosłuch lekkiego stopnia
- 41-70 dB - niedosłuch średniego stopnia
- 71-90 dB - niedosłuch znacznego stopnia
- >90 dB - niedosłuch głęboki

Wyróżniamy niedosłuch przewodzeniowy, odbiorczy (czuciowo-neurtyczny) i mieszany, w którym równolegle z niedosłuchem przewodzeniowym współwystępuje komponent przewodzeniowy uszkodzenia słuchu. Najczęściej w populacji wieku dziecięcego występuje niedosłuch przewodzeniowy¹⁴. W wielu przypadkach niedosłuch przewodzeniowy jest wynikiem częstych infekcji nieżytowo-zapalnych górnych dróg oddechowych, szczególnie noso-gardła połączonych z krótkotrwałą dysfunkcją trąbek słuchowych. Najczęściej jest stopnia lekkiego i ma charakter przemijający. W innych przypadkach spowodowany jest przewlekłym, często współistniejącym z przerostem zapaleniem migdałka gardłowego powodującym długotrwałe zaburzenia drożności trąbek słuchowych, a w przedłużającym się procesie przewlekłe zapalenie ucha środkowego z wysiękiem (OMS)¹⁵. Przyczynami tego schorzenia są głównie uczęszczanie do skupisk dziecięcych jakimi są żłobki, przedszkola, będącymi rezerwuarem bakterii i zakażeń wirusowych. Szczególnie do

¹³ Skibska J., Uczeń z wadą słuchu w młodszym wieku szkolnym w szkole ogólnodostępnej – problemy i ich rozwiązania

¹⁴ Dumanch K., Holte L., O'Holleam T.i in.: High Risk factors associated with early childhood hearing loss: A 3-Year review. Am.J.of Audiol. 2017, 26,2, 129-142

¹⁵ Gryczyńska D.: Przewlekłe zapalenie ucha z wysiękiem w Otorynolaryngologia dziecięca red. D. Gryczyńska, Bielsko-Biała 2007, 134-141.

częstych infekcji predysponowane są dzieci poniżej 3 r. ż. Kolejnymi przyczynami są przerost migdałka gardłowego, kolonizacja noso-gardła szczepami bakteryjnymi najczęściej *Streptococcus pn.* i *H. influenzae* i wirusami. W ostatnich latach szczególnie podnoszona jest kwestia biofilmu bakteryjnego w podtrzymywaniu przewlekłych procesów zapalnych tej okolicy¹⁶. Duże znaczenie mają również obniżenie odporności, wady rozwojowe twarzoczaszki, szczególnie podniebienia, współistnienie refluksu żołądkowo-przełykowego. Czynniki sprzyjającymi przewlekłym dysfunkcjom trąbek słuchowych są także zaburzenia drożności nosa spowodowane zmianami anatomicznymi¹⁷.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby narządu wzroku są niezwykle powszechne. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na całym świecie co najmniej 2,2 miliarda ludzi ma zaburzenia widzenia z bliska lub z daleka. U co najmniej 1 miliarda z nich można było zapobiec upośledzeniu wzroku dzięki profilaktyce i wczesnej diagnostyce. Głównymi przyczynami upośledzenia wzroku i ślepoty na poziomie globalnym są wady refrakcji i zaćma. Szacuje się, że globalnie tylko 36% osób z upośledzeniem widzenia na odległość z powodu wady refrakcji i tylko 17% osób z upośledzeniem widzenia z powodu zaćmy otrzymuje dostęp do odpowiedniej terapii. Upośledzenie wzroku stanowi ogromne globalne obciążenie finansowe, a roczny globalny koszt utraconej produktywności z tego powodu szacuje się na 411 mld USD. Utrata wzroku może dotknąć ludzi w każdym wieku, jednak większość osób z zaburzeniami widzenia i ślepotą jest w wieku powyżej 50 lat¹⁸.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), co drugi dorosły Polak używa soczewek w postaci szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, a co piąta osoba dorosła ma trudności z widzeniem. Najczęściej spotykaną wadę wzroku stanowią zaburzenia refrakcji oka (ok. 80% przypadków) z dominującą w większości przypadków krótkowzrocznością oraz nadwzrocznością¹⁹.

Wśród dzieci do 14 r.ż. zaburzenia wzroku stwierdza się u 659 na 1 tys. osób – częściej u dziewczynek (751/1 tys.) niż u chłopców (580/1 tys.). Największe

¹⁶ Tawfik S.A., Ibrahim A.A., Taalat I.M. i in.: Role of bacterial biofilm in development of middle ear effusion. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016, 273911), 4003-4009.

¹⁷ Gryczyńska D.: Przewlekłe zapalenie... op. cit.

¹⁸ Blindness and vision impairment, World Health Organization, www.who.int/news-room/fact-sheets.

¹⁹ Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.

rozpowszechnienie poważnych kłopotów ze wzrokiem zaobserwowano u dzieci w wieku 10-14 lat (870/1 tys. dzieci w tej grupie wieku)²⁰. Ze względu na różnice w definicjach i metodologii trudno jest podać dokładną częstość występowania niedowidzenia, jednakże u dzieci w wieku przedszkolnym szacuje się, że wynosi ona około 1–4%. Zaburzenia widzenia wynikające z wad refrakcji, niedowidzenia, zez a i astygmatyzmu dotyczą ok. 5–10% wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym²¹. Z kolei zgodnie z danymi podanymi przez Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu wady wzroku, należące do najczęściej występujących zaburzeń wieku dziecięcego, występują u 15–25% dzieci i najczęściej są to wady refrakcji do korekty okularami oraz zez, który powinien być leczony już w pierwszych latach życia²².

Niedosłuch jest na tyle istotnym problemem, że już w 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) stworzyła raport zawierający dane na temat występowania tego zaburzenia na całym świecie (zarówno u dzieci, jak i u dorosłych). Zgodnie z raportem WHO na świecie żyje 360 mln ludzi z niedosłuchem, z czego 32 mln (9%) stanowią dzieci. Największy odsetek odnotowuje się w regionach Azji Południowej, na wyspach Oceanu Spokojnego i w Afryce Subsaharyjskiej. Częstość występowania niedosłuchu obustronnego szacowana jest na 12–57 na 10 000 urodzeń²³.

W Polsce także starano się ustalić liczbę dzieci, które rodzą się z zaburzeniami słuchu. Wykazano, że częstość występowania niedosłuchu wynosi 2–5 na 1000 noworodków²⁴. Statystyki dotyczące niedosłuchu, zarówno światowe, jak i polskie, są dość niepokojące. Zaburzenie to stanowi bardzo poważny problem, a jego występowanie jest częste w porównaniu z innymi wadami wrodzonymi. Tym ważniejsza staje się zatem profilaktyka, która umożliwi poprawę niekorzystnej sytuacji²⁵. Wśród dzieci do 14 r.ż. zaburzenia słuchu stwierdza się u 60 na 1 tys. osób – częściej u chłopców (69/1 tys.) niż u dziewcząt (49/1 tys.). Największe rozpowszechnienie poważnych kłopotów ze słuchem zaobserwowano u dzieci w wieku 2-4 lat (89/1 tys. dzieci w tej grupie wieku)²⁶.

²⁰ Ibidem.

²¹ Granet DB, Khayali S., Amblyopia and strabismus... op. cit.

²² Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Infos nr 10(170), 29 maja 2014.

²³ WHO global estimates on prevalence of hearing loss [http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf].

²⁴ Przewoźny T, Piątkowski J, Stankiewicz C: Realizacja programu powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Klinice Otolaryngologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Ann Acad Med Gedan 2014; 44: 37–48.

²⁵ Przewoźny T, Piątkowski J, Stankiewicz C: Realizacja programu.. op. cit.

²⁶ Ibidem.

Mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 wskazują na najważniejsze problemy zdrowotne, które w 2019 r. osiągnęły najwyższe wartości chorobowości na 100 tys. ludności, oraz problemy, które staną się ważne w prognozie na 2028 r. Najbardziej istotne pod względem chorobowości w 2019 r. były zaburzenia w obrębie jamy ustnej oraz zespoły bólu głowy. Trzecią pozycję zajmuje i będzie zajmować w przyszłości utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami. Istotność ślepoty i upośledzenia wzroku, która plasowała się na 11. pozycji w 2019 r., wzrośnie przez lata i będzie na 10. pozycji w 2028 r. Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób narządów zmysłów (o ponad 2 874,08 na 100 tys. ludności, 9,98%), w tym głównie dla utraty słuchu związanej z wiekiem oraz innymi przyczynami, gdzie wzrost procentowy odnotowuje się na poziomie 10,24%. Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami stanowi coraz większe obciążenie dla społeczeństwa, ze względu na wzrost wartości chorobowości o 30% w 2019 r. w porównaniu do 1999 r. oraz wzrost znaczenia pod względem DALY. Z prognozy wynika, że ten problem zdrowotny odnotuje najsilniejszy wzrost liczby chorych spośród chorób narządów zmysłów i w 2028 r. zajmie jedno z pierwszych miejsc pod względem chorobowości w Polsce²⁷.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w roku 2023²⁸ w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z powodu chorób oka i przydatków oka osobom przed 18 r. ż. udzielono w Polsce ponad 818 tys. porad (11 916,5/100 tys. ludności w tym wieku). W województwie lubuskim było to 21 588 porad (12 311,8/100 tys. ludności) i były to głównie świadczenia w poradni okulistycznej (45,3%), poradni okulistycznej dla dzieci (31,2%) oraz poradni leczenia zezów (22,8%). Nieznacznie więcej porad udzielono dziewczynkom (51%). Głównym powodem zgłaszania się do poradni okulistycznej dla dzieci były zaburzenia mięśni gałki ocznej, obuocznego motoryki akomodacji i refrakcji (66,2% ogółu porad), a także upośledzenie widzenia i ślepota (37%). Przedstawione powyżej dane dotyczące powiatu żarskiego mogą wskazywać na wyższe, w porównaniu dla kraju, rozpowszechnienie problemów zdrowotnych narządu wzroku w populacji dzieci i młodzieży. W roku 2023 w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z powodu chorób ucha i wyrostka sutkowatego osobom przed 18 r. ż. udzielono w Polsce ponad 388 tys. porad

²⁷ Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021.

²⁸ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026>).

(5 653,7/100 tys. ludności w tym wieku). W województwie lubuskim było to 7 150 porad (4 077,7/100 tys. ludności) i były to głównie świadczenia w poradni otorynolaryngologicznej (77,3%). Nieznacznie więcej porad udzielono chłopcom (55,1%). Głównym powodem zgłaszania się do poradni otorynolaryngologicznej dla dzieci, tuż po chorobach górnych dróg oddechowych (36,3%), były choroby ucha środkowego i wyrostka sutkowatego (19,5%) oraz inne choroby ucha (16,6%).

3. Opis obecnego postępowania

Świadczenia z zakresu diagnostyki wad wzroku i słuchu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (porada specjalistyczna – audiologa i foniatrii oraz okulisty). Ponadto badania przesiewowe w kierunku wad wzroku i słuchu znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne. Lekarz POZ wykonuje badania przesiewowe w kierunku wad wzroku i słuchu w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych u dzieci w wieku 2 lat (test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów, test rozwoju reakcji słuchowych), 4 lat (test rozwoju reakcji słuchowych), a następnie w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego w wieku 6 lub 7 lat (wykrywanie zezów, wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku, ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu), w klasie III szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw), klasie VII szkoły podstawowej²⁹ (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku, wykrywanie zaburzeń słuchu), a także pierwszej i ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku)³⁰.

Testy przesiewowe wykonywane przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania dotyczą dzieci przygotowywanych do obowiązku szkolnego (przed rozpoczęciem I klasy szkoły podstawowej lub w I klasie), dzieci klasy III i V szkoły podstawowej, klasy VII szkoły podstawowej, a także pierwszej oraz ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej. W ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego realizowane są testy do wykrywania zaburzeń w kierunku zezów i ostrości wzroku, w klasie III oraz V – zaburzeń ostrości

²⁹ Dawniej I gimnazjum.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].

wzroku i widzenia barw, natomiast w klasie VII szkoły podstawowej oraz pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej – wyłącznie testy do wykrywania zaburzeń ostrości wzroku³¹. Badania w kierunku wad słuchu (badanie orientacyjne szeptem) wykonywane są w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie VII³².

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wady wzroku i słuchu stanowią istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki oraz audiologii i foniatrii dla dzieci finansowanych przez NFZ w gminie Żary jest mocno ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2025 w gminie nie zawarto żadnej umowy na realizację ww. świadczeń³³. W związku z powyższym mieszkańcy nierzadko korzystają z usług tego rodzaju na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do badań diagnostycznych w kierunku wad wzroku i słuchu u dzieci pozwoli na zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki wtórnej tych schorzeń w populacji docelowej.

Możliwość dobrego widzenia i słyszenia wpływa na prawidłowy rozwój dziecka, a także stanowi o jakości jego życia. Wady i dysfunkcje narządów zmysłów powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny, są również przyczyną problemów w opanowaniu nauki mowy, czytania i pisanie. Nieskorygowana wada wzroku, czy słuchu u dziecka, niewykryta we wczesnym dzieciństwie, może nieść za sobą konsekwencje niemożliwe do zniwelowania żadną korekcją w późniejszych latach. W związku z powyższym uważa się, że badania przesiewowe proponowane w programie pozwolą na wczesne wykrycie ww. zaburzeń i w konsekwencji zmniejszenie ryzyka odległych konsekwencji nieleczonej wady narządu zmysłu. Ponadto działania edukacyjne skierowane do rodziców pozwolą zwiększyć ich kompetencje w zakresie profilaktyki pierwotnej powstawania niedowidzenia i niedosłuchu.

Podkreślenia wymaga fakt, iż oferowany w planowanych interwencjach zakres badań przesiewowych w kierunku wad wzroku i słuchu w dużym stopniu poszerza

³¹ Ibidem.

³² Dawniej I gimnazjum.

³³ Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 12.06.2025 r.].

możliwości wykrycia nieprawidłowości w stosunku do badań diagnostycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Z kolei edukacja zdrowotna ukierunkowana na profilaktykę wad wzroku i słuchu w ogóle nie pojawia się wśród świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. W związku z powyższym zaplanowany przez gminę Żary Program stanowić będzie istotne uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Ponadto, należy podkreślić, że działania zaplanowane do realizacji w programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.³⁴: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025³⁵: Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026³⁶: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego: Obszar ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Rekomendacja 5.1: Poprawa dostępności do AOS w dziedzinach deficytowych, Rekomendacja 5.2: Skrócenie kolejek oczekujących, poprzez zapewnienie większego dostępu do poradni o specjalnościach charakteryzujących się długim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne;
4. Wojewódzki Plan Transformacji dla obszaru województwa lubuskiego³⁷: Obszar ambulatoryjna opieka, Rekomendacja 5.1, Działanie 31: Poprawa dostępności do świadczeń okulistycznych.

³⁴ Ibidem.

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

³⁷ Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Lubuskiego na lata 2022 -2026, DZ. URZ. WOJ. LUB 2024.3166, <https://dzienniki.luw.pl/legalact/2024/3166/> [dostęp: 13.06.2025 r.].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu w populacji dzieci w wieku 7 lat **dzięki wykryciu u co najmniej 20% z nich problemów w obszarze wad wzroku i/lub słuchu** poprzez prowadzone w ramach programu badania przesiewowe na terenie gminy Żary w latach 2026-2030.

2. Cel szczegółowy

Utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy w zakresie znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku i słuchu oraz leczenia wad wzroku i słuchu u co najmniej 60% rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych w latach 2026-2030.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku (wskaźnik docelowy ok. 20% ³⁸)
Główny	Odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę specjalistyczną w związku z wykrytą w programie wadą słuchu (wskaźnik docelowy ok. 9% ³⁹)
Szczegółowy	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu (wskaźnik docelowy 60% ⁴⁰)

³⁸ Średnia na podstawie danych z: Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Infos nr 10(170), 29 maja 2014.

³⁹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r. [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].

⁴⁰ Na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki wzroku i/lub słuchu u dzieci

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do dzieci 7-letnich zamieszkujących gminę Żary, a więc łącznie ok. 456 dzieci urodzonych w latach 2019-2022 (100% populacji docelowej), zgodnie z tabelą II. Działaniami edukacyjnymi zostanie objęty jeden rodzic/opiekun prawny dziecka włączonego do programu (ok. 456 osób). Zgodnie z szacunkami epidemiologicznymi, przedstawionymi w poprzednich punktach programu, wśród dzieci do 14 r.ż. zaburzenia wzroku stwierdza się u ok. 660 na 1 tys. osób, natomiast zaburzenia słuchu – u ok. 60 na 1 tys. osób. Biorąc pod uwagę powyższe dane można szacować, że spośród populacji objętej programem (456 osób) nawet 300 dzieci może zmagać się z problemem wad wzroku oraz nawet 30 dzieci – z problemem wad słuchu.

Tab. II. Populacja docelowa

Populacja dzieci 7-letnich w okresie realizacji programu						
Rok realizacji PPZ	2026	2027	2028	2029	2030	2026-2030
Rok urodzenia	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Liczba dzieci	120	120	73	81	62	456

Źródło: Bank Danych Lokalnych, bdl.stat.gov.pl (stan na 13.06.2025 r.).

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

1) Działania edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- rodzic/opiekun prawny dziecka w wieku 7 lat
- rodzic/opiekun prawny dziecka zamieszkującego na terenie Gminy Żary
- dobrowolna zgoda na udział w Programie

b) Kryteria wyłączenia (oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego):

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat

2) Badania przesiewowe wzroku

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7 lat
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Żary
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia (oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego):

- zdiagnozowana wada wzroku w wywiadzie
- pozostawanie dziecka pod opieką poradni okulistycznej dla dzieci
- korzystanie ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diagnostyki wad wzroku finansowanych przez Gminę Żary, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

3) Badania przesiewowe słuchu

a) Kryteria włączenia:

- wiek 7 lat
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Żary
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia (oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego):

- zdiagnozowana wada słuchu w wywiadzie
- pozostawanie dziecka pod opieką poradni audiologiczno-foniatrycznej dla dzieci
- korzystanie ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diagnostyki wad słuchu finansowanych przez Gminę Żary, NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek chorobowych w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu

Należy podkreślić, że kryteria włączenia i wyłączenia w przypadku badań przesiewowych wzroku oraz słuchu weryfikowane będą odrębnie. Jedno dziecko może spełniać warunki włączenia do programu zarówno w przypadku obu rodzajów badań przesiewowych, jak i jednego rodzaju (np. wyłącznie w kierunku wad wzroku).

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Żary (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

3.2. Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku i słuchu

1) Działania edukacyjne

- zaplanowane i prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę, edukatora zdrowia, profilaktyka lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, prowadzone w formie trwającego min. 90 minut spotkania dla rodziców na terenie wybranej szkoły podstawowej (obszar tematyczny: znaczenie prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku oraz konsekwencji nieleczonych wad wzroku, znaczenie prawidłowego funkcjonowania narządu słuchu oraz konsekwencji nieleczonych wad słuchu, czynniki sprzyjające powstawaniu wad wzroku oraz możliwości ich eliminowania, czynniki sprzyjające powstawaniu wad słuchu oraz możliwości ich eliminowania, metody leczenia wad wzroku i ich znaczenie, metody leczenia wad słuchu i ich znaczenie, sposób realizacji badań przesiewowych, prawdopodobieństw wystąpienia ubytku słuchu/wzroku u dzieci, realizacja dalszych badań diagnostycznych w razie potrzeby) – z uwzględnieniem badania poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji (wzór – załącznik 4),
- zrealizowane z założeniem nagrania wykładu celem umożliwienia wielokrotnego odtwarzania i tym samym zapoznania z przekazywanymi treściami szerszego grona odbiorców, w tym rodziców, którzy z różnych przyczyn nie mogli we wskazanym terminie i miejscu uczestniczyć w działaniach edukacyjnych,

- prowadzone podczas badań przesiewowych (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki wad narządów zmysłów; poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania).

2) **Badania przesiewowe wzroku** wykonywane przez lekarza specjalistę (lub w trakcie specjalizacji) z dziedziny: okulistyka lub okulistyka dziecięca, obejmujące:

- edukację zdrowotną ukierunkowaną na profilaktykę wad wzroku,
- testy przesiewowe:
 - badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów (tablic obrazkowych/tablic Snellena),
 - badanie widzenia obuocznego (test muchy),
 - badanie ustawienia oraz ruchomości gałek ocznych (test Hirschberga),
 - test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (cover test),
 - testu zakrywania i odkrywania (cover uncover test),
 - badanie widzenia barwnego (tablice Ishihary),
 - badanie refrakcji obiektywnej metodą refraktometru lub skiaskopii.
- przygotowanie pisemnej informacji dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ,
- przygotowanie pisemnej informacji o wyniku badania celem dołączenia jej do dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną,
- w razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni okulistycznej dla dzieci wraz ze wskazaniem listy podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

3) **Badania przesiewowe słuchu** wykonywane przez lekarza specjalistę (lub w trakcie specjalizacji) z dziedziny: audiologii i foniatrii, laryngologii lub otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej, obejmujące:

- edukację zdrowotną ukierunkowaną na profilaktykę wad słuchu,
- testy przesiewowe:
 - badanie otoskopowe uszu,
 - badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB,

- przygotowanie pisemnej informacji dla rodziców o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ,
- przygotowanie pisemnej informacji o wyniku badania celem dołączenia jej do dokumentacji prowadzonej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną (w I klasie),
- w razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni specjalistycznej dla dzieci wraz ze wskazaniem listy podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie rodzicowi/opiekunowi prawnemu należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 3).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak m.in.:

- National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH),
- US Preventive Services Task Force (USPSTF),
- American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS),
- UK National Screening Committee (UK NSC),
- Polskie Towarzystwo Ortoptyczne (PTOrt),
- The Canadian Paediatric Society (CPS).

Pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów, wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, liczne towarzystwa naukowe oraz eksperci kliniczni zalecają przeprowadzanie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji dzieci w wieku przedszkolnym. Wielu autorów podkreśla pozytywne aspekty takich testów związane przede wszystkim z możliwością wcześniejszego wykrycia i diagnozowania zaburzeń narządu wzroku. Działania takie powinny być skierowane przede wszystkim do małych dzieci, w przypadku których nierzadko subiektywne odczucia nie są adekwatne do stanu zdrowia ich wzroku. Ponadto według licznych gremiów ekspertów niezwykle istotne jest edukowanie rodziców, którzy wyposażeni w odpowiedniej jakości wiedzę będą bardziej skłonni do konsultowania stanu wzroku swoich dzieci ze specjalistami –

okulistami i/lub optometrystami. Eksperci podkreślają, iż dziecko dobrze widzące dzięki właściwemu skorygowaniu wady, rozpoczynające swoją edukację, będzie osiągało lepsze wyniki w nauce, a także będzie miało większe możliwości edukacyjne i sportowe.

Wszystkie wymienione w punkcie poprzednim towarzystwa naukowe rekomendują wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w populacji dzieci w wieku przed rozpoczęciem nauki w szkole. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF 2011)⁴¹ oraz American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS 2014)⁴² rekomendują wykonywanie badań przesiewowych wzroku co najmniej raz w roku u dzieci w wieku 3-5 lat. Według wytycznych National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH 2016)⁴³ z kolei badanie przesiewowe powinno być wykonywane corocznie lub wykonane co najmniej raz (minimalny standard) wśród dzieci w wieku 3-7 lat. W Wielkiej Brytanii natomiast badania przesiewowe w kierunku wad wzroku u dzieci wykonywane są w wieku 4 i 5 lat, zgodnie z zaleceniami UK National Screening Committee (2013)⁴⁴. Wytyczne NCCVEH⁴⁵ podkreślają, że w badaniach tych wymagany jest udział przeszkolonego i certyfikowanego personelu medycznego, co zostało zaplanowane w projekcie. Dodatkowo wg ekspertów konieczne jest odpowiednie zapisywanie i przekazywanie wyników badań m.in. rodzinie, POZ oraz szkole, w związku z czym w programie zaplanowano przekazanie wyników w formie pisemnej rodzicom/opiekunom prawnym dzieci wraz z adnotacją o konieczności przekazania ich do pediatry opiekującego się dzieckiem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Informacja o wynikach badania zostanie także zarchiwizowana w dokumentacji pielęgniarki/higienistki szkolnej.

Wszystkie zaproponowane w programie metody badań przesiewowych w kierunku wykrycia nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania narządu wzroku znajdują potwierdzenie we wskazanych powyżej rekomendacjach ekspertów. Badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów zalecane jest jako jedno z podstawowych badań

⁴¹ US Preventive Services Task Force. Vision Screening For Children 1 To 5 Years Of Age: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 2011;127(2):340-346.

⁴² AAPOS Vision Screening Recommendations, Approved by AAPOS Board of Directors- May, 2014 [www.aapos.org; dostęp: 13.06.2025 r.].

⁴³ National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH), Children's Vision and Eye Health: A Snapshot of Current National Issues, February 2016.

⁴⁴ The UK NSC recommendation on Vision defects screening in children, December 2013 [legacyscreening.phe.org.uk; dostęp: 13.06.2025 r.].

⁴⁵ National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH)... op. cit.

profilaktycznych w kierunku wad wzroku i chorób oczu m.in. przez PTOrt⁴⁶, CPS⁴⁷ oraz AAPOS⁴⁸. AAPOS⁴⁹ oraz CPS⁵⁰ oraz zalecają także wykonywanie wśród badań rutynowych oceny ruchów i ustawienia gałek ocznych. Wśród testów zalecanych przez CPS⁵¹ wymienione zostały także: test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych (cover test) oraz test zakrywania i odkrywania (cover uncover test). Z kolei badanie obuocznego widzenia zaplanowane w projekcie przy wykorzystaniu tzw. testu muchy (jednego z rodzajów stereotestów) pozostaje w zgodzie z rekomendacjami NCCVEH⁵².

Nieleczony ubytek słuchu powyżej 20 dB może mieć negatywny wpływ na rozwój mowy, języka oraz rozwój kognitywny, a w następstwie na osiągnięcia w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym nawet z niewielkim ubytkiem słuchu, i które wydają się funkcjonować prawidłowo, istnieje istotne ryzyko problemów w szkole, w społeczeństwie i problemów z zachowaniem. Dlatego też identyfikacja nawet niewielkiego ubytku słuchu jest istotna i umożliwia podjęcie efektywnego leczenia zanim powstaną znaczące uszkodzenia (ECS 2012). Odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (AAP 2016, ECS 2012, AAA 2011). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat (AAP 2016, AAA 2011) oraz w wieku 11 lat (ASHA 2016). Badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. (m. in. AAP 2016, AAA 2011). Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB (ASHA 2016, AAP 2010)⁵³.

Liczne badania naukowe dowodzą, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad narządów zmysłów wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest

⁴⁶ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 97/2018 z dnia 21 czerwca 2018 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny Program Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].

⁴⁷ Vision screening in infants, children and youth, Apr 1 2009, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee.

⁴⁸ AAPOS Vision Screening Recommendations... op. cit.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Vision screening in infants, children and youth... op. cit.

⁵¹ Vision screening in infants, children and youth... op. cit.

⁵² National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH), Children's Vision and Eye Health... op. cit.

⁵³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r. [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].

opłacalne kosztowo⁵⁴⁵⁵. Także analizy kosztów uwzględniające dodatkowo efekty jakościowe leczenia niedowidzenia i niedosłuchu uwidaczniają, że korzyści społeczne badań przesiewowych i badań wykonywanych w ramach kompleksowej diagnostyki narządów zmysłów przewyższają koszty poniesione w związku z realizowanymi interwencjami profilaktycznymi⁵⁶.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane rodzicom/opiekunom prawnym terminy wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej oraz wykonywania badań przesiewowych. Badania przesiewowe w programie będą realizowane w siedzibie realizatora lub w szkole podstawowej, do których uczęszczają dzieci z grupy docelowej. Badania te odbywać się będą indywidualnie. Wzór karty uczestnika programu określono w załączniku 1. W ramach akcji edukacyjnej w szkole podstawowej na terenie gminy Żary prowadzone będą wykłady z zakresu edukacji zdrowotnej w odniesieniu do profilaktyki wad wzroku i słuchu w grupie docelowej rodziców.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Rodzice mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału dziecka w programie. Po wykonaniu badania przesiewowego w przypadku braku stwierdzonych wad wzroku/słuchu dziecko kończy udział w programie. W przypadku dodatniego wyniku badania przesiewowego rodzice/opiekunowie prawni dzieci objętych programem:

- zostają poinformowani o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym w razie konieczności pisemne zlecenie dalszej diagnostyki i/lub leczenia wraz ze wskazaniem rodzicom listy podmiotów

⁵⁴ Kemper AR, Crews JE, Strickland B, Saaddine JB. Vision Screening Among Children Aged <6 Years Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2009-2010. MMWR, 2014;63(2):43-46.

⁵⁵ 1Rein DB, Wittenborn JS, Zhang X, et al. The Potential Cost-Effectiveness Of Amblyopia Screening Programs. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus, 2012;49(3):146-155.

⁵⁶ Nader N. Costs, Benefits of Child Vision Screening Depend on Predictive Criteria of Screening Tools. Ocular Surgery News U.S. Edition. March 1, 2005.

lecniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);

- kończą udział dziecka w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu (II kwartał 2025 r.);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Wojewodę Lubuskiego (III kwartał 2025 r.);
- 3) podjęcie uchwały w sprawie programu polityki zdrowotnej przez Radę Gminy Żary (III-IV kwartał 2025 r.);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (IV kwartał 2025 – I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030):
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki, media),
 - działania edukacyjne,
 - badania przesiewowe narządu wzroku,
 - badania przesiewowe narządu słuchu,
 - analiza półrocznych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (I kwartał 2031):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji pacjentów (załącznik 3),
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i przekazanie go do AOTMiT (I kwartał 2031).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Żary. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot, spełniający następujące wymagania formalne:

- prowadzenie podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej lekarza,
- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 r. poz. 799 z późn. zm.],
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.] – w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki, okulistyki dziecięcej, audiologii i foniatrii, laryngologii, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, optometrystów;
- zapewnienie prowadzenia działań edukacyjnych w programie wyłącznie przez ww. specjalistów lub pielęgniarki, edukatorów zdrowotnych, profilaktyków, specjalistów zdrowia publicznego;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1545 ze zm.], Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji

w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 2465], a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm.].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do programu
- liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych,
- liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych narządu wzroku,
- liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych narządu słuchu,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji.

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie na podstawie:

- analizy wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu prowadzona na podstawie następujących mierników:

- odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku,
- odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę specjalistyczną w związku z wykrytą w programie wadą słuchu,
- odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. III. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe z nagraniem wykładu)	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	220,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	220,00

2. Planowane koszty całkowite

Celem oszacowania budżetu w poszczególnych latach, biorąc pod uwagę zaokrągloną liczbę dzieci z poszczególnych roczników (tabela II), zaplanowano po 120 badań przesiewowych w latach 2026-2027 oraz po 80 badań przesiewowych w latach 2028-2030 (uwzględniono możliwość zmiany liczby dzieci z uwagi na migracje ludności, dlatego też w planowanym budżecie zaplanowano ok. 25 badań więcej).

Tab. IV. Łączne szacunkowe koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje w całym okresie realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	5	800,00	4 000,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	480	220,00	105 600,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	480	220,00	105 600,00
Razem			215 200,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	1	800,00	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	120	220,00	26 400,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	120	220,00	26 400,00
Razem w roku 2026			53 600,00
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	1	800,00	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	120	220,00	26 400,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	120	220,00	26 400,00
Razem w roku 2027			53 600,00
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	1	800,00	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	80	220,00	17 600,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	80	220,00	17 600,00
Razem w roku 2028			36 000,00
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	1	800,00	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	80	220,00	17 600,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	80	220,00	17 600,00
Razem w roku 2029			36 000,00
1. Działania edukacyjne (spotkanie 90-minutowe)	1	800,00	800,00
2. Badania przesiewowe narządu wzroku	80	220,00	17 600,00
3. Badania przesiewowe narządu słuchu	80	220,00	17 600,00
Razem w roku 2030			36 000,00
Razem w latach 2026-2030			215 200,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu oraz ewaluacji w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Żary. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Żary oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 215 200 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Żary, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Żary. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2024 poz. 146 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], oraz innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia

1. AAPOS Vision Screening Recommendations, Approved by AAPOS Board of Directors- May, 2014 [www.aapos.org; dostęp: 13.06.2025 r.].
2. Blindness and vision impairment, World Health Organization, www.who.int/news-room/fact-sheets.
3. Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, *Optyka* 4(41)2016, s. 32-36.
4. Dumanch K., Holte L., O'Holleam T.i in.: High Risk factors associated with early childhood hearing loss: A 3-Year review. *Am.J.of Audiol.* 2017, 26,2, 129-142
5. Głowacka A., Miśkowiak B.: Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa, *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(4): 663-666.
6. Gotz_Więckowska A., Komentarz do artykułu Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, *Okulistyka po dyplomie*, tom 3, nr 3, 2013, s. 18-19.
7. Granet DB, Khayali S., Amblyopia and strabismus, *Pediatric Annals*, 2011; 40 (2): 89–94.
8. Gryczyńska D.: Przewlekłe zapalenie ucha z wysiękiem w Otorynolaryngologia dziecięca red. D. Gryczyńska, Bielsko-Biała 2007, 134-141.
9. Informator o umowach NFZ, aplikacje.nfz.gov.pl [dostęp elektroniczny, 12.06.2025 r.].
10. Kemper AR, Crews JE, Strickland B, Saaddine JB. Vision Screening Among Children Aged <6 Years Medical Expenditure Panel Survey, United States, 2009-2010. *MMWR*, 2014;63(2):43-46.
11. Krawczyk A., Ambroziak A.: Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenezy, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki, Program edukacyjny „Kompedium okulistyki”, Zeszyt 4'2011 (16).
12. Kubatko-Zielińska A., Astygmatyzm (niezbornosć), *Medycyna Praktyczna*, 05.04.2013 [okulistyka.mp.pl].
13. Kubatko-Zielińska A., Nadwzroczność, *Medycyna Praktyczna*, 26.09.2012 [okulistyka.mp.pl; dostęp: 25.09.2019 r.]
14. Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa, sierpień 2021.
15. Na podstawie doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w obszarze profilaktyki wzroku i/lub słuchu u dzieci
16. Nader N. Costs, Benefits of Child Vision Screening Depend on Predictive Criteria of Screening Tools. *Ocular Surgery News U.S. Edition*. March 1, 2005.
17. National Center for Children's Vision and Eye Health (NCCVEH), Children's Vision and Eye Health: A Snapshot of Current National Issues, February 2016.
18. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
19. Obwieszczenie Wojewody Lubuskiego z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie zaktualizowanego Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa

- Lubuskiego na lata 2022 -2026, DZ. URZ. WOJ. LUB 2024.3166, <https://dzienniki.luw.pl/legalact/2024/3166/> [dostęp: 13.06.2025 r.].
20. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r. [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].
 21. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 97/2018 z dnia 21 czerwca 2018 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny Program Zdrowotny „Wczesne wykrywanie wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat” [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].
 22. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r. [bipold.aotm.gov.pl; dostęp: 13.06.2025 r.].
 23. Przewoźny T, Piątkowski J, Stankiewicz C: Realizacja programu powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Klinice Otolaryngologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Ann Acad Med Gedan* 2014; 44: 37–48.
 24. Rein DB, Wittenborn JS, Zhang X, et al. The Potential Cost-Effectiveness Of Amblyopia Screening Programs. *Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus*, 2012;49(3):146-155.
 25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.].
 26. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
 27. Seo-Wei L. et al.: Oparte na dowodach naukowych aktualne poglądy na krótkowzroczność i postępowanie spowalniające jego progresję, *Okulistyka po dyplomie*, tom 3, nr 3, 2013, s. 6-17.
 28. Skibska J., Uczeń z wadą słuchu w młodszym wieku szkolnym w szkole ogólnodostępnej – problemy i ich rozwiązania
 29. Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021.
 30. Średnia na podstawie danych z: Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, *Infos* nr 10(170), 29 maja 2014.
 31. Tawfik S.A., Ibrahim A.A., Taalat I.M. i in.: Role of bacterial biofilm in development of middle ear effusion. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016, 273911), 4003-4009.
 32. The UK NSC recommendation on Vision defects screening in children, December 2013 [legacyscreening.phe.org.uk; dostęp: 13.06.2025 r.].
 33. US Preventive Services Task Force. Vision Screening For Children 1 To 5 Years Of Age: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 2011;127(2):340-346.
 34. Vision screening in infants, children and youth, Apr 1 2009, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee.
 35. WHO global estimates on prevalence of hearing loss [http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf].
 36. Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, *Infos* nr 10(170), 29 maja 2014.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika PPZ „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030”

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego programu)

III. Badanie przesiewowe narządu wzroku

Data świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
	Wykryto wadę wzroku ☐ tak ☐ nie
	Jeżeli tak, to jaką?
	Skierowano na dalszą diagnostykę/leczenia poza PPZ ☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis lekarza)

IV. Badanie przesiewowe narządu słuchu

Data świadczenia	Informacja dla celów ewaluacji
	Wykryto wadę słuchu ☐ tak ☐ nie Jeżeli tak, to jaką? Skierowano na dalszą diagnostykę/leczenia poza PPZ ☐ tak ☐ nie

.....
(data i podpis lekarza)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach PPZ „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030”

I. Dane realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjnej	
Monitoring	
liczba osób zakwalifikowanych do programu	
liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych narządu wzroku	
liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych narządu słuchu	
liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z analizą przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji (krótki opis)*	

Ewaluacja*	
Liczba i odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku	
Liczba i odsetek dzieci, którym zalecono dalszą diagnostykę specjalistyczną w związku z wykrytą w programie wadą słuchu	
Liczba i odsetek osób, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika PPZ „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030”

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(1 - zdecydowanie tak, 2 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nie, 5 - zdecydowanie nie)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki chorób narządu wzroku i słuchu u dziecka?

(1 - zdecydowanie przydatne, 2 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 4 - raczej nieprzydatne, 5 - zdecydowanie nieprzydatne)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i jakość świadczeń zdrowotnych otrzymanych w ramach programu?

(1 – bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - przeciętnie, 4 - źle, 5 - bardzo źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(1 - bardzo dobrze, 2 - dobrze, 3 - średnio, 4 - raczej źle, 5 - źle)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Test wiedzy rodzica/opiekuna prawnego – uczestnika PPZ „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku i słuchu wśród dzieci wczesnoszkolnych w gminie Żary na lata 2026-2030”

1. Które z poniższych zachowań dziecka może świadczyć o ukrytej wadzie wzroku, mimo braku skarg?

- A. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rówieśnikami
- B. Zdolność do czytania na głos z pamięci
- C. Przybliżanie głowy do zeszytu podczas pisania
- D. Umiejętność rysowania prostych kształtów

2. Jak często zgodnie z zaleceniami powinno się wykonywać przesiewowe badania słuchu u dzieci w wieku szkolnym (w populacji ogólnej)?

- A. Raz na 3 miesiące
- B. Tylko przed pójściem do szkoły
- C. W wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym i przy podejrzeniu trudności w nauce lub komunikacji
- D. Co roku do 18. roku życia

3. Które ze stwierdzeń najlepiej odzwierciedla aktualne zalecenia dotyczące ergonomii stanowiska pracy wzrokowej u dziecka?

- A. Monitor powinien znajdować się poniżej linii oczu, w odległości 40-75 cm, z odpowiednim oświetleniem
- B. Dziecko może leżeć na brzuchu i używać tabletu w ciemnym pokoju
- C. Monitor powinien być ustawiony tuż nad poziomem głowy, aby angażować kark
- D. Wystarczy, że dziecko nie odczuwa bólu oczu, nie ma potrzeby kontroli ustawienia

4. Który z poniższych objawów u dziecka może sugerować niedosłuch jednostronny?

- A. Brak kontaktu wzrokowego
- B. Słabsze wyniki w nauce i trudności ze zrozumieniem mowy w hałasie
- C. Wysoka gorączka bez przyczyny
- D. Zaburzenia równowagi przy bieganiu

5. Jakie ryzyko wiąże się z nieleczoną nadwzrocznością u dziecka?

- A. Tylko pogorszenie ostrości widzenia do dali
- B. Powstanie zwyrodnienia plamki żółtej
- C. Możliwość rozwoju zezu i niedowidzenia
- D. Problemy wyłącznie podczas nauki pływania

6. Które z poniższych zachowań rodzica najlepiej wspiera profilaktykę słuchu u dziecka?

- A. Zakup słuchawek dousznych i ograniczanie czasu ich używania do 2 godzin dziennie
- B. Edukowanie dziecka, by nie zwiększało głośności w hałaśliwym otoczeniu
- C. Regularne przemywanie uszu wodą utlenioną
- D. Korzystanie z aplikacji do testowania słuchu co tydzień

Uzasadnienie

Wady wzroku i słuchu stanowią istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży, co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne. Dostęp do usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki oraz audiologii i foniatrii dla dzieci finansowanych przez NFZ w gminie Żary jest mocno ograniczony – zgodnie z danymi płatnika na rok 2025 w gminie nie zawarto żadnej umowy na realizację ww. świadczeń. W związku z powyższym mieszkańcy nierzadko korzystają z usług tego rodzaju na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do badań diagnostycznych w kierunku wad wzroku i słuchu u dzieci pozwoli na zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki wtórnej tych schorzeń w populacji docelowej.

Możliwość dobrego widzenia i słyszenia wpływa na prawidłowy rozwój dziecka, a także stanowi o jakości jego życia. Wady i dysfunkcje narządów zmysłów powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny, są również przyczyną problemów w opanowaniu nauki mowy, czytania i pisania. Nieskorygowana wada wzroku, czy słuchu u dziecka, niewykryta we wczesnym dzieciństwie, może nieść za sobą konsekwencje niemożliwe do zniwelowania żadną korekcją w późniejszych latach. W związku z powyższym uważa się, że badania przesiewowe proponowane w programie pozwolą na wczesne wykrycie ww. zaburzeń i w konsekwencji zmniejszenie ryzyka odległych konsekwencji nieleczonej wady narządu zmysłu. Ponadto działania edukacyjne skierowane do rodziców pozwolą zwiększyć ich kompetencje w zakresie profilaktyki pierwotnej powstawania niedowidzenia i niedosłuchu.