

**UCHWAŁA NR 530/XL/2022
RADY MIASTA ŻORY**

z dnia 31 marca 2022 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pod nazwą - program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz dla osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory na lata 2022-2026

Na podstawie art.18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz.U. z 2022 poz. 559 ze zm.) oraz art. 48 ust.1 i ust. 3 pkt w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 rok o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2021 poz. 1285 ze zm.)

Rada Miasta

uchwała:

§ 1.

Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn., „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory" na lata 2022-2026, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podpisania.

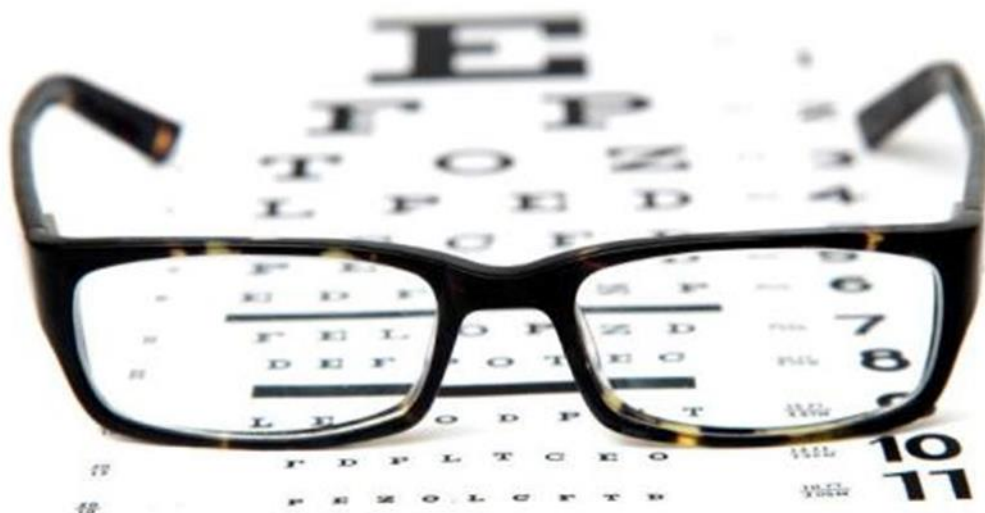
Przewodniczący Rady
Miasta

Piotr Koszyła



PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz dla osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory”.
na lata 2022-2026**



Podstawa prawna : art.48 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

Wersja uwzględnia uwagi zawarte w opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 61/2021 z dnia 29 października 2021 r.

Program opracowany przez Gminę Miejską w Żorach

Żory, marzec 2022

Spis treści:

- I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**
 1. Opis problemu zdrowotnego
 2. Dane epidemiologiczne
 3. Opis obecnego postępowania
 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu
- II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**
 1. Cel główny
 2. Cele szczegółowe
 3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
- III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej**
 1. Populacja docelowa
 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
 3. Planowane interwencje
 4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej
 5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania
- IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**
 1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne
 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczącej personelu, wyposażenia i warunków lokalowych
- V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**
 1. Monitorowanie
 2. Ewaluacja
- VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**
 1. Koszty jednostkowe
 2. Planowane koszty całkowite
 3. Źródło finansowania

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

1. Opis problemu zdrowotnego.

Krótkowzroczność jest najczęściej występującą wadą wzroku – zarówno u dzieci i młodzieży szkolnej jak i u dorosłych. Postęp cywilizacyjny, a w bliskiej perspektywie czasu – pandemia, która spowodowała większą potrzebę pracy z bliskich odległości, częściej niż dotychczas - korzystanie z urządzeń elektronicznych typu komputer, telefon itp., przebywanie głównie w zamkniętych pomieszczeniach – przyczyniły się do rozwoju krótkowzroczności. To może powodować mechaniczne rozciągania i przerzedzenie naczyńki oraz warstwy nabłonka barwnikowego siatkówki, prowadząc do negatywnych zmian degeneracyjnych.

Krótkowzroczność to jedna z form wady wzroku. Obecność tej wady wzroku powoduje, iż w przypadku braku jej korekcji człowiek widzi wyraźnie tylko przedmioty z bliska a widzenie do dali jest zamazane. Jakość widzenia do dali pogarsza się wraz ze wzrostem wielkości wady. W przypadku bardzo dużej wady, człowiek bez korekcji jest w stanie widzieć z odległości 10-30 cm. Krótkowzroczność podzielono w zależności od wielkości wady na 3 grupy: małą, średnią oraz wysoką lub dużą. Wysoka krótkowzroczność odpowiada wadzie wyższej niż -6,0 dioptrii. Według innych autorów to -8,0 dioptrii uznawane jest za krótkowzroczność wysoką. Główną przyczyną pojawienia się krótkowzroczności jest wydłużenie lub zwiększenie długości gałki ocznej w wymiarze przednio tylnym. Każde zwiększenie długości gałki ocznej o 1 milimetr powoduje zwiększenie wady wzroku o 3 dioptrie.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci wzrost występowania wad refrakcji wynikających z zaburzeń rozwoju gałki ocznej jest głównie w krajach o wysokim poziomie cywilizacyjnym, 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 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 podczas badań przesiewowych wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wady wzroku 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 narządu wzroku, może przyczynić się do problemów w nauce, trudności z czytaniem i pisanem, 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, w tym szczególnie badania przesiewowe znajdujące zastosowanie w pediatrii. Badania te pozwalają w szybki i prosty sposób dokonać wstępnej identyfikacji zaburzeń wzroku, których wczesne rozpoznanie jest kluczowe dla dokonania skutecznej korekcji wady, podjęcia leczenia i spowolnienia procesu chorobowego.

Wśród problemów mogących pojawić się u dzieci w wieku szkolnym 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 zaburzeniem widzenia obuocznego. Niedowidzenie stanowi najczęściej występującą przyczynę jednoocznego upośledzenia widzenia u dzieci i młodych dorosłych. Wśród głównych kategorii zaburzeń będących przyczyną niedowidzenia znajdują się: 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 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 nadwzroczności.

Wśród wad refrakcji (załamania światła) mogących rozwinąć się u dzieci jak i dorosłych znajdują się: krótkowzroczność, nadwzroczność, różnowzroczność oraz astygmatyzm. Za najczęściej występujące zaburzenia narządu wzroku uznaje się krótkowzroczność. Wada ta polega na tym, iż wpadające do nienapiętego oka równoległe promienie światła zostają zogniskowane 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 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 jaskra. 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 – zarówno wśród dzieci jak i dorosłych - wymienia się m.in. prace 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 wada jest ustabilizowana, można wykonać 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 częściej.

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 emetropizacji. Nadwzroczność, ze względu na bardzo silne zdolności akomodacyjne w wieku przedszkolnym, nierzadko bywa niewykrywalna podczas badań wzroku. Należy jednak podkreślić, iż długotrwałe nadmierne napięcie akomodacyjne może w konsekwencji skutkować nadmierną konwergencją i tym samym pojawieniem się zezą zbieżnego. Wśród jego innych negatywnych konsekwencji wykazuje 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 bliska, podwójnego widzenia oraz znacznego napięcia w obrębie gałek ocznych. Nierzadko dzieci z nadwzrocznością cechuje 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 bliska.

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 zezą mała nadwzroczność nie wymaga korygowania, wskazana jest jedynie okresowa kontrola okulistyczna.

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 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 krótkowzroczności. 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 niemowlęcym, szczególnie tych, u których występowała retinopatia. Wśród powszechnie występujących wad wzroku pojawia się także astygmatyzm (niezborność). Zaburzenie to polega na różnej sile załamania 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, ale różnej wielkości) lub mieszany (w jednej płaszczyźnie oko jest nadwzroczne, a w drugiej krótkowzroczne). Z astygmatyzmem prostym (niezbornością prostą) mamy do czynienia kiedy załamywanie światła w płaszczyźnie pionowej jest silniejsze niż w płaszczyźnie poziomej, z kolei astygmatyzm nieregularny (niezborność nieregularna) występuje gdy warunki załamania światła są odwrotne, a więc silniejsze załamywanie 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 sferocylindryczne.

2. Dane epidemiologiczne.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku, w tym 14% z nich stanowią niewidomi, a 86% ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku. WHO podaje, że w 80% przypadków zaburzeń widzenia można uniknąć lub poddać się leczeniu. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), co drugi dorosły Polak używa soczewek w postaci szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, a co czwarta osoba dorosła ma problem z przeczytaniem gazety. Najczęściej spotykaną wadą wzroku stanowią zaburzenia refrakcji oka (ok. 80% przypadków) z dominującą w większości przypadków krótkowzrocznością oraz nadwzrocznością. Według raportu WHO na krótkowzroczność, nadwzroczność, jaskrę, zaćmę i inne zaburzenia wzroku cierpi ponad 2,2 mld ludzi na świecie, z czego ponad 1 mld nie jest leczony z powodu braku dostępu do opieki okulistycznej. Z raportu wynika, że na pogorszenie się widzenia wpływ mają starzenie się populacji, zmiana stylu życia i ograniczony dostęp do opieki okulistycznej. Jak mówił dyrektor generalny WHO dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, ludzie potrzebują dostępu do opieki okulistycznej i muszą otrzymywać ją na wysokim poziomie. Uwzględnienie tego zagadnienia w krajowych planach zdrowotnych jest ważną częścią drogi każdego kraju w kierunku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród dzieci w wieku do 15 roku życia, zaburzenia wzroku stwierdza się u 622

na 1000 chłopców oraz u 710 na 1000 dziewczynek z kłopotami zdrowotnymi i trudnościami w funkcjonowaniu narządów zmysłu i ruchu. Najliczniejszą grupę (16%), która miała poważne kłopoty lub trudności stanowiły osoby w wieku 10-14 lat, wśród których najczęstszym problemem były kłopoty ze wzrokiem – wystąpiły one u 820 na 1000 dzieci w tej grupie wiekowej. Ze względu na różnice w definicjach i metodologii trudno jest podać dokładną częstość występowania niedowidzenia, jednakże u dzieci w wieku wczesnoszkolnym szacuje się, że wynosi ona około 1 – 4%. Zaburzenia widzenia wynikające z wad refrakcji, niedowidzenia, zez a astygmatyzmu dotyczą około 5-10% wszystkich dzieci w wieku szkolnym.

Zaburzenia narządu wzroku występują, w zależności od wieku, u ok. 15–25% dzieci i ich częstość nie ulega zmianie. Najczęstsze to: wady refrakcji (krótkowzroczność, dalekowzroczność i astygmatyzm, wymagające korekcji za pomocą okularów) i zez, który powinien być leczony w pierwszych latach życia. Według badań przeprowadzonych w roku 2014 przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) – ponad 52% mieszkańców Polski w wieku 15 lat lub więcej używało okularów lub szkieł kontaktowych w celu korekcji wad refrakcji.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego w roku 2016 – w ramach 42 poradniach okulistycznych dla dzieci udzielono 101,82 tys. porad. Tabela nr 1. Ilustruje liczbę udzielonych porad.

Tabela nr 1.

L.pl	Województwo	Liczba porad (tys)	Liczba porad na poradnie	Liczba poradni
1	dolnośląski	17,84	1274,64	14
2	kujawsko-pomorskie	11,24	3747,00	3
3	lubelskie	21,24	3540,50	6
4	lubuskie	7,56	3780,5	2
5	łódzkie	39,3	1965,10	20
6	małopolskie	22,69	2268,80	10
7	mazowieckie	96,18	3847,32	25
8	opolskie	9,23	3078,33	3
9	podkarpackie	16,46	4113,75	4
10	podlaskie	14,83	4942,67	3
11	pomorskie	20,11	5026,25	4
12	śląskie	101,82	2424,21	42
13	świętokrzyskie	21,00	3500,17	6
14	warmińsko-mazurskie	10,85	2713,00	4

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego(rok 2018)

W ramach świadczeń sfinansowanych ze środków NFZ liczba porad okulistycznych (wg sprawozdania ZD3) wyniosła 1.180,4 tys. Porównanie liczby porad sprawozdanych poprzez ZD-3 oraz liczby porad sprawozdanych do NFZ wskazuje, że 379,9 tys.

(tj. 24,3%) porad nie jest sfinansowana w ramach umowy zawartej z NFZ . Tabela nr 2. Ilustruje liczbę porad sprawozdanych do NFZ.

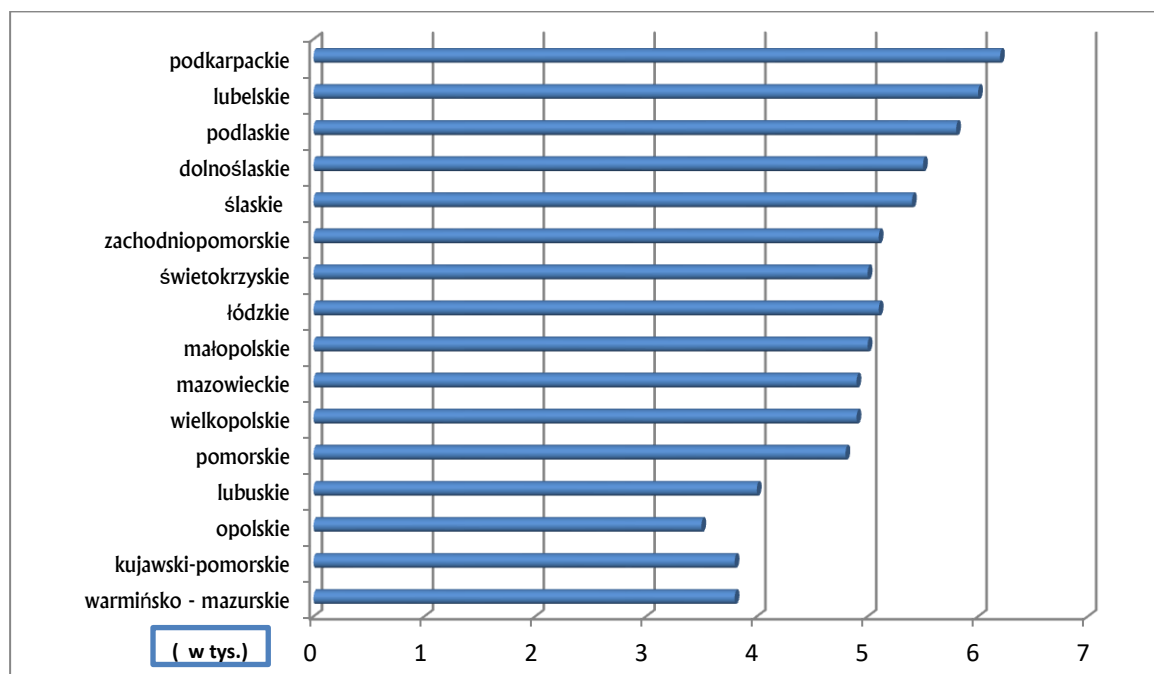
Tabela nr 2. Liczba porad sprawozdanych do NFZ

Lp.	Nazwa poradni	Liczba porad NFZ (w tys.)
1	Poradnia okulistyczna	1.084,39
2	Poradnia okulistyczna dla dzieci	94,24
3	Poradnia leczenia zeza	1,79
4	Poradnia leczenia jaskry	0,03
5	Poradnia leczenia zeza dla dzieci	0,00

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego(rok 2018).

Chorobowość (ang. prevalence), a dokładniej współczynnik chorobowości (ang. prevalence rate) – to inaczej liczba chorych w danej chwili na konkretną chorobę w określonej grupie mieszkańców (np. na 100 tys. mieszkańców). Współczynnik ten obejmuje zarówno osoby chorujące już wcześniej, jak i nowo stwierdzone przypadki (zapadalność). Współczynnik chorobowości - choroby oka i okolic w województwie śląskim - w podstawowej opiece zdrowotnej wg. miejsca zamieszkania w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności ilustruje Wykres nr 1.

Wykres nr 1. Współczynnik chorobowości – choroby oka – woj. Śląskie.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego(rok 2018).

Tabela nr 3 przedstawia strukturę zapadalności rejestrowanej (zez oraz niedowidzenie) w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz grupy wiekowej.

Tabela nr 3.

Województwo	udział kobiet (%)	udział ludności miejskiej (%)	Grupa wiekowa (%)				
			< 18	18-44	44-54	54-64	65 +
dolnośląskie	60,04	70,29	24,98	20,64	11,72	18,50	24,15
kujawsko-pomorskie	60,02	63,39	21,38	19,29	15,41	18,37	25,56
lubelskie	59,64	47,40	27,92	22,58	13,92	14,81	20,77
lubuskie	59,39	68,69	26,74	21,45	13,51	16,82	21,49
łódzkie	59,90	67,43	23,38	20,93	15,22	17,53	2,95
małopolskie	59,57	49,40	28,05	20,21	14,37	15,97	21,40
mazowieckie	60,46	64,50	26,87	19,63	12,82	16,68	24,00
opolskie	59,54	57,28	24,74	20,22	14,58	17,16	23,31
podkarpackie	58,80	46,16	26,35	24,65	16,17	14,91	17,91
podlaskie	60,90	67,15	26,82	21,01	15,07	16,57	20,53
pomorskie	58,05	65,42	30,47	20,16	12,39	15,65	21,33
śląskie	58,24	78,63	26,12	20,67	14,39	17,36	21,46
świętokrzyskie	60,22	51,24	26,77	20,22	12,99	17,15	22,87
warmińsko-mazurskie	59,27	62,72	29,02	20,67	12,43	17,23	20,65
wielkopolskie	58,24	58,62	25,51	21,14	14,26	16,47	22,62
zachodniopomorskie	60,30	72,56	25,67	19,29	13,02	17,72	24,31

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego(rok 2018)

Jak wynika z powyższej Tabeli, największą grupę osób ze schorzeniami oka – zez oraz niedowidzenie – w województwie śląskim stanowią mieszkańcy w wieku do 18 roku życia oraz w wieku 18-44. Na podstawie, danych własnych Urzędu Miasta Żory, wady wzroku zdiagnozowano wśród 2217 uczniów co stanowi ok 41% ogólnej liczby dzieci i młodzieży szkolnej z terenu miasta Żory w roku szkolnym 2019/2020.

3. Opis obecnego postępowania.

W mieście Żory jest obecnie realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce. Wśród Programów Polityki Zdrowotnej realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.

- ❖ Program Polityki Zdrowotnej pn. „Profilaktyka wczesnego wykrywania wad wzroku i zez u dzieci w wieku 3-5 lat na terenie Gminy Stalowa Wola „ (2018-2020),
- ❖ Program Polityki Zdrowotnej pn. „Dobry wzrok, lepszy start”, realizowany przez miasto Gliwice.
- ❖ Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie miasta Chorzów na lata 2018-2020”.

Świadczenia z zakresu diagnostyki wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ponadto badania przesiewowe w kierunku wad wzroku znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki/higienistki szkolne. Lekarz POZ wykonuje ww. działania w ramach porad

patronażowych oraz badań bilansowych u dzieci w wieku 2 lat (test Hirschberga w kierunku wykrywania zez), a następnie w ramach rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego w wieku 6 lub 7 lat (wykrywanie zez, wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku), w klasie III szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw), klasie VII szkoły podstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku), a także pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej (wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku). 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 realizowania są testy do wykrywania zaburzeń w kierunku zez i ostrości wzroku, w klasie III oraz V – zaburzeń ostrości wzroku i widzenia barw, natomiast w klasie VII szkoły podstawowej oraz pierwszej i ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej – wyłącznie testy do wykrywania zaburzeń ostrości wzroku.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wady wzroku stanowią istotny problem zdrowotny w populacji dzieci i młodzieży (konieczność nauki w systemie zdalnym), a także w populacji osób dorosłych (praca przy komputerze) co odzwierciedlają bardzo niepokojące wskaźniki epidemiologiczne (zauważone w nasilonym stopniu po 1 roku trwania ograniczeń związanych z ogłoszona pandemia Covid-19) opisane wyżej w części dotyczącej epidemiologii. Dostęp do usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki dla dzieci, młodzieży i dorosłych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w naszej gminie jest ograniczony – najbliższy punkt świadczący tego typu usługi znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku. W związku z powyższym mieszkańcy nierzadko korzystają z usług tego rodzaju na zasadzie pełnej odpłatności w ramach rynku prywatnego. Uważa się, że niwelowanie bariery finansowej w dostępie do badań diagnostycznych w kierunku wad wzroku u dzieci, młodzieży oraz pełnoletnich beneficjentów programu pozwoli na zwiększenie efektywności działań w zakresie profilaktyki wtórnej tych schorzeń w populacji docelowej.

Możliwość dobrego widzenia wpływa na prawidłowy rozwój dziecka, a także stanowi o jakości jego życia jako osoby dorosłej. Wady i dysfunkcje narządu wzroku powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny, są również przyczyną problemów w opanowaniu nauki czytania i pisanie w wieku młodzieńczym czy dorosłym. . Nieskorygowana wada wzroku, niewykryta odpowiednio wcześnie, może nieść za sobą konsekwencje niemożliwe do zniwelowania żadną korekcją optyczną 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 wzroku. Z kolei i badanie przesiewowe u dorosłych – w ramach proponowanego programu - pozwolą na wykrycie wcześniej nie zdiagnozowanych

(z różnych powodów) wad wzroku a co za tym idzie na poprawę jakości widzenia, poprawę komfortu życia zawodowego jak i prywatnego. Ponadto działania edukacyjne skierowane do rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży jak i dorosłych beneficjentów programu - pozwolą zwiększyć ich kompetencje w zakresie profilaktyki pierwotnej powstawania niedowidzenia.

Podkreślenia wymaga fakt, iż oferowany w planowanych interwencjach zakres badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w dużym stopniu poszerza możliwość wykrycia nieprawidłowości w stosunku do badań diagnostycznych w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Edukacja zdrowotna ukierunkowana na profilaktykę wad wzroku z kolei w ogóle nie pojawia się wśród świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. W związku z powyższym zaplanowany przez Gminę Miejską Żory program – stanowić będzie istotne uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Zaplanowany przez nas program, wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z :

- Priorytet 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;
- Cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.

1. Cel główny:

Poprawa jakości widzenia oraz polepszenie komfortu życia poprzez wykrycie wad wzroku w ciągu 1 roku trwania programu max. u 200 osób, w populacji młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz max. U 100 osób w populacji mieszkańców Żor po 30 roku życia, poprzez wykonanie badań przesiewowych na terenie naszego miasta..

2. Cele szczegółowe:

- 1) Wzrost o ok. 10 % liczby dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia u których nastąpiła poprawa jakości widzenia w związku z udzielonymi świadczeniami w postaci badań przesiewowych.
- 2) Wzrost o 10 % liczby mieszkańców Żor w wieku po 30 roku życia, u których nastąpiła poprawa jakości widzenia w związku z udzielonymi świadczeniami w postaci badań przesiewowych.
- 3) Zwiększenie o 10 % wiedzy rodziców/opiekunów prawnych dzieci i młodzieży szkolnej lub u pełnoletnich beneficjentów z populacji docelowej w zakresie znaczenia profilaktyki

i higieny narządu wzroku oraz leczenia wad wzroku poprzez działania edukacyjne prowadzone w latach 2022-2026.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Liczba dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia, którym zlecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku.
- 2) Liczba mieszkańców Żor w wieku do 30 roku życia, którym zlecono dalszą diagnostykę okulistyczną w związku z wykrytą w programie wadą wzroku .
- 3) Liczba wyników – co najmniej dobrych – dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy rodziców dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz beneficjentów programu w wieku po 30 roku życia, z zakresu znaczenia profilaktyki i higieny narządu wzroku oraz leczenia wad wzroku.
- 4) Liczba osób biorących udział w programie wykrywania wad wzroku
- 5) Liczba osób biorących udział w działaniach edukacyjnych.

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

1. Populacja docelowa.

Program będzie skierowany do ok. 5417 dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory. Część edukacyjna będzie skierowana również do rodziców/opiekunów beneficjentów tego programu w liczbie ok 5.400. Ponadto z programu będzie mogło skorzystać ok. 100 – zarówno z części edukacyjnej jak i badań przesiewowych – mieszkańców Żor po 30 roku życia.

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

- 1) Edukacja zdrowotna rodziców/opiekunów niepełnoletnich beneficjentów programu
 - a. Kryteria włączenia: pozostawaniem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka, młodzieży szkolnej objętej programem
 - b. Kryteria wykluczenia: brak.
- 2) Edukacja zdrowotna beneficjentów programu po 30 roku życia.
 - a. Kryteria włączenia: ukończony wiek 30 lat, adres zamieszkania w Żorach.
 - b. Kryteria wykluczenia: brak.
- 3) Badania przesiewowe dzieci i młodzieży szkolnej:
 - a. Kryteria włączenia:
 - uczeń/uczennica klas 1-8 Szkół Podstawowych z terenu miasta Żory,
 - uczeń/uczennica w wieku do 18 roku życia, Szkół Ponadpodstawowych z terenu miasta Żory
 - adres zamieszkania na terenie miasta Żory

- pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego uczestnika programu na dobrowolny udział w programie
- b. Kryteria wykluczenia:
 - Zdiagnozowana wada wzroku w wywiadzie
 - Pozostawanie ucznia pod opieką poradni okulistycznej (weryfikacja na podstawie oświadczenia rodzica/opiekuna)
- 4) Badania przesiewowe dla beneficjentów programu po30 roku życia:
 - a. Kryteria włączenia:
 - ukończone 30 lat
 - adres zamieszkania w Żorach
 - pisemna zgoda na dobrowolny udział w programie
 - b. Kryteria wykluczenia:
 - zdiagnozowana podczas wywiadu – wada wzroku
 - pozostawanie osoby pod opieką poradni okulistycznej

3. Planowane interwencje:

1) Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia oraz ich rodziców/opiekunów.

- Zaplanowana i prowadzona przez lekarza okulistę, pielęgniarkę, optometrystę lub specjalistę ds. zdrowia publicznego z wykorzystaniem metody wykładu oraz dyskusji, prowadzona w formie trwającej 45 minut 12 spotkań rocznie dla grup rodziców, na terenie szkół podstawowych i ponadpodstawowych (dopuszczalna forma filmu edukacyjnego). Obszar tematyczny: znaczenie prawidłowego narządu wzroku oraz konsekwencji nieleczonych wad wzroku, czynniki sprzyjające powstawaniu wad wzroku oraz możliwości ich eliminowania, metody leczenia wad wzroku i ich znaczenie) – badanie poziomu wiedzy rodziców przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testo po prelekcji oraz przekazanie ankiet satysfakcji uczestników programu.

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

- Realizowana za pomocą metod podejmujących (ulotki/plakaty informacyjne) w szkołach podstawowych oraz ponadpodstawowych, wybranym podmiocie leczniczym oraz Gminę Miejską Żory.

2) Edukacja zdrowotna dla beneficjentów programu po30 roku życia:

- Prowadzona przez lekarza okulistę, pielęgniarkę, optometrystę podczas badań przesiewowych (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki wad wzroku; poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania).

3) Badania przesiewowe wykonywane przez okulistę, obejmujące:

- Edukację zdrowotną ukierunkowaną na profilaktykę wad wzroku:
- Testy przesiewowe:m
 - a) Badanie ostrości wzroku za pomocą optotypów
 - b) Badanie widzenia obuocznego
 - c) Badanie ustawienia oraz ruchomości gałek ocznych
 - d) Test naprzemiennego zasłaniania gałek ocznych
 - e) Test zakrywania i odkrywania
 - f) Badanie refrakcji obiektywnej metodą skieskopii lub autorefraktometru
 - g) Badania wykonane z użyciem urządzenia OPTOS
 - h) Przygotowanie pisemnej informacji o wyniku badania wraz z zaleceniem przekazania wyników lekarzowi POZ (w przypadku niepełnoletniego beneficjenta programu , informacja zostanie przekazana rodzicom/opiekunom oraz pielęgniarce/higienistce szkolnej celem dołączenia do dokumentacji ucznia)
 - i) W razie konieczności pisemne zlecenie konsultacji specjalistycznej w poradni okulistycznej, wraz ze wskazaniem podmiotów leczniczych, w których będą mogli podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika.

Urządzenie OPTOMAP pozwala na wykonanie barwnej fotografii dna oka w zakresie do 200 stopni, obejmując tym samym skrajny obwód siatkówki. Standardowe urządzenia wykorzystywane głównie, niestety w ośrodkach prywatnych, pozwalają wykonać fotografię barwną w zakresie do 45stopni, obejmując w ten sposób jedynie tylny biegun siatkówki. Wobec powyższego badanie wykonane z użyciem urządzenia OPTOS daje możliwości diagnostyczne wykraczające poza obecne standardy diagnostyki oka. Wykonanie barwnej fotografii dna oka w zakresie do 200stopni. daje możliwość uwidocznienia szczegółów dna oka w zakresie skrajnego obwodu siatkówki, w którym nawet niewprawione oko okulisty nie jest w stanie „zobaczyć” wszystkich szczegółów. Przewaga badania z użyciem urządzenia OPTOMAP nad standardowym badaniem okulistycznym obejmującym ocenę dna oka polega na możliwości utrwalenia obserwowanych zmian na dnie oka a następnie porównania ich oraz uchwycenia ewentualnej progresji podczas kolejnych badań kontrolnych. Zaletą dodatkową badania jest brak potrzeby poszerzania źrenic oraz nieporównywalnie wysoka jakość uzyskanego obrazu, nie tylko w zakresie szczegółów odcinak tylnego oka ale i obwodu (technologia laserowa badania). Badanie z użyciem urządzenia OPTOMAP nie jest wykonywane standardowo nigdzie w Polsce z wyjątkiem niektórych ośrodkami zagranicznych.

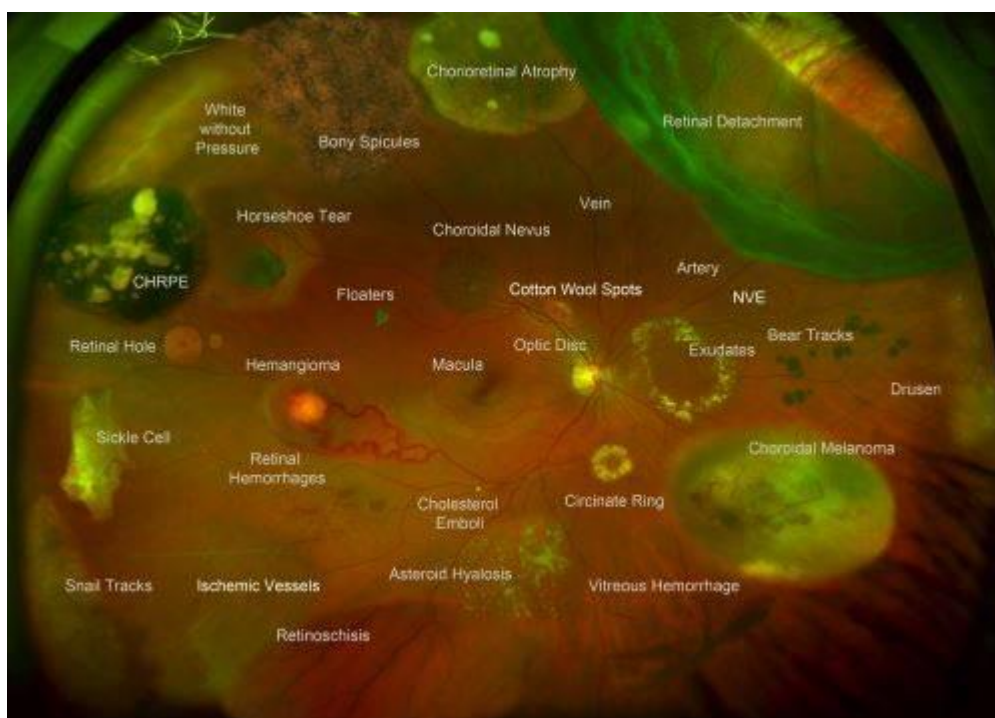
Zmiany zwyrodnieniowe w wysokiej krótkowzroczności postępują w czasie. Z tych najbardziej niebezpiecznych należy ująć zmiany o charakterze idiopatycznej neowaskularyzacji plamki (ICNV). Choroba ta, wymagająca bardzo szybkiej ingerencji lekarskiej pod postacią wdrożenia terapii antyVEGF, jest przez większość okulistów traktowana jak element zwyrodnienia krótkowzrocznego oka, na które nie ma leczenia, co jest niezgodne z prawdą. Kolejnym ważnym, niekorzystnym elementem związanym z wysoką krótkowzrocznością jest postęp zmian zwyrodnieniowych obserwowanych na obwodzie oka.

Zmiany te są najczęściej przyczyną powstania groźnych powikłań takich jak odwarstwienie siatkówki, i nie dają poważnych powikłań w dzieciństwie, pomimo tego iż wówczas mogą być stwierdzone, ale w wieku 30-50 lat, kiedy pojawia się tzw. odłączenie ciała szklanego.

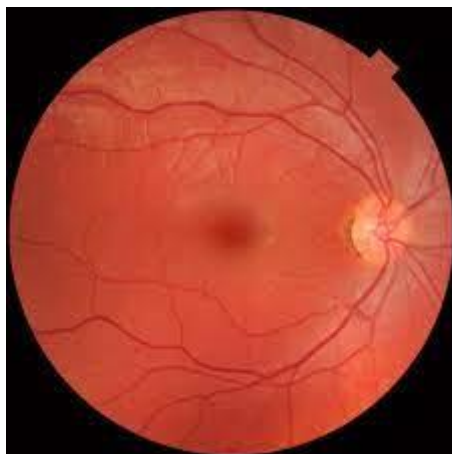
Plan objęcia badaniem osoby powyżej 30 r.ż ze stwierdzoną wysoką krótkowzrocznością włącza kilka elementów.

1. Badanie refraktometrii potwierdzające obecność wady wysokiej krótkowzroczności
2. wykonanie badania – OPTOMAP
3. Ocena uzyskanego wyniku wraz z opisem
4. Informacja o dalszym postępowaniu diagnostyczno- leczniczym oraz o możliwościach korekcji istniejącej wady wzroku. Biorąc pod uwagę praktyczny brak możliwości korekcji istniejącej wady wzroku w ramach umowy z NFZ poza dopłatą do szkieł okularowych pacjent uzyska informację o możliwościach korekcji jego wady stosowanych w wysoko specjalistycznych ośrodkach (prywatnych) w Polsce i na świecie, o czym na pewno się nie dowie korzystając z usług publicznej służby zdrowia, która nota bene jest bardzo uboga i sprowadza możliwości pacjenta do stosowania korekcji okularowej lub usunięcia zaćmy, jeżeli takowa zostanie stwierdzona. Fakt iż państwowa służba zdrowia nie wprowadza nowości w zakresie diagnostyki oraz leczenia chorób nie jest żadnym wyznacznikiem tego co można zrobić w wysoko kwalifikowanych ośrodkach prywatnych.

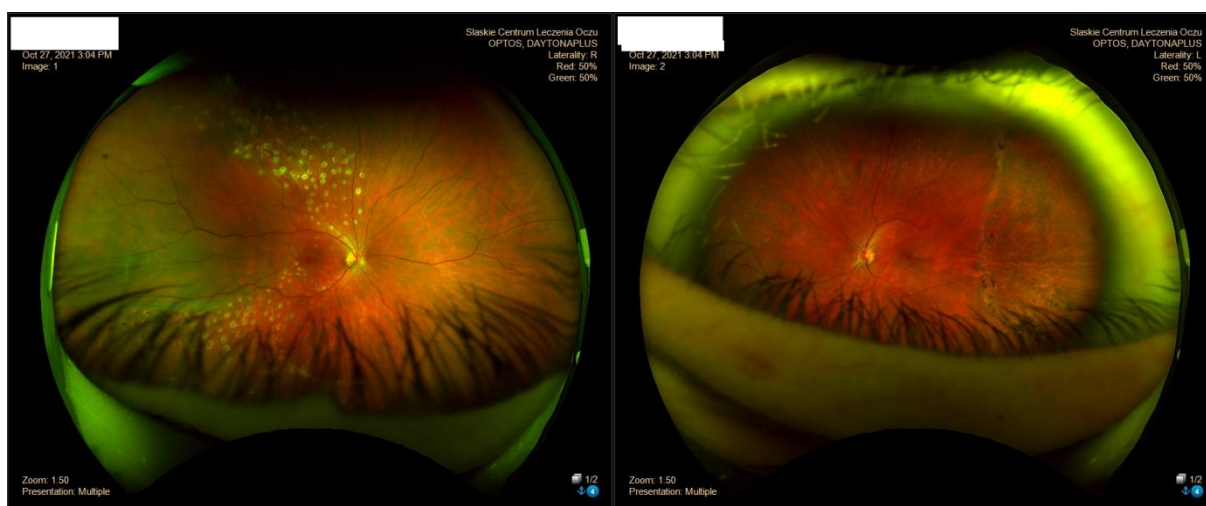
1. Fotografia pokazująca możliwości diagnostyczne wynikające z wykonania barwnej fotografii dna oka w zakresie do 200 stopni, bez potrzeby poszerzenia źrenicy, jeżeli jej wielkość jest większa niż 3 mm (źrenica wąska).



2. Fotografia dna oka wykonana standardowym urządzeniem, pokazująca szczegóły dna oka w zakresie do 45 stopni., gdzie widać elementy tylko tylnego bieguna siatkówki.



3. Przykładowe fotografie wykonane z użyciem urządzenia OPTOS, pokazujące zmiany w siatkówce, także w zakresie skrajnego obwodu obu oczu, jednego z pacjentów.



3.1 Dowody skuteczności planowanych działań.

a. Opinie ekspertów klinicznych

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

- National Center for Childrens Vision and Eve Health (NCCVEH)
- US Preventive Services Task Force (USPSTF)
- American Asociation for Pediatric Ophthalmology and Strbismus (AAPOS)
- UK National Screening Committee(UK NSC)
- Polske Towarzystwo Ortoptyczne (PTOrt)

- The Canadian Paediatric Society (CPS)
- Polskie Towarzystwo Okulistyczne

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym .

Pomimo braku wystarczającej liczby odpowiedniej jakości dowodów, wskazujących na zasadność prowadzenia badań przesiewowych wzroku wśród dzieci, liczne towarzystwa naukowe oraz eksperci kliniczni zalecają przeprowadzenie programów z zakresu profilaktyki wad wzroku w populacji dzieci. 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 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 optometrykami. 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 wykonanie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku w populacji dzieci .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 dotacji 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. Badania ostrości wzroku za pomocą optotypów zalecane jest jako jedno z podstawowych badań profilaktycznych w kierunku wad wzroku i chorób oczu.

Liczne badania naukowe dowodzą, że prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci i młodzieży są opłacalne kosztowo. Także analizy kosztów uwzględniające dodatkowo efekty jakościowe leczenia niedowidzenia uwidaczniają, że korzyści społeczne badań przesiewowych i badań wykonywanych w ramach kompleksowej diagnostyki narządu wzroku przewyższają koszty poniesione w związku z realizowanymi interwencjami profilaktycznymi.

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 indywidualnie w szkole lub w siedzibie realizatora programu. Wzór zaświadczenia o przeprowadzonym badaniu przesiewowym określono w załączniku nr 1 do niniejszego programu. W ramach akcji edukacyjnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych z terenu miasta Żory, prowadzone będą wykłady z zakresu edukacji zdrowotnej w odniesieniu do profilaktyki wad wzroku w grupie docelowej rodziców beneficjentów niepełnoletnich. Rodzice po wykładzie (lub po emisji filmu edukacyjnego) będą wypełniać ankietę satysfakcji uczestnika programu – wzór ankiety stanowi załącznik nr 3. Beneficjenci programu w wieku po 30 roku życia, będą wypełniać ankietę satysfakcji – po przeprowadzonej rozmowie edukacyjnej w siedzibie realizatora programu wybranego w drodze konkursu ofert.

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

Rodzice niepełnoletnich uczestników programu jak i beneficjenci programu po 30 roku życia - mogą w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału (dziecka) w programie. Po wykonaniu badania przesiewowego w przypadku braku stwierdzenia wad wzroku uczestnik kończy udział w programie. W przypadku dodatniego wyniku badania przesiewowego rodzice/opiekunowie prawni niepełnoletnich uczestników programu jak i beneficjenci po 30 roku życia:

- Zostają poinformowani o sposobie dalszego postępowania (zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym w razie konieczności pisemne zalecenia dalszej diagnostyki i/lub leczenia wraz ze wskazaniem rodzicom/opiekunom prawnym dzieci i młodzieży szkolnej, beneficjentom po 30 roku życia – listy podmiotów leczniczych, posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu rozszerzonej diagnostyki okulistycznej i leczenia okulistycznego.
- Kończą udział dziecka w programie.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- a) Opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2022);
- b) Zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (III kwartał 2022)
- c) Przyjęcie programu przez właściwy organ (III kwartał 2022)
- d) Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej – wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2022)

- e) Podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2022)
- f) Realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (IV kwartał 2022, I-IV kwartał w kolejnych latach realizacji programu)
 - Akcja informacyjna (plakaty, ulotki)
 - Akcja informacyjna (edukacja zdrowotna rodziców, dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia, beneficjenci programu po 30 roku życia)
 - Badania przesiewowe beneficjentów programu
 - Analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora
- g) Ewaluacja (IV kwartał 2026)
 - Analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
 - Analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
 - Analiza jakości prowadzonych działań edukacyjnych na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników
 - Ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- h) Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2026)

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

Warunki lokalowe:

Realizacja programu polityki zdrowotnej odbywać się będzie w pomieszczeniach budynku którego - gabinety lekarskie oraz gabinet diagnostyczno-zabiegowe oraz pomieszczenia do badań pacjentów, dostosowane będą do minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019r. W przypadku, jeżeli realizator zadania nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt., (ww. ustawy) podmiot ten jest zobowiązany zapewnić takim osobom dostęp alternatywny (art. 7 pkt. 2 i 3 ww. ustawy).

Przykładowo - budynek powinien posiadać dostępność architektoniczną – zarówno korytarze, jak i klatki schodowe powinny być wolne od barier architektonicznych, powinny zapewniać możliwość poruszania się po nich między innymi osób na wózkach, osób korzystających z kul, lasek i innych pomocy ortopedycznych, osób starszych, a także osób z wózkami dziecięcymi, mających różne problemy z poruszaniem się (windy, schody, korytarze, ciągi piesze w budynku). Budynek powinien posiadać swobodny dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych tego budynku. Budynek powinien posiadać podjazd oraz windę umożliwiając poruszanie się po budynku osobom ze szczególnymi potrzebami.

Warunki sprzętowe:

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do realizacji zadań w ramach programu polityki zdrowotnej:

- 1) tablice do oceny ostrości wzroku;
- 2) kasety szkieł okularowych;
- 3) oprawki okularowe próbne;
- 4) lampa szczelinowa;
- 5) oftalmoskop bezpośredni;
- 6) tonometr impresyjny lub aplanacyjny;
- 7) tablice Ishihary;
- 8) keratometr ręczny lub autorefraktometr;

Warunki kadrowe:

Personel medyczny uczestniczący w realizacji programu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem ponad 5 letnim
- 2) optometryści z doświadczeniem od roku do ponad 5 lat
- 3) asystenci/technicy z doświadczeniem od roku do 3 lat

Realizator programu powinien posiadać odpowiedni sprzęt komputerowy oraz oprogramowanie umożliwiające gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Placówka wyłoniona w drodze konkursu będzie dysponować wymaganą kadrą medyczną oraz sprzętem niezbędnym do prowadzenia zaplanowanych procedur medycznych.

W programie stosowane będą produkty lecznicze zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane i zalecane przez właściwe Instytucje Naukowe. Zgromadzona w czasie trwania programu dokumentacja medyczna będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatorów programu zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Koordynatorem programu będzie Gmina Miejska Żory. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
- Spełnienie warunków sprzętowych i kadrowych, wynikających z załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- Zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez okulistów, optometrystów, pielęgniarki, specjalistów zdrowia publicznego;
- Posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu

Podmiot realizujący badania przesiewowe w Programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym, a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji. Ponadto realizatorzy będą przekazywali koordynatorowi raporty okresowe (zał.2), a także sporządzali sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w programie są zobowiązane prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U.2020 poz. 849 ze zm.), Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 666 ze zm.), a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r., o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 1781 ze zm). Podmiot udzielający świadczeń zobowiązany jest do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w zakresie dostępności: architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej na poziomie nie niższym niż minimalne wymagania określone w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1062) oraz jeśli to możliwe z uwzględnieniem uniwersalnego projektowania, o którym mowa w art.2.pkt 4 ww. ustawy.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

a) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w corocznych okresach sprawozdawczych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (zał. 2):

- Wskazanie liczby osób objętych badaniami przesiewowymi populacji docelowej;
 - Analiza liczby osób z populacji docelowej rodziców/opiekunów prawnych niepełnoletnich uczestników programu, oraz beneficjentów po 30 roku życia, którzy uczestniczyli w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej;
 - Analiza liczby dzieci i młodzieży szkolnej do 18 roku życia oraz beneficjentów programu po 30 roku życia, którzy zgłosili się do realizatora programu i wzięli udział w badaniach przesiewowych;
 - Określenie liczby uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie w trakcie jego trwania oraz przyczyn tych decyzji;
- b) Ocena jakości świadczeń w programie
- Coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (zał nr 3)
 - Bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – okresowa oraz kocowa prowadzona poprzez:

- Określenie liczby dzieci ze zdiagnozowaną – w ramach programu- wada wzroku ze wskazaniem rodzaju schorzenia;
- Analizę liczby dzieci, którym zlecono dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem
- Określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną rodziców/opiekunów prawnych niepełnoletnich uczestników programu, oraz beneficjentów po 30 roku życia;
- Identyfikacja ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu

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:

- **120 zł.** - badanie przesiewowe
- **200 zł.** - spotkanie edukacyjne (12 spotkań w ciągu roku)
lub 2 filmy edukacyjne każdy w kwocie 1200 zł. (na rok)

2. Planowane koszty całkowite:

Koszty całkowite z podziałem na poszczególne lata

Rok Realizacji programu		2022	2022	2023	2024	2026
1	Liczba dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 lat	200	200	200	200	200
2	Liczba beneficjentów programu po 30 roku życia	100	100	100	100	100
3	Koszt udziału w programie niepełnoletnich beneficjentów programu (w zł.)	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000
4	Koszt udziału w programie beneficjentów po 30 roku życia(w zł.)	12.000	12.000	12.000	12.000	12.000
	Koszt cząstkowy spotkań edukacyjnych/ emisji filmów edukacyjnych(w zł.)	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400
5	Koszt cząstkowy akcji informacyjno - edukacyjnej(w zł.)	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100
6	Koszt cząstkowy monitoringu i ewaluacji(w zł.)	500	500	500	500	500
7	Koszt całkowity (w zł.)	40.000	40.000	40.000	40.000	40.000

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Miejskiej Żory. Gmina Miejska Żory będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach na podstawie art. 48 d. ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2021 poz 1285 ze 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 środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.

Bibliografia:

- Głowacka A., Miśkowiak B.: Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa, Probl Hig Epidemiol 2012, 93(4); 663-666.
- Krawczyk A., Ambroziak A.: Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenezy, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki, Program edukacyjny „Kompendium okulistyki”, Zeszyt 4/2011(16)
- Czaińska M., Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, Optyka 4 (41) 2016
 - Kubatko-Zielińska A., Nadwzroczność, Medycyna Praktyczna, 26.09.2012 [kulistyka.mp.pl]
 - Partyka O., Wysocki MJ., Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce, PRZEGL Epidemiol 2015
 - Woynarowska B., Oblacińska A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu
 - Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób oka i okolic dla województwa śląskiego [mpz.mz.gov.pl, dostęp: 20.05.2021r.)
 - Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [Dz.U. 2016 poz. 86]
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469]

Załączniki

Załącznik nr 1 - Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu przesiewowym w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia, oraz dla osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory” na lata 2022-2026 (wzór)

I. Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na przeprowadzenie badania przesiewowego:

Wyrażam zgodę na udział w ww. programie :.....
(imię i nazwisko uczestnika)

oraz oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o celu, korzyściach oraz ewentualnych konsekwencjach wynikających z przeprowadzenia badania przesiewowego w kierunku wad wzroku.

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

II. Zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu przesiewowym:

W wyniku przeprowadzonego w dniu:..... badania przesiewowego zaświadcza się, że:

u urodzonej/ego w dniu:.....

zamieszkałej/ego:.....

Nr PESEL:.....

stwierdzono następującą wadę wzroku:.....

stwierdzono podejrzenie następującej wady wzroku

Uczestnika skierowano/nie skierowano na dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza Programem.

....., dnia.....

(miejsce)

(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik nr 2 – Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia, oraz dla osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory” na lata 2022-2026 (wzór).

.....
Nazwa i adres podmiotu

Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg. Informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych badaniach przesiewowych przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres:.....
od:..... do:.....

I. Edukacja zdrowotna niepełnoletnich uczestników programu:

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych	Liczba rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

II. Edukacja zdrowotna beneficjentów po 30 roku życia:

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych	Liczba osób uczestniczących w interwencjach edukacyjnych

III. Badania przesiewowe:

		Liczba wykonanych badań przesiewowych	Liczba rozpoznanych wad wzroku z podziałem na poszczególne rodzaje	Liczba uczestników z zaleceniem dalszej diagnostyki/leczenia poza programem
1	Uczestnicy do 18 roku życia			
2	Uczestnicy po 30 roku życia			

....., dnia.....
(miejscowość) (data)

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

Załącznik nr 3 - Ankieta satysfakcji rodzica uczestniczącego w działaniach edukacyjnych „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku wśród dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18 roku życia, oraz dla osób po 30 roku życia zamieszkałych na terenie miasta Żory” na lata 2022-2026 (wzór).

1. Czy dzisiejszy wykład spełnił Pani/Pana oczekiwania?

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

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

2. Jak ocenia Pani/Pan przydatność zdobytych informacji pod względem wzrostu wiedzy teoretycznej w zakresie omawianego na wykładzie obszaru?

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

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

3. Czy ilość czasu poświęconego na wykład była wystarczająca?

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

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

4. Czy ilość czasu poświęconego na dyskusję była wystarczająca?

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

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

5. Jak ocenia Pan/Pani zakres prezentowanego materiału?

(1 - za wąski, 2 – odpowiedni, 3-za szeroki)

1	2	3
----------	----------	----------

6. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę osoby prowadzącej i jej przygotowanie merytoryczne?

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

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

7. Jak ocenia Pani/Pan sposób przekazywania informacji przez osobę prowadzącą wykład?

(1-bardzo przystępny, 2-przystępny, 3-średnio przystępny, 4-mało przystępny, 5-nieprzystępny)

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

8. Czy w Pana/Pani opinii prowadzący w wystarczającym stopniu odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety