


WÓJT
Ciszon
Magdalena Maison

Projekt

z dnia 1 grudnia 2025 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY BIAŁE BŁOTA**

z dnia 2025 r.

**w sprawie
zatwierdzenia programów polityki zdrowotnej na lata 2026 - 2029**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153) oraz art. 7 ust. 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5, art. 48a ust. 1, ust. 2, art. 48aa ust. 5 i ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) uchwala się co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Białe Błota na lata 2026 - 2029 następujący program polityki zdrowotnej:

1. "Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku, wśród dzieci w wieku 5 lat, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2025-2029" - załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2026 r.

PODINSPEKTOR


Natalia Kuffel




radca prawny


Kierownik Referatu
Gminnego

Łukasz Czyżewski



przemieszczania się, pionizowania sylwetki, zabawy, identyfikowania stanów emocjonalnych i opanowywania mowy. Wczesne wykrywanie zaburzeń wzrokowych jest nadrzędnym celem wspomagania rozwoju dla uniknięcia globalnych opóźnień oraz osiągnięcia pełnego wykorzystania potencjału jednostki.[1] Najczęstszymi zaburzeniami narządu wzroku występującymi u dzieci i młodzieży szkolnej są:

- wady refrakcji (krótkowzroczność, nadwzroczność, różnowzroczność, astygmatyzm)
- zez
- zaburzenie widzenia barw
- amblyopia (tzw. „leniwe oko”)

- **Krótkowzroczność (myopia)** – to wada oka, która polega na zbyt silnym załamaniu równoległych do osi widzenia promieni światła wpadających do oka, gdy moc układu optycznego oka jest minimalna (oko nie akomoduje). Wówczas taki układ optyczny utworzy ostry obraz przedmiotu, znajdującego się w nieskończoności, przed siatkówką (ściślej przed plamką żółtą siatkówki), a na siatkówkę oka padnie obraz zamazany. Innymi słowy, w takiej sytuacji ognisko obrazowe układu optycznego oka znajduje się przed siatkówką, a nie na niej.[2]

Wielkość wady określa się za pomocą dioptrii (D) i na tej podstawie wyróżnia się krótkowzroczność:

- niską, czyli do -3D,
- średnią, w zakresie od -3D do -6D, • wysoką, czyli większą niż -6D.

Inny podział wyróżnia krótkowzroczność: **osiową, krzywiznową i refrakcyjną.**

W krótkowzroczności osiowej mamy do czynienia z wydłużeniem gałki ocznej. Promienie świetlne skupiane są w punkcie, gdzie w fizjologicznych warunkach byłaby siatkówka. Zbyt długa oś gałki ocznej powoduje jednak przesunięcie siatkówki ku tyłowi, co prowadzi do rozwoju wady wzroku.

Krótkowzroczność krzywiznowa związana jest ze zbyt mocnym zakrzywieniem rogówki lub soczewki. Nadmierne uwypuklenie zwiększa ich zdolności skupiające, przez co obraz rzutuje się przed siatkówką.

Krótkowzroczność refrakcyjna to stan, w którym promienie świetlne skupiane są przed siatkówką z powodu zbyt dużego współczynnika załamania soczewki. Zwykle sytuacja ta związana jest z obecnością innych chorób, takich jak np. cukrzyca czy zaćma.[3]

- **Nadwzroczność (hipermetropia)** to stan, w którym przy rozluźnionej akomodacji równoległe promienie światła wpadające do oka skupiają się za siatkówką. Miarą nadwzroczności jest moc (wyrażona w dioptriach – D) sferycznej soczewki skupiającej, koniecznej do zogniskowania promieni świetlnych na siatkówce. Soczewka skupiająca musi mieć zatem taką moc, aby jej ognisko obrazowe pokrywało się z punktem dalekim oka.

W literaturze wyróżnić można trzy podstawowe stopnie nadwzroczności: niską – do wartości 3D, średnią – między 3 a 6D oraz wysoką – powyżej 6D. [4]

- **Amblyopia (tzw. „leniwe oko”)** – Niedowidzenie zwane leniwym okiem jest obniżeniem ostrości wzroku przy braku jakichkolwiek nieprawidłowości gałki ocznej. Jest to najczęściej spowodowane nieodpowiednią pracą wzrokową w dzieciństwie. Dwie najczęstsze przyczyny niedowidzenia to nieprawidłowa współpraca obuoczna (niedowidzenie zezowe) oraz różnica refrakcji obu oczu niekorygowana przed 8. rokiem życia (niedowidzenie refrakcyjne).[8]

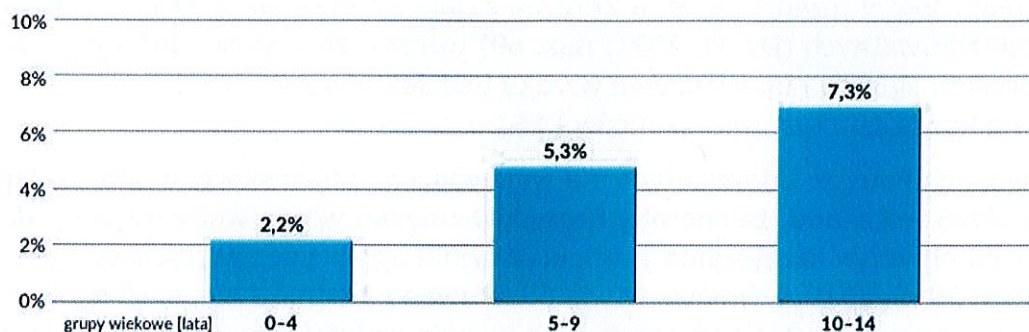
Rozwój intelektualny, adaptacja do nowego środowiska szkolnego, sukcesy szkolne a później zawodowe, pozostają w bezpośrednim związku z możliwością komunikowania się za pomocą zmysłu wzroku. Zaburzony wzrok u dzieci jest przyczyną poważnych czynności w nauce. Wykrywanie wad wzroku nie zawsze jest proste, gdyż objawy mogą być różne i często niecharakterystyczne. U dziecka mogą pojawić się kłopoty z pisaniem i czytaniem, bóle głowy, pieczenie i łzawienie oczu czy też mruganie powiekami. Dziecko skarży się na zamazywanie obrazu z bliska lub z daleka, przyjmuje nieprawidłową postawę przy czytaniu, pisaniu, patrzeniu na monitor. Wczesna i prawidłowa korekcja wady wzroku pozwala uzyskać całkowitą poprawę widzenia i zapobiec rozwojowi niedowidzenia. Brak leczenia wad wzroku może prowadzić do pogłębiania się niedowidzenia i brak możliwości uzyskania w późniejszym czasie pełnej ostrości wzroku i widzenia obuocznego.

Podsumowując, wzrok stanowi bardzo istotną rolę w fizycznym, intelektualnym, społecznym i emocjonalnym rozwoju dzieci. W okresie edukacji wczesnoszkolnej prawidłowy wzrok jest kluczowy dla rozwijania umiejętności szkolnych (pisanie, czytania, liczenia, itp.). Nie ulega wątpliwości, że badania wzroku powinny zostać przeprowadzane jeszcze przed rozpoczęciem nauki w szkole. Ewentualne zaburzenia mogą negatywnie wpływać na dalszy rozwój i mieć trwały wpływ na życie dziecka. Im wcześniej wykryje się ewentualne nieprawidłowości, tym skuteczniejsza będzie zastosowana terapia [10]

W populacji dzieci 5-letnich nie istnieje systemowe, powszechne badanie przesiewowe narządu wzroku w ramach świadczeń gwarantowanych. Może to prowadzić do opóźnionej diagnozy zaburzeń wzroku przed rozpoczęciem nauki szkolnej. Proponowany program stanowi uzupełnienie świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, odpowiadając na tę istotną lukę diagnostyczną. Badania będą realizowane wyłącznie w warunkach stacjonarnych – w placówkach edukacyjnych lub gabinecie realizatora – zgodnie z wymaganiami AOTMiT, co zapewnia właściwą jakość diagnostyczną oraz dostępność dla całej populacji docelowej.

I. 2 Dane epidemiologiczne

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku - 14% z tej liczby stanowią osoby niewidome, a 86% ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku. WHO podaje, że w 80% przypadków zaburzeń widzenia można uniknąć lub poddać leczeniu. Upośledzenie widzenia spowodowane chorobami powoduje obniżenie jakości życia na płaszczyznach społecznej i ekonomicznej, przyczynia się do marginalizacji osób chorujących. Według danych GUS, co drugi dorosły Polak nosi okulary lub szkła kontaktowe, a co czwarta osoba dorosła ma problem z przeczytaniem gazety. Zaburzenia refrakcji oka stanowią najczęściej spotykaną wadę wzroku (ok. 80% przypadków). Rozróżniamy tu dominującą w większości przypadków krótkowzroczność, nadwzroczność oraz starczowzroczność –



Rycina 2. Odsetek dzieci w wieku 0-14 lat z chorobami oka, 2014 r.

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>

W województwie kujawsko – pomorskim w 2019 r. pod opieką lekarzy POZ znajdowało się prawie 90,8 tys. dzieci i młodzieży do 18 lat, u których zdiagnozowano przynajmniej jedno schorzenie wymagające opieki czynnej. Najliczniejszą grupę (prawie 32%) stanowiły dzieci w wieku 10-14 lat. Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka znajdowały się w tym zestawieniu na trzecim miejscu (13,8%). **[14]** Z danych regionalnych POZ, (na podstawie jednostkowych sprawozdań MZ-11) wynika, że w 2023 r w ambulatoryjnej opiece czynnej z powodu zaburzeń refrakcji i akomodacji oka (H-52) było 12 347 osób w przedziale wieku 0-18 lat z czego 1 660 to nowe przypadki.**[15]**

Według Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2021, poz. 69), zabiegi związane z chorobami narządu wzroku były grupą, która w 2019 r. miała najwyższą medianę czasu oczekiwania na hospitalizację planową – 75 dni, zaś średni czas oczekiwania na nią był ponad dwukrotnie wyższy – 177 dni. Ponadto była to druga pod względem udziału w ogólnej liczbie hospitalizacji grupa zabiegów w 2019 r. – 12,4%, ustępująca jedynie zabiegom dotyczącym chorób układu mięśniowo-szkieletowego (12,5%).

Grupa JGP	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Średni czas oczekiwania [dni]	Liczba realizowanych JGP w ramach grupy	Liczba hospitalizacji	Udział w ogólnej liczbie hospitalizacji [%]
Choroby narządu wzroku	75	177	30	426 730	12,4
Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	58	129	31	179 392	5,2
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	47	110	58	430 091	12,5

Rycina 3. Przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację planową w zależności od sekcji JGP w Polsce w 2019 r. Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/>

- a) wywiad od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych lub faktycznych i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych,
 - b) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego,
 - c) analizę innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
- 2) badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:
- a) rozwoju fizycznego (pomiar: wzrostu i masy ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI),
 - b) rozwoju psychomotorycznego,
 - c) mowy,
 - d) lateralizacji,
 - e) układu ruchu,
 - f) jamy ustnej,
 - g) u chłopców – obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego;
- 3) wykrywanie zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych;
- 4) wykrywanie zezu (Cover test, test Hirschberga);
- 5) wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku;
- 6) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień;
- 7) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy;
- 8) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu;
- 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
- 10) badanie lekarskie specjalistyczne i diagnostyczne w razie potrzeby;
- 11) podsumowanie badania, z określeniem zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego; poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023, poz. 1427) pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówkach do tego przeznaczonych, w tym wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, zgodnie z warunkami określonymi w części II; czyli wcześniej wymienionymi badaniami przesiewowymi w ściśle określonych grupach wiekowych.

Szczegółowy wykaz czynności określa załącznik 4 do w/w Rozporządzenia.

Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne 1. Test do wykrywania zaburzeń:

- AAP zaleca, aby badania przesiewowe rozpoczynały się około 3 roku życia i odbywały się co roku w wieku 4, 5 i 6 lat. Następnie należy je przeprowadzać w wieku 8, 10, 12 i 15 lat (AAP 2017).

- Za dwie najlepsze praktyki badań przesiewowych wzroku dla dzieci w wieku od 3-5 lat uznaje się jednooczne testowanie ostrości wzroku oraz testowanie instrumentalne z wykorzystaniem autorefrakcji (NCCVEH 2015A).

- UK National Screening Committee rekomenduje przeprowadzanie systematycznych programów badań przesiewowych w kierunku wad wzroku wśród dzieci w wieku 4-5 lat (UK NSC 2019).

Podsumowanie opinii ekspertów

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

Uzasadnienie realizacji programu w lokalnej populacji

W Gminie Białe Błota nie są obecnie realizowane programy profilaktyczne dotyczące przesiewowych badań wzroku u dzieci 5-letnich. Podmioty podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmują dzieci w tym wieku rutynowym badaniem narządu wzroku, a dane lokalne nie wskazują na istnienie systemowego rozwiązania zapewniającego taką diagnostykę.

Program w proponowanym kształcie pozwoli na objęcie wszystkich dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie gminy, niezależnie od miejsca uczęszczania lub nieuczęszczania w edukacji przedszkolnej. Realizacja programu w warunkach placówek edukacyjnych i gabinetu realizatora zapewni dostępność, jakość i zgodność z rekomendacjami Prezesa AOTMiT.

Działania te są odpowiedzią na realne potrzeby zdrowotne lokalnej populacji i mogą stanowić modelowy przykład wdrażania profilaktyki okulistycznej na poziomie gminy.

Działania w zakresie edukacji zdrowotnej rodziców/opiekunów stanowią wartość dodaną programu. Planowane interwencje są uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych. Połączenie w jednym czasie i miejscu realizacji świadczeń, bez konieczności posiadania skierowania stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wartości docelowe mierników zostały określone na podstawie realnych możliwości organizacyjnych gminy oraz doświadczeń z podobnych działań profilaktycznych.

Przyjęcie $\geq 85\%$ pokrycia populacji dzieci 5-letnich jako wartość docelowa uznawane jest za osiągalne w programach powszechnych realizowanych lokalnie.

Wskaźnik $\geq 95\%$ w zakresie kierowania na dalszą diagnostykę stanowi standard jakościowy, który powinien być osiągnięty w sytuacjach klinicznego podejrzenia nieprawidłowości. Z kolei wartość $\geq 70\%$ dzieci, które zgłosiły się na leczenie po skierowaniu, odzwierciedla typowy poziom realizacji zaleceń, uwzględniając czynniki niezależne od organizatora, takie jak decyzje rodziców i dostępność świadczeń specjalistycznych.

Wartości docelowe przyjęto w oparciu o wyniki realizowanych wcześniej programów profilaktyki wad wzroku w populacji dzieci oraz rekomendacje ekspertów (m.in. PTO/PTP 2020, USPSTF 2017).

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

- rodzice lub opiekunowie prawni dzieci zakwalifikowanych do programu (spełniających kryteria włączenia),

- nauczyciele i personel edukacyjny pracujący z dziećmi 5-letnimi w placówkach na terenie Gminy Białe Błota,

- pedagodzy i opiekunowie prowadzący edukację domową dzieci w wieku 5 lat.

Nie przewiduje się formalnych kryteriów wykluczających udział w działaniach edukacyjnych, o ile osoba należy do powyższych grup. Udział ma charakter informacyjno-wspierający i jest integralną częścią programu, mającą na celu zwiększenie skuteczności oddziaływań profilaktycznych oraz poprawę współpracy na linii rodzic–personel edukacyjny–realizator programu.

Kryteria włączenia do programu dla dzieci

Do programu mogą zostać zakwalifikowane dzieci, które spełniają łącznie następujące warunki:

1. W roku realizacji programu należą do rocznika odpowiadającego grupie docelowej, tj. kończą 5 lat:

- 2025 r. – rocznik 2020,
- 2026 r. – rocznik 2021,
- 2027 r. – rocznik 2022,
- 2028 r. – rocznik 2023,
- 2029 r. – rocznik 2024.

2. Rodzic lub opiekun prawny podpisze świadomą zgodę na udział dziecka w programie (wzór druku zgody stanowi załącznik do programu). Podpisany dokument zostanie dołączony do dokumentacji medycznej i przechowywany w placówce realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

3. Dziecko i/lub jego rodzic/opiekun prawny zamieszkuje na terenie Gminy Białe Błota (weryfikacja na podstawie oświadczenia lub dokumentów przedłożonych do wglądu).

4. Nie występują u dziecka stałe lub czasowe przeciwwskazania uniemożliwiające przeprowadzenie badania przesiewowego narządu wzroku.

Kryteria wyłączenia z programu dla dzieci:

Z udziału w programie wyłączone będą dzieci:

1. Które nie należą do rocznika odpowiadającego populacji objętej programem w danym roku realizacji,

2. Dla których nie uzyskano pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego, lub w przypadku pisemnej rezygnacji z udziału w programie,

3. Dla których nie można potwierdzić zamieszkania na terenie Gminy Białe Błota,

zobowiązani do wypełnienia testu wiedzy przeprowadzanego dwukrotnie – przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test). Wyniki testów będą wykorzystywane do oceny skuteczności działań edukacyjnych zgodnie z celami i miernikami efektywności programu. Dodatkowo uczestnicy wypełnią ankietę satysfakcji (Załącznik nr 2 programu). Planowany zasięg tej interwencji obejmuje około 50% populacji docelowej (ok. 100 osób).

c) Dokumentowanie działań edukacyjnych

Realizator będzie prowadził dokumentację działań edukacyjnych, w tym:

- rejestr uczestników spotkań,
- plan tematyczny zajęć,
- materiały informacyjne o świadczeniach finansowanych przez NFZ, w tym o dostępności dalszej diagnostyki,
- arkusze wyników pre-testów i post-testów wiedzy uczestników działań edukacyjnych.

2. Badania diagnostyczne (przesiewowe)

Badania przesiewowe wzroku będą przeprowadzane zgodnie z zaleceniami USPSTF, NCCVEH,

Public HealthEngland oraz American Academy of Ophthalmology.

Zakres diagnostyki obejmuje:

- badanie ostrości wzroku (optotypy LEA lub HOTV),
- test widzenia przestrzennego (test Muchy),
- cover test,
- autorefraktometrię (jeśli dostępna),
- ocenę ustawienia i ruchomości gałek ocznych.

Badania będą realizowane:

- w placówkach edukacyjnych – dla dzieci do nich uczęszczających, • w gabinecie realizatora – dla dzieci nieobjętych edukacją przedszkolną.

Każde badanie odbywać się będzie jednorazowo, w obecności nauczyciela lub opiekuna. Warunkiem udziału dziecka w badaniu jest uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna.

Szczegółowy zakres badania okulistycznego:

- badanie ostrości wzroku do dali i bliży (tablice optotypów podświetlanych, tablice Snellena),
- ocena aparatu ochronnego oka i przedniego odcinka gałki ocznej,
- badanie ruchomości gałek ocznych i kontrola ustawienia (wykrywanie zez),
- cover test,
- test Muchy (widzenie przestrzenne),
- badanie wady refrakcji,

Dywersyfikacja terminów i godzin udzielania świadczeń pozwoli na zapewnienie możliwie najwyższej dostępności dla uczestników. Realizator będzie zobowiązany do organizacji świadczeń w sposób elastyczny, dostosowany do potrzeb rodzin i placówek.

W przypadku dzieci, które nie uczęszczają do placówek edukacyjnych, realizator programu zapewni możliwość udziału w badaniu poprzez działania informacyjne prowadzone we współpracy z Urzędem Stanu Cywilnego, sołectwami oraz za pośrednictwem mediów gminnych. Informacje o zapisach i dostępności badań będą również publikowane na stronie internetowej gminy oraz przekazywane poprzez listy mailingowe i plakaty rozmieszczone w miejscach publicznych (np. przychodnie, biblioteki, punkty obsługi mieszkańców).

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania wad wzroku nie zastępuje świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ani specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

Program stanowi uzupełnienie bilansów zdrowia realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, zapewniając dodatkową możliwość oceny narządu wzroku przed rozpoczęciem edukacji szkolnej.

W przypadku wykrycia nieprawidłowości podczas badań przesiewowych rodzice lub opiekunowie dziecka otrzymują pisemną informację o wyniku badania oraz rekomendację zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub poradni specjalistycznej w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

Warunki realizacji

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach programu będą wykonywane przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z zakresem interwencji opisanym w rozdziale III.3.

Badania przesiewowe wzroku realizowane będą wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Badania będą przeprowadzane z zastosowaniem specjalistycznego sprzętu medycznego spełniającego wymogi:

- ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
- oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W przypadku dzieci nieuczęszczających do placówek edukacyjnych, badania będą realizowane w gabinecie realizatora wyposażonym w sprzęt spełniający obowiązujące wymagania techniczno-sanitarne dla gabinetów okulistycznych.

Zasady realizacji świadczeń i uczestnictwa

- Uczestnicy programu będą informowani o źródłach jego finansowania, zasadach realizacji i warunkach uczestnictwa.

Decyzja o zakończeniu uczestnictwa zostanie udokumentowana w formie pisemnej i dołączona do dokumentacji medycznej.

Badania przesiewowe wzroku obejmują testy ostrości wzroku, test widzenia przestrzennego, cover test, autorefraktometrię i ocenę ustawienia gałek ocznych.

W przypadku wykrycia wady wzroku, rodzic/opiekun dziecka zostanie poinformowany o konieczności kontynuacji diagnostyki oraz skierowany na leczenie w ramach NFZ.

V Etap: Działania kontrolne i sprawozdawcze

1. Monitoring działań w ramach programu – weryfikacja zgłaszalności uczestników oraz ocena jakości realizowanych świadczeń.

Rodzice/opiekunowie dzieci po wykonaniu badań będą poproszeni o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania raportu rocznego przez realizatora.

2. Ewaluacja programu i sprawozdawczość – ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów.

Do oceny mogą zostać wykorzystane rutynowo stosowane mierniki epidemiologiczne, m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące zaburzeń widzenia w populacji dzieci 5letnich.

Działania ewaluacyjne będą miały charakter długofalowy.

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

Program może być realizowany wyłącznie przez podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Realizator zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania będą prowadzone na terenie Gminy Białe Błota, w miejscach wskazanych przez realizatora, zgodnie z harmonogramem. Informacje o terminach i lokalizacjach realizacji programu zostaną udostępnione publicznie za pośrednictwem dostępnych kanałów informacyjnych (m.in. strona internetowa urzędu gminy, tablice ogłoszeń, media lokalne).

Wyposażenie i warunki lokalowe

Realizator programu zobowiązany jest do zapewnienia:

- odpowiednich warunków lokalowych, zgodnych z wymogami dla świadczeń okulistycznych,
- sprzętu medycznego zgodnego z obowiązującymi przepisami, w tym ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
- spełnienia wymogów techniczno-sanitarnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Wszystkie procedury diagnostyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem reżimu sanitarnego. W razie potrzeby należy przewidzieć dodatkowe zabezpieczenia na wypadek stanu zagrożenia epidemicznego lub innych sytuacji wymagających podwyższonego reżimu sanitarnego.

Kadra realizatora

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu

V. 1 Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie prowadzone do momentu jego zakończenia. Ocena przebiegu realizacji opierać się będzie na analizie zgłaszalności do programu oraz na sprawozdaniach okresowych i końcowych przedkładanych przez Realizatora, zgodnie z zakresem określonym w Załączniku nr 4 do programu.

Zakres monitorowania

Monitoring programu będzie prowadzony w dwóch wymiarach:

1. Monitorowanie postępu realizacji działań:

- liczba osób uczestniczących w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych adresowanych do rodziców/opiekunów dzieci oraz osób sprawujących opiekę edukacyjną (np. nauczycieli wychowania przedszkolnego, wychowawców klas zerowych, edukatorów domowych),
- liczba dzieci 5-letnich zgłoszonych do udziału w programie przez rodziców/opiekunów, · liczba dzieci 5-letnich, u których wykonano badania przesiewowe,
- liczba dzieci 5-letnich nieobjętych badaniami przesiewowymi wraz ze wskazaniem przyczyn,
- liczba dzieci, których rodzice/opiekunowie zrezygnowali z udziału dziecka w programie,
- liczba dzieci 5-letnich, u których wykryto wadę lub wady wzroku,
- liczba i rodzaj wykrytych wad wzroku,
- liczba dzieci skierowanych do dalszej diagnostyki i/lub leczenia poza programem.

2. Monitoring bieżący wskaźników podstawowych:

- liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym,
- liczba dzieci, u których wykryto wady wzroku,
- liczba skierowań do dalszej diagnostyki,
- liczba zrealizowanych działań edukacyjnych i liczba ich uczestników.

Dokumentacja prowadzona przez Realizatora

Realizator programu będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji uczestników programu, w tym:

- formularza pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie (wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych), zawierającego:
 - imię i nazwisko dziecka,
 - datę urodzenia,
 - miejsce zameldowania/zamieszkania,
 - imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego,
 - datę wyrażenia zgody,

W przypadku kontynuacji programu w kolejnych latach planuje się ocenę odsetka dzieci objętych leczeniem korekcyjnym oraz analizy wskaźników zapadalności na wady wzroku w populacji lokalnej w perspektywie 5 lat.

VI. Budżet programu

VI. 1 Koszty jednostkowe

W ramach realizacji programu przewidziano następujące koszty jednostkowe:

- Przygotowanie treści materiałów informacyjno-edukacyjnych – 500,00 zł (koszt jednorazowy),
- Przeprowadzenie jednego spotkania informacyjno-edukacyjnego – 400,00 zł,
- Badanie przesiewowe wzroku z konsultacją lekarską – 135,00 zł za jedną osobę,
- Działania informacyjno-promocyjne zostaną przeprowadzone przez pracowników Urzędu Gminy ds. promocji i nie będą generować dodatkowych kosztów.

VI. 2 Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu w pierwszym roku jego obowiązywania wyniesie 30 000,00 zł, w tym:

- Koszt przygotowania treści materiałów informacyjno-edukacyjnych – 500,00 zł,
- Koszt przeprowadzenia spotkań informacyjno-edukacyjnych – 2 000,00 zł,
- Koszt realizacji badań przesiewowych – 27 000,00 zł,
- Koszt ewaluacji programu – 500,00 zł

Koszty monitorowania i ewaluacji programu zostały uwzględnione w budżecie całkowitym i obejmują m.in.: przygotowanie arkuszy monitorujących, opracowanie raportów ewaluacyjnych, analizę wskaźników efektywności i satysfakcji uczestników oraz archiwizację dokumentacji programu. Szacowany udział kosztów monitorowania i ewaluacji w całkowitym budżecie wynosi do 10% rocznych wydatków.

W kolejnych latach funkcjonowania programu koszty będą szacowane indywidualnie, na podstawie aktualnych danych demograficznych dotyczących liczebności rocznika przewidzianego do objęcia programem. Możliwe są również korekty kosztów jednostkowych wynikające ze zmian warunków rynkowych oraz dostępności kadr i sprzętu.

Całkowity koszt realizacji programu w okresie 2025–2029 został oszacowany na łączną kwotę 150 000 zł, z uwzględnieniem kosztów działań diagnostycznych, działań edukacyjnych, monitorowania i ewaluacji, materiałów informacyjnych oraz administracji programu. Szacunkowy podział kosztów w poszczególnych latach realizacji programu przedstawia się następująco:

- Rok 2025: 30 000 zł
- Rok 2026: 30 000 zł
- Rok 2027: 30 000 zł

VII. Bibliografia

- [1]Urzędowska M. „SpójrzMY dziecku w oczy ...”, czyli o widzeniu i odruchach słów kilka, Optyka 2024r, Nr 2, s 46-47;
- [2]Feltzke M. Zakład Optometrii, Katedra Chorób Oczu i Optometrii, Uniwersytet Medyczny wPoznaniu „Czym jest krótkowzroczność? Przyczyny i metody spowalniania”, mamwzrokok.pl; [3] „Krótkowzroczność – objawy, przyczyny, leczenie” 2021r, zdrowie.pzu.pl;
- [4]Czaińska M. „Wyzwania diagnostyki i korekcji nadwzroczności”, Optyka, 2020r, Nr 4, s 32 – 34;
- [5]Adamczyk-Ludyga A., Szostek-Helbig R., „ Skuteczne leczenie anizometropii osiowej astygmatycznej z zastosowaniem torycznej soczewki wewnątrzgałkowej podczas fakoemulsyfikacji zaćmy – opis przypadku”, Ophthatherapy, Vol. 1, Nr 4(4), 2014r, s 260-265; [6] Czaińska M „Wady wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym”, Optyka, 2016r, Nr 4(41), s 36;
- [7]Czaińska M. „Astygmatyzm – charakterystyka wady”, Optyka, 2016r, Nr 5. S 28-31;
- [8]Leitman M.W. „Diagnostyka i postepowanie w chorobach oczu: kompendium” Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009r, s 25 – 26;
- [9]Niżankowska M.H. „Okulistyka. Podstawy kliniczne”, Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2007r, s 31;
- [10]Sarota K., Geniusz M. „Przesiewowe badania wzroku dzieci”, Optyka 2024r, Nr 2, s 48— 50;
- [11]Partyka O., Wysocki M.J., „Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce”, Przegląd Epidemiologiczny, 2015; 69: 905 - 908;
- [12]Woynarowska B., Oblacińska A., „Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce”, Biuro Analiz Sejmowych, Studia BAS nr 2 (38), 2014 r. s – 61;
- [13]„Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2021 r.;
- [14]„Polityka zdrowotna województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2024-2030”, s – 16;
- [15]Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy;
- [16]Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026;
- [17]Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
- Program polityki zdrowotnej wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci w wieku 5 lat zamieszkałych na terenie Miasta Torunia na lata 2020-2025pn. *Toruń ma oko na dzieciaki*”;
 - „Program polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci z powiatu poznańskiego”;

UZASADNIENIE

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Programy polityki zdrowotnej dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych oraz istotnych problemów zdrowotnych, dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców. Program polityki zdrowotnej może być realizowany w okresie jednego roku lub wielu lat. Uwzględniając uwarunkowania zdrowotne i finansowe oraz potrzeby w latach 2026 - 2029 przewiduje się realizację programu polityki zdrowotnej wymienionego w niniejszej uchwale.

Program ten został przyjęty uchwałą nr XX/97/2025 Rady Gminy Białe Błota z dnia 26 sierpnia 2025 r., która obowiązuje do dnia 31 grudnia 2025 r. Z tego względu zasadne jest podjęcie niniejszej uchwały, zapewniającej kontynuację realizacji programu w latach 2026–2029.

W obowiązującym stanie prawnym realizator programu polityki zdrowotnej zostanie wyłoniony co roku w drodze otwartego konkursu ofert.

Program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie wad wzroku, wśród dzieci w wieku 5 lat, mieszkających na terenie Gminy Białe Błota, w latach 2025-2029” stanowiący załącznik nr I do niniejszej uchwały otrzymał wymaganą pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - opinia nr 54/2025 z dnia 26 czerwca 2025 r.