



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Porada optometryczna

**Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia
jako świadczenia gwarantowanego z zakresu
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

DWSGiZS.420.2.2025

Data ukończenia: 23.10.2025 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 930 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane (nie dotyczy) stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy i dane stanowiące tajemnicę refundacyjną.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.), art. 35 ust. 4–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)² oraz art. 30b ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nie dotyczy).

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L. z 2016 r. 119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: dane osobowe.

¹ podstawa prawna zakreślić danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

² podstawa prawna zakreślić w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

Wykaz wybranych skrótów

Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOA	American Optometric Association
AON	Ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CeZ	Centrum e-Zdrowia
ECOO	European Council of Optometry and Optics
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
KŚOZ	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej
LSZ	Leczenie szpitalne
MUS	Miejsca Udzielania Świadczeń
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PTO	Polskie Towarzystwo Okulistyczne
PTOO	Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki
RCO	Royal College of Ophthalmologists
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024 poz. 146 z późn. zm.)
WCO	Światowa Rada Optometrii (ang. <i>World Council of Optometry</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
zł	złoty polski

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	4
1. Podstawowe informacje o zleceniu	5
2. Streszczenie raportu	6
3. Przedmiot i historia zlecenia	22
4. Problem decyzyjny	23
4.1. Problem zdrowotny	23
4.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej	25
4.3. Aktualne uwarunkowania formalno-prawne	29
4.3.1. Aktualne zasady finansowania diagnostyki wzroku w ramach świadczeń gwarantowanych oraz okulistycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie	29
4.3.2. Miejsce i zadania optometrystów w systemie ochrony zdrowia	31
4.4. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej	32
4.5. Rozwiązania organizacyjne i zakres kompetencji optometrystów w innych krajach	50
4.6. Opinie ekspertów klinicznych oraz towarzystw naukowych	60
4.7. Alternatywne świadczenia	67
4.8. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem	67
5. Proponowane przez AOTMiT warunki realizacji „Porady optometrycznej”	68
6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	72
6.1. Aktualna realizacja porad specjalistycznych lekarza posiadającego specjalizację z zakresu okulistyki	72
6.2. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia	79
6.3. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia	80
6.3.1. Szacowane koszty świadczenia – założenia	80
6.3.2. Szacowane skutki finansowe	82
6.3.3. Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego	83
6.3.4. Prognoza wydatków płatnika publicznego – oszacowanie własne AOTMiT	85
7. Oszacowanie potencjału wykonawczego	87
8. Piśmiennictwo	89
9. Załączniki	90
9.1. Dostępność optycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie	90
9.2. Szczegółowe zestawienie otrzymanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych	92
9.3. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia w przypadku populacji pediatrycznej	108
9.3.1. Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego	108
9.3.2. Prognoza wydatków płatnika publicznego – oszacowanie własne AOTMiT	108

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (dd.mm.rrrr) i znak pisma zlecającego:

- **zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 03.07.2025 r. (znak: DLG.781.9.2024.PM) – uzupełnione pismem z dnia 15.07.2025 r. (znak: DLG.781.9.2024.PM)**

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego) /przedmiot zlecenia:

przygotowanie rekomendacji Prezesa AOTMiT dotyczącej zakwalifikowania świadczenia:

- **„Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wraz z opracowaniem warunków realizacji świadczenia oraz potencjału wykonawczego**

Typ zlecenia:

- ☒ **zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego**, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
- ☐ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☒ **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Minister Zdrowia / Konsultant Krajowy w dziedzinie okulistyki – Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie raportu

Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej pn. „Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Raport obejmuje również opracowanie warunków realizacji świadczenia, analizę potencjału wykonawczego oraz wycenę tego świadczenia wraz z oszacowaniem kosztów jego realizacji.

Celem włączenia świadczenia „Porada optometryczna” do wykazu świadczeń gwarantowanych, zgodnie Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ), jest zapewnienie pacjentom dostępu do specjalistycznej konsultacji optometrycznej udzielanej przez optometrystę w sytuacjach pogorszenia jakości widzenia. Świadczenie to skierowane jest do szerokiej populacji pacjentów, u których występują schorzenia narządu wzroku sklasyfikowane według kodów ICD-10 z zakresu H: H00–H59³.

Porada optometryczna pełni ważną rolę diagnostyczną, wspierając wczesne wykrywanie oraz leczenie wad wzroku i innych zaburzeń widzenia. Dzięki temu możliwe jest szybsze wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego, co przekłada się na poprawę jakości życia pacjentów.

Wpływ proponowanego rozwiązania wg KŚOZ na:

- 1) **świadczeniobiorców** – wprowadzenie świadczenia „Porada optometryczna” umożliwi szybszy dostęp do diagnostyki i leczenia, co może przyczynić się do zmniejszenia liczby przypadków niezdolności do pracy, ograniczenia przewlekłego cierpienia oraz poprawy jakości życia pacjentów.
Obecnie, aby uzyskać zapotrzebowanie na okulary korekcyjne, pacjenci muszą najpierw udać się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie, a następnie oczekiwać w kolejce na poradę specjalistyczną. Kolejki te obejmują zarówno osoby wymagające pilnej interwencji okulistycznej, jak i pacjentów w trakcie leczenia chorób przewlekłych wymagających kontroli, czy po zabiegach chirurgicznych, co wydłuża czas oczekiwania i ogranicza dostępność świadczeń.
- 2) **świadczeniodawców** – umożliwienie optometrystom realizacji świadczeń zdrowotnych pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych systemu opieki zdrowotnej. Optometryści, po odpowiednim przeszkoleniu i we współpracy z lekarzami okulistami, mogliby również wykonywać procedury farmakologicznego porażenia akomodacji w celach diagnostycznych. Obecnie czynność ta bywa realizowana przez pielęgniarki, co generuje dodatkowe koszty i nieoptymalnie wykorzystuje ich kompetencje zawodowe.
- 3) **płatnika** – wprowadzenie świadczenia może przyczynić się do obniżenia kosztów opieki nad pacjentami z chorobami narządu wzroku poprzez wcześniejsze wykrywanie i leczenie wad wzroku oraz odciążenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo, rozwiązanie to przełoży się na skrócenie kolejek do poradni okulistycznych, co wpłynie pozytywnie na efektywność całego systemu.

Analiza aktualnych kolejek do poradni okulistycznych (stan na grudzień 2024 roku) wskazuje, że liczba pacjentów oczekujących na świadczenia okulistyczne wynosi około 511 tys. Mediana czasu oczekiwania w populacji dorosłych waha się od 19 dni do 96 dni, natomiast w przypadku dzieci od 32 dni do 286 dni, w zależności od pilności przypadku i typu poradni.

W ramach niniejszego opracowania przeprowadzono następujące działania analityczne:

- dokonano przeglądu oraz analizę rekomendacji i wytycznych praktyki klinicznej dotyczących realizacji porad optometrycznych, opublikowanych w latach 2012–2025,
- przeanalizowano rozwiązania organizacyjne funkcjonujące w innych krajach, odnoszące się do struktury organizacyjnej oraz finansowania pracy optometrysty,
- dokonano oceny potencjału wykonawczego podmiotów mogących realizować świadczenie optometryczne,

³ H00 – H06 Zaburzenia powiek, narządu łzowego i oczodołu, H10 – H13 Zaburzenia spojówek, H15 – H22 Zaburzenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego, H25 – H28 Zaburzenia soczewki, H30 – H36 Zaburzenia błony naczyniowej i siatkówki, H40 – H42 Jaskra, H43 – H45 Zaburzenia ciała szklistego i gałki ocznej, H46 – H48 Zaburzenia nerwu wzrokowego i drogi wzrokowej, H49 – H52 Zaburzenia mięśni gałki ocznej, obwodowej motoryki, akomodacji i refrakcji, H53 – H54 Upośledzenie widzenia i ślepota, H55 – H59 Inne zaburzenia oka i przydatków oka

- dokonano wyceny świadczenia, uwzględniając przewidywane koszty jego realizacji,
- oszacowano prognozowane wydatki płatnika publicznego w przypadku zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego.

Problem zdrowotny

Wzrok jest podstawowym narządem zmysłu człowieka, odgrywający kluczową rolę w codziennym funkcjonowaniu. W obliczu postępującego starzenia się populacji oraz dynamicznego rozwoju społeczeństwa informacyjnego, choroby narządu wzroku stają się coraz poważniejszym wyzwaniem zdrowotnym. Upośledzenie widzenia spowodowane chorobami oczu prowadzi do obniżenia jakości życia w wymiarze społecznym i ekonomicznym oraz przyczynia się do marginalizacji osób chorujących. Nielezione choroby narządu wzroku są główną przyczyną utraty wzroku. Większość osób cierpiących z powodu zaburzeń widzenia znajduje się w grupie wiekowej powyżej 50 roku życia – aż 82% tej grupy zmagają się z chorobami oczu (Partyka 2015).

Z uwagi na złożoną budowę ludzkiego oka, jego choroby lub dysfunkcje mają zróżnicowaną etiologię. Najczęściej problemy ze wzrokiem obejmują zaburzenia lub ograniczenia pola widzenia. Powszechne są także dolegliwości w postaci: bólu, pieczenia, swędzenia lub ogólnego dyskomfortu. Niejednokrotnie początkowe stadia licznych chorób mogą pozostawać bezobjawowe, co utrudnia ich wczesne wykrycie (RIOZ 2016).

Z danych przedstawionych w badaniu epidemiologicznym (Partyka 2015) dotyczącym chorób narządu wzroku wynika, że co drugi dorosły Polak nosi okulary korekcyjne lub soczewki kontaktowe. Ponadto, wyniki badań wskazują, że niemal 80% problemów ze wzrokiem stanowią zaburzenia refrakcji (H52), tj. wady wzroku – rozróżnia się tu dominującą w większości przypadków krótkowzroczność, nadwzroczność oraz starczowzroczność. Wśród dzieci do 15. roku życia niemal 50% zmagają się z wadami wzroku, w szczególności z krótkowzrocznością (H52.1). U osób powyżej 60. roku życia dominują problemy związane z fizjologicznym spadkiem amplitudy akomodacji, znane jako starczowzroczność (H52.4), które stanowią 80% przypadków.

Z nowszych badań (Pacholec 2020) wynika, że co czwarta osoba z niepełnosprawnością zmagają się z zaburzeniami narządu wzroku, spowodowanymi chorobami układowymi. Osoby z problemami ze wzrokiem stanowią około 30% populacji osób niepełnosprawnych. Zgodnie z danymi Polskiego Związku Niewidomych, w 2019 roku zarejestrowanych było 40 tys. osób z niepełnosprawnością wzrokową, a liczba ta rocznie wzrasta o około 2 tys. osób.

Prognozy wskazują, że w nadchodzących dziesięcioleciach liczba osób z chorobami oczu, upośledzeniem wzroku i niewidomych znacznie wzrośnie. Będzie to wynikać z rosnącej liczby ludności, starzenia się społeczeństw oraz zmian w stylu życia i postępującej urbanizacji. Te czynniki podkreślają potrzebę wzmocnionych działań w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia zaburzeń wzroku na całym świecie.

Ponadto starzenie się populacji, wraz z przewidywanym wzrostem liczby osób powyżej 60. roku życia o jedną trzecią do 2030 r., w połączeniu z negatywnymi zmianami stylu życia, takimi jak ograniczony czas spędzany na świeżym powietrzu, siedzący tryb życia oraz niezdrowe nawyki żywieniowe, prowadzi do znaczącego wzrostu liczby przypadków chorób oczu i upośledzenia wzroku.

Opis proponowanego świadczenia wskazany w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej

Porada optometryczna skierowana jest do pacjentów odczuwających pogorszenie jakości widzenia. W ramach wizyty w gabinecie optometrysty przeprowadzany jest szczegółowy wywiad dotyczący stanu zdrowia oraz objawów związanych ze wzrokiem. Następnie wykonywana jest ocena ostrości wzroku – zarówno bez korekcji, jak i w obecnej korekcji okularowej lub soczewkowej.

Proponowany zakres czynności realizowanych w ramach porady przez optometrystę ma obejmować:

1) czynności podstawowe:

- przeprowadzenie wywiadu,
- badanie obiektywne refrakcji i keratometrii,
- badanie subiektywne refrakcji,
- badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego,
- pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem,

- badanie przedniego odcinka oka,
- przesiewowe badanie dna oka,
- postawienie rozpoznania, sformułowanie zaleceń,
- omówienie planu postępowania i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego,
- zalecanie i zaopatrywanie pacjenta w wyroby medycznej z grupy „O”,
- prowadzenie dokumentacji medycznej;

2) czynności dodatkowe:

- kierowanie na konsultacje okulistyczne,
- kierowanie do leczenia szpitalnego w stanach nagłych.

W ramach wnioskowanej porady zaproponowano następujące postępowanie przez optometrystę, obejmujące m.in.:

- dobranie optymalnej korekcji okularami, soczewkami kontaktowymi czy innymi pomocami wzrokowymi – w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości związanych ze stanem refrakcji, funkcji widzenia czy widzenia obuocznego,
- kierowanie pacjenta na konsultację okulistyczną – w przypadku wykrycia nieprawidłowości sugerujących możliwość wystąpienia zmian patologicznych w narządzie wzroku lub mogących mieć wpływ na ogólny stan zdrowia pacjenta,
- zaopatrywanie pacjenta w wyroby medyczne wydawane na zlecenie dotyczące korekcji optycznej⁴.

Wskazano obowiązkowe wyposażenie gabinetu optometrysty w następującą aparaturę medyczną:

- odpowiednie testy do badania ostrości wzroku dali i bliży,
- kaseta szkieł próbnych wraz z oprawą probierczą,
- zestaw do obiektywnego badania refrakcji: refraktometr optyczny i/lub skiaskop, keratometr lub keratograf,
- pupilometr i/lub źrenicówka,
- oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka,
- biomikroskop - lampa szczelinowa,
- test Amslera lub podobny,
- przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe,
- testy widzenia barwnego,
- punktowe źródło światła,
- frontofokometr (dioptrymierz),
- przesłonka,
- tonometr.

W treści KŚOZ dla „Porady optometrycznej” zaproponowano dwa zakresy świadczeń: poradę podstawową oraz poradę kontrolną. Realizacja wnioskowanego świadczenia planowana jest przede wszystkim w gabinecie optometrysty, z możliwością jego udzielania również w miejscu pobytu pacjenta, jeśli wymaga tego jego stan zdrowia.

Przedmiotowe świadczenie ma stanowić istotne wsparcie diagnostyczne, które może znacząco wpłynąć na skuteczność wczesnego wykrywania i leczenia wad wzroku oraz innych zaburzeń narządu wzroku. Do potencjalnych korzyści wynikających z wprowadzenia tej porady, wskazanych w KŚOZ, należą:

- uzyskanie szybszego dostępu pacjentów do diagnostyki i leczenia,
- zmniejszenie liczby przypadków niezdolności do pracy,
- ograniczenie przewlekłego cierpienia,
- poprawa jakości życia pacjentów.

⁴ *Komentarz analityczny: w obecnym stanie formalno-prawnym wyroby medyczne z grupy O „Wyroby optyczne wykonywane na zamówienie lub produkowane seryjnie” mogą być zlecane wyłącznie przez lekarza posiadającego specjalizację z dziedziny okulistyki.*

Aktualne uwarunkowania organizacyjne i refundacyjne dotyczące realizacji świadczeń okulistycznych

Świadczenia okulistyczne finansowane ze środków publicznych są realizowane na podstawie ustawy o świadczeniach oraz aktów wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Dokumenty te, określają szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów, wyceny świadczeń oraz zakres świadczeń gwarantowanych w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczeniu szpitalnym (LSZ).

W ramach POZ lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wykonywać podstawowe badania przesiewowe wzroku i w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości kieruje pacjentów do okulisty. Dodatkowo w POZ przeprowadzane są bilanse dzieci oraz wizyty patronażowe realizowane przez pielęgniarki i położne. Wszystkie te świadczenia są finansowane w ramach stawki kapitałowej.

Porady okulistyczne są świadczeniami gwarantowanymi w AOS i – zgodnie z nowelizacją przepisów – od 2025 roku mogą być realizowane na podstawie skierowania wystawionego zarówno przez lekarza, jak i optometrystę. W trybie nagłym (AON) część świadczeń okulistycznych jest dostępna bez skierowania, co umożliwia szybszy dostęp do pilnej diagnostyki i leczenia. Zakres świadczeń w ramach AOS obejmuje m.in. okulistykę dorosłych i dzieci, leczenie zezów oraz diagnostykę chorób oczu.

W ramach leczenia szpitalnego (LSZ), oddziały okulistyczne realizują diagnostykę i zabiegi operacyjne, takie jak operacje zaćmy i jaskry, przeszczepy rogówki czy terapię fotodynamiczną AMD. Świadczenia te są finansowane przez NFZ w różnych trybach: planowym, pilnym, nagłym lub leczenia jednego dnia.

Refundacja wyrobów medycznych z zakresu okulistyki – takich jak soczewki okularowe i kontaktowe, protezy oka, lupy, okulary specjalistyczne oraz filtry odcinające – jest możliwa zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w ramach grupy O „*Wyroby optyczne wykonywane na zamówienie lub produkowane seryjnie*”, jednakże mogą być one zlecane wyłącznie przez lekarza posiadającego specjalizację z dziedziny okulistyki. Optometryści, mimo rozszerzenia ich kompetencji w zakresie diagnostyki i przepisywania korekcji wzroku, nie są obecnie uprawnieni do wystawiania zleceń refundacyjnych na wyroby medyczne.

System opieki zdrowotnej w Polsce gwarantuje wielopoziomą opiekę okulistyczną – od badań przesiewowych w ramach POZ, przez diagnostykę i leczenie w AOS, aż po hospitalizację i zaopatrzenie w wyroby medyczne. Całość realizowana jest w oparciu o jednolite przepisy i szczegółowe zarządzenia NFZ dotyczące finansowania świadczeń okulistycznych.

Umocowanie zawodu optometrysty w systemie ochrony zdrowia

Zawód optometrysty został formalnie uregulowany ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych⁵, która określa wymagania kwalifikacyjne zasady przyznawania uprawnień oraz obowiązki zawodowe i odpowiedzialność optometrystów.

Aby uzyskać uprawnienia do wykonywania zawodu optometrysty, konieczne jest:

- posiadanie odpowiedniego wykształcenia – ukończenie studiów wyższych lub podyplomowych z zakresu optometrii,
- spełnienie warunków określonych w ustawie, takich jak pełna zdolność do czynności prawnych, niekaralność, znajomość języka polskiego,
- **obowiązkowa rejestracja w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego**, prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem systemu teleinformatycznego rzm.ezdrowie.gov.pl

Rejestracja jest warunkiem legalnego wykonywania zawodu i podlega opłacie skarbowej. Wpis do rejestru umożliwia weryfikację kwalifikacji przez pacjentów oraz instytucje medyczne, a także stanowi podstawę do dalszego rozwoju zawodowego i współpracy w ramach zespołów medycznych.

⁵ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972 z późn. zm.)

Zakres kompetencji optometrysty, uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁶, obejmuje m.in.:

- wykonywanie badań optometrycznych, w tym oceny ostrości wzroku, refrakcji oraz widzenia obuocznego,
- dobór i przepisywanie soczewek okularowych i kontaktowych oraz pomocy wzrokowych dla osób słabowidzących,
- prowadzenie rehabilitacji wzroku, oraz działań profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie ochrony narządu wzroku,
- stosowanie na zlecenie lekarza okulisty wybranych preparatów diagnostycznych niezbędnych do porażenia akomodacji oka.

Optometrysta **nie posiada uprawnień do ordynowania leków**, stawiania diagnozy ani samodzielnego leczenia chorób oczu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub podejrzenia schorzeń ma obowiązek skierowania pacjenta do lekarza okulisty.

Ponadto ostatnia nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷ obowiązująca od 17 września 2025 r., formalnie włączyła zawód optometrysty jako element ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w systemie ochrony zdrowia, wprowadzając następujące uprawnienia:

- zniesienie obowiązku posiadania skierowania przez pacjenta w celu skorzystania z porady optometrycznej w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ;
- możliwość wystawiania skierowań do lekarza okulisty przez optometrystę, pod warunkiem, że:
 - optometrysta zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo
 - optometrysta jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który posiada taką umowę z NFZ.

Nowe regulacje mają na celu skrócenie ścieżki diagnostycznej, odciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz poprawę dostępności do specjalistycznej opieki okulistycznej.

Pomimo formalnego umocowania zawodu optometrysty w systemie ochrony zdrowia, należy zauważyć, że aktualne rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) nie przewiduje odrębnego świadczenia realizowanego przez optometrystę.

W związku z tym, **porady optometryczne są obecnie najczęściej świadczone w trybie komercyjnym**, poza systemem finansowania ze środków publicznych. Brak ich formalnego ujęcia w katalogu świadczeń gwarantowanych ogranicza dostępność usług optometrycznych dla pacjentów korzystających z publicznej opieki zdrowotnej.

Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Do analizy włączono dziewięć dokumentów opublikowanych w latach 2012–2025: PTOO 2025 standardy, PTOO 2025 wyposażenie, ECOO 2025 standardy, AOA 2023, PTO SODiLZ 2021a, PTO SODiLZ 2021b, AOA 2017, ECOO 2013, RCO 2012, dotyczących postępowania diagnostyczno-leczniczego prowadzonego przez optometrystów u pacjentów z pogorszeniem widzenia oraz organizacji opieki zdrowotnej i realizacji świadczeń optometrycznych.

Do opracowania włączono zarówno wytyczne dotyczące populacji ogólnej, jak i specyficzne dla populacji pediatrycznej.

Na podstawie przeprowadzonej analizy wytycznych praktyki klinicznej oraz standardów można stwierdzić, że optometrysta powinien być aktywnie włączany w opiekę nad pacjentem z chorobami oczu i zaburzeniami widzenia. Zalecenia zarówno polskich i zagranicznych towarzystw naukowych są zbieżne w kwestiach dotyczących przebiegu badania optometrycznego, jego zakresu oraz roli optometrysty w systemie opieki zdrowotnej

Włączone do niniejszego przeglądu wytyczne praktyki klinicznej dotyczące badań wzroku i oczu wskazują, że w przypadku:

- osób dorosłych z zaburzeniami widzenia:
 - lekarze optometryści nie powinni opierać się na pojedynczym, prawidłowym wyniku badania pola widzenia jako na dowodzie braku ubytku pola widzenia. W przypadku podejrzenia klinicznego ubytku pola widzenia

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. 2025 poz. 626 z późn. zm.).

⁷ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2025 poz. 1211) (źródło: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250001211>, dostęp: 14.10.2025 r.)

- powinni przeprowadzić u pacjentów formalną perymetrię. (Poziom jakości dowodów: B, Ranga: zalecenie). (AOA 2023);
- po zakończeniu badania wzroku i oczu należy wyjaśnić pacjentowi wszelkie rozpoznania dotyczące oczu lub wzroku i odnieść je do występujących u niego objawów, a także omówić plany leczenia i rokowania. (Ranga: konsensus ekspercki) (AOA 2023);
 - kompleksowe badanie wzroku i oczu jest zalecane corocznie u osób w wieku:
 - od 18 do 64 lat (Ranga: konsensus ekspercki) (AOA 2023);
 - 65 lat i starszych (Poziom jakości dowodów: C, Ranga: zalecenie) (AOA 2023);
 - w celu optymalizacji funkcji wzrokowych, oceny zmian w oku oraz wczesnego wykrywania zagrażających wzrokowi schorzeń oczu i chorób ogólnoustrojowych. Obecność czynników ryzyka może skutkować zaleceniami częstszych badań.
 - dorośli pacjenci powinni otrzymać od swojego okulisty zalecenie częstszych badań okulistycznych niż zalecany odstęp czasu, jeśli pojawią się nowe problemy ze wzrokiem, oczami lub ogólne problemy zdrowotne. (Ranga: konsensus ekspercki) (AOA 2023);
 - pacjent powinien zostać poinformowany o odpowiednim odstępie między testami. W większości przypadków badanie oczu powinno odbywać się raz w roku lub co dwa lata. Jednak w określonych przypadkach specjalista może chcieć zalecić krótsze odstępy między testami. (ECOO 2013);
 - dzieci z zaburzeniami widzenia:
 - u dzieci z niedowidzeniem zaleca się przeprowadzenie pełnego badania okulistycznego, rozszerzonego o ocenę ruchomości gałek ocznych, określenie poziomu widzenia obuocznego, rodzaju fiksacji oraz zdolności akomodacji (PTO SODiLZ 2021a);
 - w przypadku podejrzenia wady refrakcji u dziecka, konieczne jest jej precyzyjne określenie z uwzględnieniem wieku oraz możliwości zastosowania środków cykloplegicznych bez względu na wiek. Zaliczamy do nich atropinę w stężeniu 1% powyżej 6. roku życia, 0,5% u dzieci pomiędzy 1,5 a 6 rokiem życia i 0,25% u dzieci pomiędzy 9 a 18 miesiącem życia, cyklopentolat w stężeniu 1% od 1 r.ż., tropikamid w stężeniu 1%. Środki te należy stosować w sposób zapewniający pełną cykloplegię przy uwzględnieniu wieku pacjenta (PTO SODiLZ 2021a);
 - w przypadku braku skuteczności leczenia samą korekcją okularową, po 3–4 miesięcznym okresie obserwacji, podejmuje się leczenie poprzez zastosowanie metod penalizacyjnych oka lepiej widzącego. Przed przystąpieniem do leczenia, należy powtórzyć pomiar wady refrakcji po cykloplegii, w celu wykluczenia niedokorygowania wady jako przyczyny niepowodzenia (PTO SODiLZ 2021a);
 - ostateczną decyzję w sprawie leczenia krótkowzroczności podejmuje lekarz okulista dostosowując metodę terapeutyczną do pacjenta, jego wieku, momentu pojawienia się wady, rocznego przyrostu wielkości wady refrakcji (PTO SODiLZ 2021b);
 - zmniejszenie globalnego obciążenia krótkowzrocznością wymaga edukacji lekarzy okulistów, ale również lekarzy rodzinnych, pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i ich rodzin, a także lokalnych i krajowych instytucji zdrowia publicznego (PTO SODiLZ 2021b);
 - retinoskopia cykloplegiczna jest preferowaną procedurą podczas pierwszej oceny wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, konieczne jest ilościowe określenie istotnych wad refrakcji w przypadku występowania takich schorzeń wzroku, jak zez, niedowidzenie i anizometropia (konsensusów ekspertów) (AOA 2017);
 - dzieci z krótkowzrocznością powinny co najmniej raz w roku lub zgodnie z zaleceniami (szczególnie do 12 roku życia) poddawać się kompleksowym badaniom wzroku i oczu, ze względu na możliwość szybkiego postępu krótkowzroczności (Poziom dowodów B/silne zalecenie) (AOA 2017);
 - dzieci w wieku szkolnym powinny co roku poddawać się kompleksowym badaniom wzroku i oczu w celu diagnozowania, leczenia i zarządzania problemami związanymi z oczami lub wzrokiem (konsensusów ekspertów) (AOA 2017);
 - wymagana jest coroczne badanie refrakcji, aby monitorować zmiany w recepcie okularów (RCO 2012);
 - postępowanie w przypadku zezu w dzieciństwie jest sprawą multidyscyplinarną i zwykle angażuje rodziców i dzieci, okulistów, ortoptyków i optometrystów (RCO 2012);
 - dokładna ocena wzroku dyktuje wiele decyzji dotyczących postępowania w przypadku zezu, zez dziecięcy jest najlepiej zarządzany przez ortoptystę/optometrystę we współpracy z okulistą u wszystkich dzieci poniżej 5 roku życia (RCO 2012);
 - coroczne badanie refrakcji są wykonywane przez optometrystę współpracującego z ortoptystą lub okulistą. Optyk i ortoptysta/optometrysta powinni mieć łatwy dostęp do okulisty, najlepiej w sąsiednim gabinecie lub z możliwością wspólnego zbadania dziecka (tj. w miarę możliwości w równoległych poradniach) (RCO 2012).

Szczegółowy opis zaleceń oraz procedur zawartych w zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej oraz standardach organizacyjnych przedstawiono w treści niniejszego opracowania analitycznego.

Rozwiązania organizacyjne i zakres kompetencji optometrystów w wybranych krajach

Dokument Europejskiej Rady Optometrii i Optyki ECOO Blue Book 2025 wskazuje, że zawód optometrysty jest w większości krajów europejskich dobrze ugruntowany i podlega stopniowemu rozszerzeniu kompetencji – od świadczenia podstawowych usług optycznych po udział w diagnostyce i leczeniu chorób oczu tam, gdzie pozwalają na to krajowe regulacje prawne. Na podstawie Blue Book 2025 można zaobserwować następujące trendy w Europie:

- większość państw europejskich znajduje się na zaawansowanym poziomie rozwoju zawodu optometrysty, zgodnie z kryteriami Światowej Rady Optometrii, jeżeli chodzi o biegłość i doświadczenie optometrystów w opiece okulistycznej, wśród nich znajduje się również Polska;
- w większości krajów Europy, tj.: Austrii, Szwajcarii, Czechach, Niemczech, Danii, Hiszpanii, Finlandii, Grecji, Węgrzech, Irlandii, Litwie, Łotwie, Malcie, Holandii, Norwegii, Polsce, Szwecji, Słowacji i Wielkiej Brytanii, zawód optometrysty jest uregulowany prawnie;
- kraje, w których zawód optometrysty nie jest jeszcze uregulowany prawnie, jednakże prowadzone są prace w tym zakresie to: Belgia, Bułgaria, Estonia, Portugalia, Słowacja;
- odnawianie licencji zawodowej nie jest wymagane w większości krajów, z wyjątkiem Cypru, Węgier, Irlandii, Litwy i Łotwy;
- na podstawie danych ECOO w Polsce na 10 tys. mieszkańców przypada 0,91 optometrysty, co daje 18 miejsce na 27 państw, z których analizowano dane, najwyższy wynik osiągnęła Dania (4,65), natomiast najniższy Cypr (0,35);
- w większości analizowanych krajów europejskich nie obowiązują ograniczenia dotyczące własności salonów lub gabinetów optycznych – mogą być one prowadzone przez dowolne osoby, pod warunkiem, że usługi optometryczne świadczy wykwalifikowany specjalista w zakresie opieki okulistycznej. Jedynie w Austrii właścicielem salonu może być wyłącznie optometrysta, natomiast w Polsce nie ma żadnych dodatkowych wymogów w tej kwestii;
- zgodnie z danymi zawartymi w ECOO Blue Book 2025, najwięcej salonów optometrycznych przypada na 10 tys. mieszkańców w Portugalii (2,62), najmniej w Irlandii (0,74), zaś Polska znajduje się na 15 miejscu z wynikiem 1,23;
- zakres praktyki optometrystów różni się w poszczególnych krajach Europy. Optometryści w większości krajów mogą: oceniać ostrość wzroku, refrakcję (metodami obiektywnymi i subiektywnymi), amplitudę akomodacji, ruchomość gałki ocznej, stan widzenia obuocznego, funkcję źrenicy, widzenie kolorów, przeprowadzać cover test, stereopsję, pupillometrię, badanie przedniego odcinka gałki ocznej i przydatków za pomocą lampy szczelinowej, tonometrię, keratometrię, pachymetrię, topografię rogówki, pomiary długości osiowej, fotografię dna oka, badanie dna oka, optyczną tomografię koherencyjną, perymetrię oraz zbierają informację o historii przypadku, informują pacjentów o wynikach badań, w razie potrzeby kierują pacjenta do lekarza wraz ze wszystkimi niezbędnymi danymi, rejestrują informacje o pacjencie w bezpiecznym systemie zgodnie z wymogami prawnymi;
- do procedur, które mogą być wykonywane przez optometrystów tylko w wybranych krajach europejskich, należą m.in.: refrakcja cykloplegiczna, diagnostyka w badaniach źrenic, gonioskopia, badanie dna oka z rozszerzeniem źrenicy, ciśnienie krwi, zapewnianie opieki farmakologicznej, w tym terapii okulistycznej i środków kontrolujących krótkowzroczność (wyłącznie w Wielkiej Brytanii), opieka przed- i pooperacyjna w przypadku zabiegów chirurgicznych oczu;
- we wszystkich państwach poddanych badaniu w kompetencjach optometrysty po ukończeniu studiów jest ocena stanu refrakcji oraz rejestracja informacji i danych pacjentów w sposób przejrzysty, bezpieczny, dostępny, trwały i dokładny. W prawie wszystkich państwach optometrysta przepisuje soczewki kontaktowe, wydaje skierowania pacjentów do okulisty i przyjmuje skierowania pacjentów, ocenia funkcje binokularową (wyrównywanie oczu, ruchy oczu, stan binokularowości, adaptacyjność akomodacji), przepisuje okulary i wydaje recepty na okulary, rozumie i przestrzega prawa pacjenta do dostępu do swojej dokumentacji medycznej, rozumie czynniki wpływające na zapotrzebowanie społeczności na usługi optometryczne. Natomiast kompetencje do przepisywania leków i innych metod leczenia chorób i urazów oczu, posiadają optometryści edukujący się w Szwajcarii, Irlandii i Wielkiej Brytanii;
- w odniesieniu do badania wzroku kierowców przez optometrystów w połowie ankietowanych państw jest ono dozwolone;

- w niektórych krajach (Austria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania) przy leczeniu wzroku i zezu u dzieci optometryści i optycy-optometryści są zaangażowani w pierwszą pomoc, kierując bardziej złożone przypadki do okulistów lub ortoptystów w celu dalszego leczenia. Ogólnie rzecz biorąc, powszechne jest podejście multidyscyplinarne, w ramach którego okulistom towarzyszą ortoptycy i optycy, w zależności od systemu;
- w prawie wszystkich krajach (oprócz Litwy) optometryści mogą dobierać i zaopatrywać w okulary dzieci; w większości państw optometryści mogą również przeprowadzać badanie wzroku i przepisywać okulary i soczewki kontaktowe dzieciom. W większości krajów obowiązują różne ograniczenia wiekowe, które często wymagają skierowania do okulisty w przypadku młodszych dzieci;
- badania wzroku u dzieci do lat 18 dozwolone lub praktykowane są w następujących państwach: Austria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania;
- pod względem dofinansowania usług optometrycznych w systemach refundacyjnych w Europie w około 1/3 analizowanych państw występuje pokrycie kosztów badań, w odniesieniu do wybranych grup pacjentów, takich jak: dzieci do 18 r.ż., osoby powyżej 65 r.ż., osoby dorosłe powyżej 18 r.ż. oraz osoby o niskich dochodach lub bezrobotnych. Uprawnienia dla osób niepełnosprawnych optometrysta może potwierdzić jedynie w Wielkiej Brytanii, natomiast pełne pokrycie kosztów usług optometrycznych dla wszystkich pacjentów występuje na Malcie.

Opinie ekspertów klinicznych w sprawie zasadności włączenia „Porady optometrycznej” do wykazu świadczeń gwarantowanych

Agencja otrzymała trzy niezależne opinie eksperckie odnoszące się do zasadności zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych. Opinie zostały przedstawione przez: Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki, [REDAKTOWANO] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, [REDAKTOWANO] Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki.

W ocenie ekspertów:

- wnioskowane świadczenie „Porada optometryczna” powinno zostać wdrożone jako świadczenie gwarantowane i finansowane ze środków publicznych. Wskazano, że świadczenie to może pełnić istotną rolę w systemie ochrony zdrowia, m.in. poprzez wspieranie wczesnej diagnostyki zaburzeń widzenia i chorób narządu wzroku, odciążenie poradni okulistycznych poprzez przejęcie opieki nad pacjentami stabilnymi wymagającymi jedynie okresowej kontroli funkcji wzrokowych oraz zapewnienie doboru odpowiednich wyrobów medycznych (np. okularów, soczewek kontaktowych);
- założenia dotyczące kształtu ocenianego świadczenia są uznane za zasadne, a świadczenie powinno być skierowane do szerokiej grupy pacjentów z rozpoznaniem mieszczącym się w zakresie kodów ICD-10 od H00 do H59, obejmujących choroby i zaburzenia narządu wzroku;
- [REDAKTOWANO] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii PTO zwrócił uwagę, że świadczenie „Porada optometryczna” nie powinna obejmować dzieci do ukończenia 6 r.ż., ze względu na specyfikę rozwoju fizjologii widzenia w tym okresie. Podkreślił, że nieprawidłowe postępowanie diagnostyczne u najmłodszych pacjentów może spowodować nieodwracalne skutki w narządzie wzroku. Z kolei Konsultant Krajowy ds. okulistyki dopuszcza możliwość realizacji takiej porady u dzieci od 3. r.ż., pod warunkiem zachowania odpowiednich standardów diagnostycznych oraz ścisłej współpracy z lekarzem okulistą;
- według szacunków Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki, odsetek pacjentów korzystających obecnie ze świadczeń okulistycznych w ramach AOS, którzy mogliby być objęci nowym świadczeniem „Porada optometryczna”, może wynosić do 40% porad okularowych w okresie 2–4 lat od wprowadzenia. Z kolei Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki (PTOO) szacuje ten udział na poziomie 35–60%, wskazując na istotny potencjał optometrystów w przejmowaniu opieki nad pacjentami wymagającymi korekcji wzroku i okresowej kontroli funkcji widzenia;
- według opinii [REDAKTOWANO] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, ok. 50% dzieci z krótkowzrocznością szkolną może być objętych poradą optometryczną, co wskazuje na istotny potencjał tego świadczenia w zakresie opieki nad populacją pediatryczną z zaburzeniami refrakcji;

- nierównomierne rozmieszczenie praktyk optometrycznych czy chęć leczenia różnych schorzeń przez personel niemający odpowiedniego przygotowania medycznego (optometrystów), stanowią potencjalne wyzwania organizacyjne związane z wdrażaniem „Porady optometrycznej”;
- zdania w zakresie udzielania porady optometrycznej również w miejscu zamieszkania pacjenta są podzielone: Konsultant Krajowy ds. okulistyki oraz [REDAKTOWANO] PTOO wskazują, że wnioskowane świadczenie może być realizowane również z miejsca pobytu pacjenta, z kolei [REDAKTOWANO] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii PTO podkreśla, że porada ta powinna być prowadzona wyłącznie w gabinecie optometrycznym;
- obecna liczba optometrystów w Polsce, według stanu na maj 2025 r., wynosi ok. 3,5 tys. osób zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Osób wykonujących Zawody Medyczne. Eksperti oceniają, że liczba ta jest wystarczającą do zabezpieczenia potrzeb w zakresie porad okularowych w Polsce na początku wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna”. Jednocześnie podkreślono, że liczba aktywnych zawodowo optometrystów powinna sukcesywnie wzrastać, w związku z kolejnymi rocznikami absolwentów kierunków optometrycznych wchodzących na rynek pracy, co pozwoli na dalszy rozwój dostępności świadczeń w kolejnych latach;

Zidentyfikowane korzyści wynikające z wdrożenia świadczenia obejmują:

- z perspektywy pacjentów, m.in.: łatwiejszy dostęp do podstawowych badań okulistycznych, zwiększenie dostępności opieki nad narządem wzroku, zwiększenie profilaktyki chorób oczu, możliwość uzyskania skierowania do lekarza okulisty od optometrysty;
- z perspektywy świadczeniodawców, m.in.: odciążenie poradni okulistycznych, zmniejszenie obciążenia lekarzy specjalistów pacjentami zdrowymi, skrócenie czasu oczekiwania na konsultację specjalistyczną;
- z perspektywy płatnika publicznego, m.in.: potencjalne oszczędności wynikające z racjonalizacji wykorzystania zasobów kadrowych i odciążenia poradni okulistycznych.

Zidentyfikowane ograniczenia i potencjalne ryzyka obejmują:

- z perspektywy pacjentów, m.in.: ryzyko uzyskania niepełnych lub nieprecyzyjnych informacji odnośnie schorzeń okulistycznych, wynikające z ograniczonego zakresu kompetencji optometrystów, brak uprawnień optometrystów do przepisywania leków oraz wyrobów farmaceutycznych na receptę, brak możliwości wystawiania skierowań do innych specjalistów medycznych, brak uprawnień do kierowania na badania obrazowe i laboratoryjne finansowane ze środków publicznych;
- z perspektywy świadczeniodawców, m.in.: ryzyko błędów diagnostycznych w przypadku bardziej złożonych schorzeń okulistycznych, potrzeba zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego, potrzeba inwestycji w odpowiednie wyposażenie gabinetów optometrycznych, dodatkowe koszty dostosowania infrastruktury w mniejszych praktykach posiadających kontrakt z NFZ, wysokie nakłady związane z dostosowaniem do wymogów formalnych i technicznych określonych w rozporządzeniu;
- z perspektywy płatnika publicznego, m.in.: potencjalne ryzyko błędów diagnostycznych skutkujących koniecznością wypłaty odszkodowań na rzecz niezadowolonych pacjentów, wzrost wydatków związanych z refundacją wyrobów medycznych zlecanych przez optometrystów, dodatkowe koszty wynikające z finansowania świadczenia „Porada optometryczna”.

Szczegółowe informacje przedstawiono w rozdziale 4.6.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Wycena świadczenia „Porada optometryczna” – założenia kosztowe

Metodykę szacowania wyceny ocenianej porady oparto na danych dotyczących czasu trwania wizyt przekazanych w Karcie Świadczenia oraz przekazanych przez ekspertów klinicznych oraz PTOO i PTO, danych dotyczących wynagrodzeń personelu medycznego, danych finansowo-księgowych dotyczących infrastruktury, a także szacunkowej liczby kilometrów, jaką należy uwzględnić w kosztach realizacji świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, wskazanej przez PTOO.

Na tej podstawie Wydział Taryfikacji przeprowadził wycenę świadczenia „Porada optometryczna”, klasyfikując je jako dwa typy porad, realizowanych w następujących lokalizacjach:

- poradni optometrycznej: porada podstawowa – 107,2 zł; porada kontrolna – 76,97 zł;
- miejscu pobytu pacjenta: porada podstawowa – 137,7 zł; porada kontrolna – 120,19 zł.

Szacowane skutki finansowe wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna”

Potencjalne skutki finansowe wprowadzenia świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych w AOS oszacowano na podstawie danych;

- 1) zawartych w Kacie Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego,
- 2) z bazy ŚWIAD i opinii ekspertów – oszacowanie własne AOTMiT.

Koszt inkrementalny dla płatnika obliczono jako iloczyn różnicy jednostkowych kosztów porady optometrycznej i odpowiadającej jej porady okulistycznej oraz liczby porad, które mogłyby zostać przeniesione do realizacji przez optometrystów.

W oszacowaniach potencjalnych skutków finansowych założono stałą cenę za porady w kolejnych latach objętych prognozą.

Ad. 1) Szacowane koszty na podstawie danych zawartych KŚOZ i Konsultanta Krajowego:

a) Koszty realizacji świadczenia przez optometrystów w pierwszych dwóch latach mogą wynieść:

- 140–212 mln zł w pierwszym roku,
- 156–234 mln zł w drugim roku.

b) Szacowane oszczędności dla płatnika publicznego (NFZ) wynikające z przesunięcia części porad okulistycznych do realizacji przez optometrystów:

- w I roku realizacji świadczenia szacunkowe oszczędności mogą wynieść:
 - ok. 105,8 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 158,6 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych),
- w II roku szacunkowe oszczędności mogą wynieść odpowiednio:
 - ok. 116,3 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 174,5 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych).

Ad. 2) Szacowane koszty wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna” – analiza AOTMiT (na podstawie danych z bazy ŚWIAD i opinii ekspertów)

a) Koszty realizacji świadczenia przez optometrystów w pierwszych dwóch latach mogą wynieść:

- I rok: ok. 69 mln zł,
- II rok: ok. 116 mln zł.

b) Szacowane oszczędności dla płatnika publicznego:

- w I roku realizacji świadczenia oszczędności mogą wynieść: ok. 51,6 mln zł,
- w II roku szacunkowe oszczędności mogą wynieść: ok. 86 mln zł.

Szczegółowe informacje przedstawiono w rozdziale 6.3.

Szacowany potencjał wykonawczy świadczenia „Porada optometryczna”

W Polsce w 2025 r. działa 275 podmiotów prowadzących praktyki optometrystów zrzeszonych w PTOO, co daje średnio jeden podmiot na 136,9 tys. mieszkańców (0,07 podmiotu na 10 000 mieszkańców). Najwięcej takich podmiotów znajduje się w województwach śląskim, wielkopolskim i dolnośląskim, a najmniej w podlaskim, zachodniopomorskim i lubuskim. Najwyższą dostępność usług optometrycznych odnotowano w województwie opolskim (0,18 podmiotu na 10 000 mieszkańców), natomiast najniższą w województwach mazowieckim, łódzkim, podkarpackim, podlaskim i zachodniopomorskim (0,04–0,05 podmiotu na 10 000 mieszkańców).

W latach 2023–2024 liczba lekarzy okulistów – wzrosła nieznacznie do 4,3 tys. (+2%), natomiast liczba optometrystów zwiększyła się znacząco do ok. 3,7 tys. (+20,4%), co świadczy o dynamicznym rozwoju tego zawodu w Polsce.

Wnioski

1. Wnioski z wytycznych klinicznych i analiz rozwiązań w innych krajach w zakresie kompetencji optometrystów
 - Zalecenia polskich i zagranicznych towarzystw naukowych są zbieżne z proponowanym zakresem i przebiegiem badań optometrycznych w ramach świadczenia „Porada optometryczna”.
 - W odniesieniu do częstości wykonywania oceny narządu wzroku w świetle odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej zaleca się:
 - u osób dorosłych kompleksowe badanie wzroku co najmniej raz w roku, a w określonych przypadkach specjalista może zalecić krótsze odstępy między badaniami,
 - w przypadku dzieci w wieku szkolnym zaleca się coroczne kompleksowe badania wzroku, w celu wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń widzenia,
 - w populacji pediatrycznej wytyczne praktyki klinicznej wskazują na potrzebę stosowania produktów leczniczych rozszerzających źrenice i porażających akomodację w procesie diagnostycznym, choć siła tych zaleceń nie została jednoznacznie określona (brak siły zaleceń).
 - Analiza rozwiązań organizacyjnych i kompetencji optometrystów w innych krajach europejskich wskazuje, że zawód optometrysty jest dobrze ugruntowany i stopniowo rozszerza swoje kompetencje – od podstawowych usług optycznych po diagnostykę i leczenie chorób oczu tam, gdzie pozwalają na to przepisy prawa. We wszystkich analizowanych krajach optometryści po ukończeniu studiów są uprawnieni do: oceny refrakcji, prowadzenia dokumentacji pacjentów w sposób bezpieczny i zgodny z prawem, przepisywania okularów i soczewek kontaktowych, kierowania pacjentów do okulistów i przyjmowania skierowań, oceny funkcji binokularnych i ruchomości oczu.
 - W większości krajów zakres kompetencji optometrystów obejmuje także: badania ostrości wzroku i refrakcji (obiektywnej i subiektywnej), badania akomodacji, ruchomości gałek ocznych, funkcji źrenic i widzenia obuocznego, badania lampą szczelinową, tonometrię, keratometrię, pachymetrię, topografię rogówki, fotografię i badanie dna oka, OCT, perymetrię, kierowanie pacjentów do lekarzy, rejestrowanie danych w bezpiecznych systemach informatycznych.
2. Analiza obecnej sytuacji w zakresie potrzeb systemowych i dostępności optometrystów w Polsce:
 - W latach 2022–2025 odnotowano wzrost liczby świadczeń okulistycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, przy jednoczesnym wydłużaniu się czasu oczekiwania na wizytę, szczególnie w przypadku wizyt pierwszorazowych.
 - Obecnie największy odsetek skierowań do okulistów (73%) wystawianych jest przez lekarzy POZ. Wdrożenie świadczenia „Porada optometryczna” do wykazu świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz brak wymogu skierowania do optometrysty może odciążyć POZ i usprawnić dostęp do opieki w tym zakresie.
 - Dominujące rozpoznania w poradniach okulistycznych to zaburzenia refrakcji i akomodacji (ICD-10 H52) 32% u dorosłych, i aż 68% wśród dzieci. Wprowadzenie porady optometrycznej może spowodować migrację znacznej części tych pacjentów do optometrystów, odciążając poradnie okulistyczne.
 - W 2024 r. soczewki okularowe stanowiły największy udział w refundowanych wyrobach medycznych, z ponad 1 mln zrealizowanych zleceń. Zgodnie z opinią Prezesa NFZ, z uwagi na niskie dopłaty Funduszu do szkielek okularowych, wiele osób wymagających korekcji wzroku nie ubiega się o refundację – szczególnie, gdy dobór szkielek przez optometrystę jest już uwzględniony w cenie okularów wykonywanych komercyjnie u optyka.
 - Zawód optometrysty jako nowa profesja w systemie ochrony zdrowia, wykazuje dynamiczny rozwój kadrowy. Według danych z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego obecnie w Polsce zarejestrowanych jest ok. 3,7 tys. optometrystów.

Występują jednak różnice regionalne w dostępności do usług optometrycznych. Najniższy wskaźnik liczby optometrystów na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: lubelskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, co może skutkować kolejkami do świadczenia „Porada optometryczna” w tych regionach.

3. Stanowisko ekspertów w sprawie wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna”

- W opinii ekspertów świadczenie „Porada optometryczna” powinno zostać wdrożone jako świadczenie gwarantowane finansowane ze środków publicznych. Może ono pełnić istotną rolę we wczesnej diagnostyce zaburzeń widzenia i chorób narządu wzroku, jak również odciążać poradnie okulistyczne, przejmując opiekę nad pacjentami stabilnymi wymagającymi jedynie okresowej kontroli funkcji wzrokowych oraz doboru odpowiednich wyrobów medycznych (np. okularów, soczewek kontaktowych);
- Eksperti podkreślają, że wdrożenie świadczenia może przyczynić się do: poprawy dostępności do podstawowych badań okulistycznych, zwiększenia profilaktyki chorób oczu, możliwości szybszego uzyskania skierowania do lekarza okulisty od optometrysty, zmniejszenie liczby pacjentów zdrowych kierowanych do lekarzy specjalistów, skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje specjalistyczne.

4. Szacowane skutki finansowe wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna”

- W zależności od przyjętych scenariuszy i źródeł danych, szacowane koszty realizacji świadczenia w pierwszych dwóch latach mogą wynosić:
 - na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego: w I roku: 140 mln – 212 mln zł; w II roku 156 mln – 234 mln zł;
 - na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych z bazy ŚWIAD i analiz AOTMiT: w I roku 69 mln zł; w II roku 116 mln zł.
- Oszacowania potencjalnych wydatków płatnika publicznego przedstawione w niniejszym raporcie obarczone są istotną niepewnością, wynikającą z trudności w precyzyjnym określeniu:
 - liczby pacjentów, którzy skorzystają ze świadczenia „Porada optometryczna”,
 - skali migracji pacjentów z poradni okulistycznych w AOS oraz z rynku komercyjnego,
 - liczby faktycznie udzielanych świadczeń,
 - liczby umów zawieranych przez NFZ z podmiotami realizującymi świadczenie.
- Zgodnie z opinią Prezesa NFZ, dodanie do rozporządzenia AOS procedur związanych z doбором okularów, oprócz odrębnego finansowania świadczenia w poradniach optometrycznych, może skutkować koniecznością wyodrębnienia rozliczania porady okulistycznej obejmującej dobór korekcji wzroku.

W efekcie, łączny wpływ finansowy wprowadzenia tych zmian może być wyższy niż same koszty realizacji porad optometrycznych, ze względu na konieczność dostosowania systemu rozliczeń dla świadczeń udzielanych przez lekarzy okulistów.

- Biorąc pod uwagę strukturę potrzeb zdrowotnych w zakresie okulistyki, szczególnie w obszarze pediatrii, gdzie czas oczekiwania na konsultację jest najdłuższy, nie ma pewności czy wdrożenie świadczenia „Porada optometryczna” realnie wpłynie na zaspokojenie tych potrzeb.

Brak jednoznacznych danych co do skuteczności odciążenia poradni okulistycznych w przypadku dzieci sprawia, że potencjał refundacyjny świadczenia w tym obszarze pozostaje niepewny, mimo że potrzeby są tam największe.

5. Uwarunkowania organizacyjne realizacji świadczenia

- W odniesieniu do zaproponowanych w KŚOZ warunków realizacji porady optometrycznej:
 - nie rekomenduje się włączenia następujących procedur medycznych:
 - **93.78 Rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku** – procedura ta jest obecnie realizowana i finansowana w ramach rehabilitacji leczniczej dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - **95.09 Badanie oka - inne** – ze względu na brak jednoznacznego określenia zakresu badania, istnieje ryzyko nadużywania tej procedury w rozliczeniach.
- Wprowadzenie świadczenia do katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS wiąże się także z koniecznością wprowadzenia zmian legislacyjnych, polegających na:
 - dodaniu poradni optometrycznej do systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nadanie jej odpowiedniego kodu, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania,
 - nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, w celu umożliwienia optometrystom wystawiania zleceń

na optyczne wyroby medyczne. Obecnie takie zlecenia mogą być wystawiane wyłącznie przez lekarzy okulistów.

Komentarz analityczny: wnioski Agencji są zbieżne z opinią Prezesa NFZ

6. Potencjalne korzyści z wdrożenia świadczenia „Porada optometryczna” do katalogu świadczeń gwarantowanych w AOS:

- o zwiększenie efektywności ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w zakresie ochrony wzroku poprzez wykorzystanie kompetencji optometrystów,
- o obciążenie poradni okulistycznych i skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na konsultacje okulistyczne,
- o szybszy dostęp do diagnostyki i korekcji wad refrakcji u pacjentów niewymagających interwencji lekarskiej.
- o zachęta dla pacjentów do korzystania z porady optometrycznej, dzięki braku konieczności uzyskania skierowania do optometrysty oraz ograniczonej dostępności porad okulistycznych.

7. Proponowane warunki realizacji świadczenia „Porada optometryczna”

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
Porada specjalistyczna - optometryczna	Wymagania formalne	Poradnia optometryczna*
	Kryteria kwalifikacji do świadczenia	Do świadczenia kwalifikują się dzieci w wieku od 3 roku życia oraz dorośli z: 1) odczuwalnym pogorszeniem jakości widzenia lub 2) rozpoznaniem medycznym określonym kodem ICD-10 z grupy H00–H59.
	Personel	Optometrysta – osoba, która zgodnie z ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych ⁸ : a) rozpoczęła po dniu wejścia w życie ww. ustawy studia w zakresie optometrii i uzyskała tytuł zawodowy magistra albo magistra inżyniera lub b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia w zakresie optometrii i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku (specjalności) optometria i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub d) rozpoczęła przed dniem wejścia w życie ww. ustawy studiów podyplomowych w zakresie optometrii i uzyskała świadectwo ukończenia tych studiów; e) posiada indywidualny identyfikator wpisu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy
	Zakres świadczenia	Świadczenie obejmuje realizację wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego pacjenta w ramach następujących porad: 1. Porada optometryczna podstawowa – udzielana w poradni optometrycznej - realizowana u każdego pacjenta spełniającego kryteria kwalifikacji do świadczenia, i obejmująca: 1) przeprowadzenie wywiadu, 2) badania diagnostyczne: a) badanie obiektywne refrakcji i keratometrii: – 95.1908 Keratometria, lub – 95.1911 Skiaskopia, lub – 95.1912 Autorefraktometria; lub b) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub c) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub d) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub e) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub f) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi, lub

⁸ W lp. 7 w Załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz.1972 z późn. zm.) <https://api.sejm.gov.pl/eli/acts/DU/2023/1972/text.pdf>

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
	4) wydanie zlecenia na zapotrzebowania na wyroby medyczne, lub 5) omówienie dalszego planu postępowania, wydanie zaleceń i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego 2. Porada optometryczna kontrolna – udzielana w poradni optometrycznej – realizowana według potrzeb na podstawie planu postępowania ustalonego na poradzie optometrycznej podstawowej, w celu oceny ewentualnej progresji zmian jakości widzenia lub poprawności użytkowania zleconego wyrobu medycznego, obejmuje: 1) badania kontrolne: a) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub c) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub d) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub 2) kontrola wydanego wyrobu medycznego, lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi – w zależności od potrzeb, jeśli nie zrealizowano w trakcie porady optometrycznej podstawowej. 3. Porada optometryczna podstawowa – udzielana w miejscu pobytu pacjenta – realizowana u pacjentów w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (pacjent leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, obejmuje: 1) przeprowadzenie wywiadu, 2) badania diagnostyczne: a) badanie obiektywne refrakcji: 95.1912 Autorefraktometria; lub b) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub c) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub d) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub e) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub f) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi, lub 4) wydanie zlecenia na zapotrzebowania na wyroby medyczne, lub 5) omówienie dalszego planu postępowania, wydanie zaleceń i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego. 4. Porada optometryczna kontrolna – udzielana w miejscu pobytu pacjenta – realizowana według potrzeb na podstawie planu postępowania ustalonego na poradzie optometrycznej podstawowej, w celu oceny ewentualnej progresji zmian jakości widzenia lub poprawności użytkowania zleconego wyrobu medycznego, realizowana u pacjentów w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (chory leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, obejmuje: 1) badania kontrolne: a) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub c) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
		2) kontrola wydanego wyrobu medycznego, lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi – w zależności od potrzeb, jeśli nie zrealizowano w trakcie porady optometrycznej podstawowej.
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	1. W miejscu udzielania świadczeń (poradnia optometryczna) wymagane wyposażenie – stacjonarne lub przenośne: 1) tablice do oceny ostrości wzroku do dali i bliży, 2) kasetę szkieł okularowych, 3) oprawki okularowe próbne, 4) refraktometr optyczny, lub skiaskop, 5) keratometr lub keratograf, 6) pupilometr lub źrenicówka, 7) oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, 8) lampa szczelinowa, 9) test Amslera lub podobny, 10) przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, 11) testy widzenia barwnego, 12) frontofokometr (dioptromierz), 13) synoptofor, 14) tonometr bezkontaktowy. 2. W przypadku udzielania porady optometrycznej w miejscu pobytu pacjenta wymagane przenośne wyposażenie: 1) tablice do oceny ostrości wzroku do dali i bliży, 2) kasetę szkieł okularowych, 3) oprawki okularowe próbne, 4) refraktometr optyczny, 5) oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, 6) lampa szczelinowa, 7) test Amslera lub podobny, 8) przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, 9) testy widzenia barwnego, 10) tonometr bezkontaktowy.
	Organizacja udzielania świadczeń	1. Porada optometryczna obejmuje świadczenia realizowane w poradni optometrycznej lub w miejscu pobytu pacjenta. 2. Porada optometryczna podstawowa realizowana w poradni albo w miejscu pobytu pacjenta obejmuje określenie planu postępowania oraz co najmniej: 1) ocenę ostrości wzroku lub dobór korekcji okularowej, lub dobór korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi oraz 2) realizację dwóch procedur medycznych, w tym badanie w lampie szczelinowej i badanie dna oka. 3. Porada optometryczna kontrolna realizowana jest 1 raz w roku w poradni albo w miejscu pobytu pacjenta i obejmuje co najmniej: 1) ocenę ostrości wzroku lub dobór korekcji okularowej, lub dobór korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi oraz 2) realizację badania w lampie szczelinowej lub badania dna oka lub pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem. 4. Porada optometryczna podstawowa i kontrolna udzielana jest w miejscu pobytu pacjenta, gdy: 1) wymaga tego stan zdrowia pacjenta: w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (chory leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, 2) czas dojazdu nie przekracza 30 minut. 5. W przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy nieprawidłowości związanych ze stanem refrakcji, funkcji widzenia lub widzenia obuocznego, optometrysta dobiera optymalną korekcję okularami, soczewkami kontaktowymi lub innymi pomocami wzrokowymi. 6. W sytuacji, gdy świadczeniobiorca spełnia wymagania odnośnie do kryteriów przyznawania optycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, optometrysta wystawia zlecenie na zaopatrzenie** lub wystawia skierowanie do lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
		7. W przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy nieprawidłowości sugerujących możliwość wystąpienia zmian patologicznych w narządzie wzroku lub mogących mieć wpływ na ogólny stan zdrowia, optometrysta wystawia skierowanie do lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

* - dla wnioskowanego świadczenia wymagane będzie dodanie poradni optometrycznej oraz nadanie dla niej resortowego kodu identyfikacyjnego co wiąże się ze zmianą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r., poz. 173, z późn. zm.)

** - obecnie zlecenie na optyczne wyroby medyczne może wydawać jedynie lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie okulistyki. Wprowadzenie zapisu w warunkach realizacji o zlecaniu optycznych wyrobów medycznych przez optometrystę, wiąże się z koniecznością wprowadzenia adekwatnych zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2025 r., poz. 1038, z późn. zm.).

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia Zlecenia. Pismem z dn. 03.07.2025 r. (znak: DLG.781.9.2024.PM) Minister Zdrowia, działając na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) zlecił Prezesowi AOTMiT:

- przygotowania rekomendacji dotyczącej zakwalifikowania świadczenia „Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wraz z opracowaniem warunków realizacji świadczenia, wyceny dla świadczenia oraz potencjału wykonawczego – w trybie artykułu art. 31c ww. ustawy.

Następnie pismem z dnia 15.07.2025 r. (znak: DLG.781.9.2024.PM) Minister Zdrowia przekazał w uzupełnieniu do ww. pisma brakującą Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ) dla porady optometrycznej, jak również zmieniono podstawę prawną w części dotyczącej wyceny świadczenia na tryb art. 31n pkt. 5 ww. ustawy o świadczeniach (ta część zlecenia została zrealizowana przez Wydział Taryfikacji AOTMiT).

W pierwotnym piśmie Minister Zdrowia wskazał termin realizacji zlecenia 120 dni od dnia otrzymania przedmiotowego zlecenia.

Historia korespondencji

Prezes NFZ. Dnia 22.09.2025 r. pismem znak: DWSGiZS.420.2.2025 wystąpiono do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie opinii w zakresie możliwości sfinansowania przedmiotowego świadczenia w przypadku ewentualnego zakwalifikowania „Porady optometrycznej” jako świadczenia gwarantowanego. Opinię Prezesa NFZ w ww. przedmiocie otrzymano w dniu 15.10.2025 r. (pismo znak: NFZ-DSOZ-SAOS.421.8.2025 2025_478935_AJA IK: 2151919).

Eksperti kliniczni. W toku prac analitycznych w dniu 22.09.2025 r. pismami znak: DWSGiZS.420.2.2025 wystąpiono do następujących ekspertów:

- prof. dr. hab. n. med. Marka Rękasa – Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki (stanowisko otrzymano w dniu 06.10.2025 r.);
- prof. dr. hab. Jarosława Pereguda-Pogorzelskiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii (do dnia przekazania raportu nie otrzymano opinii);
- prof. dr. hab. n. med. Edwarda Wylegały – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki na województwo śląskie (do dnia przekazania raportu nie otrzymano opinii);
- [REDAKTED] Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (do dnia przekazania raportu nie otrzymano opinii);
- [REDAKTED] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (stanowisko otrzymano w dniu 13.10.2025 r.);
- [REDAKTED] Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki (stanowisko otrzymano w dniu 12.10.2025 r.);
- [REDAKTED] (do dnia przekazania raportu nie otrzymano opinii);
- [REDAKTED] (do dnia przekazania raportu nie otrzymano opinii);

z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ocenianego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Dodatkowo, w dn. 20.10.2025 r. AOTMiT zorganizowała spotkanie on-line z przedstawicielami PTOO celem doprecyzowania wybranych kwestii zawartych w przekazanej opinii.

4. Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wraz z opracowaniem warunków realizacji świadczenia oraz określeniem potencjału wykonawczego.

Celem świadczenia „Porada optometryczna”, zgodnie z materiałami przekazanymi w KŚOZ, jest zapewnienie dostępu do świadczeń udzielanych przez optometrystę świadczeniobiorcom odczuwającym pogorszenie jakości widzenia. Przedmiotowe świadczenie ma stanowić istotne wsparcie diagnostyczne, które może znacząco wpłynąć na skuteczność wczesnego wykrywania i leczenia wad wzroku oraz innych zaburzeń narządu wzroku. Do potencjalnych korzyści płynących z wprowadzenia wnioskowanej porady do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, określonych w Karcie Świadczenia, należą: szybszy dostęp pacjentów do diagnostyki i leczenia, zmniejszenie liczby niezdolności do pracy, ograniczenie przewlekłego cierpienia oraz poprawa jakości życia.

Aktualnie rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS nie przewiduje zawodu optometrysty do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej samodzielnie przez optometrystę. Obecnie samodzielne porady optometryczne są najczęściej realizowane w trybie komercyjnym.

W ramach opracowania przeprowadzono następujące działania analityczne:

- przegląd aktualnych uwarunkowań organizacyjnych i refundacyjnych dotyczących realizacji świadczeń okulistycznych,
- przegląd i analizę rekomendacji oraz wytycznych praktyki klinicznej opublikowanych w latach 2012–2025 dotyczących realizacji porad optometrycznych,
- przegląd rozwiązań organizacyjnych przyjętych w innych krajach, odnoszących się do organizacji i finansowania pracy optometrysty,
- oszacowanie prognozowanych wydatków płatnika publicznego w przypadku zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia, jako świadczenia gwarantowanego,
- oszacowanie potencjału wykonawczego podmiotów realizujących poradę optometryczną.

4.1. Problem zdrowotny

Wzrok jest podstawowym narządem zmysłu człowieka. W związku z postępującym starzeniem się populacji oraz równoległym rozwojem społeczeństwa informacyjnego choroby wzroku stają się coraz bardziej znaczącym problemem. Upośledzenie widzenia spowodowane chorobami powoduje obniżenie jakości życia na płaszczyznach społecznej i ekonomicznej, przyczynia się do marginalizacji osób chorujących. Szczególnie odczuwane jest to przez osoby starsze, którym w większości trudniej odnaleźć się społeczeństwie opierającym komunikację przede wszystkim na obrazie.

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 – chorobom oka i przydatków oka odpowiadają kody od H00 do H59, które podzielone są na 11 grup:

- H00 – H06 Zaburzenia powiek, narządu łzowego i oczodołu
- H10 – H13 Zaburzenia spojówek
- H15 – H22 Zaburzenia twardówki, rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego
- H25 – H28 Zaburzenia soczewki
- H30 – H36 Zaburzenia błony naczyniowej i siatkówki
- H40 – H42 Jaskra
- H43 – H45 Zaburzenia ciała szklistego i gałki ocznej
- H46 – H48 Zaburzenia nerwu wzrokowego i drogi wzrokowej
- H49 – H52 Zaburzenia mięśni gałki ocznej, obwodowej motoryki, akomodacji i refrakcji
- H53 – H54 Upośledzenie widzenia i ślepota
- H55 – H59 Inne zaburzenia oka i przydatków oka

W niektórych przypadkach, gdy choroby oczu są następstwem innych problemów zdrowotnych (np. cukrzyca, urazu, zatrucia, nowotworu, wrodzonych wad rozwojowych itd.), to klasyfikowane są w ramach innych grup kodów ICD -10.

Z danych przedstawionych w badaniu epidemiologicznym chorób narządu wzroku (Partyka 2015) wynika, że co drugi dorosły Polak nosi okulary korekcyjne lub soczewki kontaktowe. Ponadto, wyniki badań wskazują, że niemal 80% problemów ze wzrokiem stanowią zaburzenia refrakcji (H52) – wady wzroku. Wśród dzieci do 15. roku życia niemal 50% zmagają się z wadami wzroku, w szczególności z krótkowzrocznością (H52.1). U osób powyżej 60. roku życia dominują problemy związane z fizjologicznym spadkiem amplitudy akomodacji, znane jako starczowzroczność (H52.4), które stanowią 80% przypadków.

Z kolejnych szacunków wynika, że zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (H35.3) dotyczy niemal 1,5 miliona osób, z czego około 130 tys. osób zmagają się z groźniejszą postacią tej choroby – postacią wysiękową.

Z nowszych badań (Pacholec M., Widzimy nie tylko oczami. Model koordynowanego wsparcia dla osób tracących wzrok w ich środowisku lokalnym, Instytut Tyflogiczny Polskiego Związku Niewidomych, Warszawa 2020) wynika, że co czwarta osoba z niepełnosprawnością zmagają się z zaburzeniami narządu wzroku, spowodowanymi chorobami układowymi. Osoby z problemami ze wzrokiem stanowią około 30% populacji osób niepełnosprawnych. Zgodnie z danymi Polskiego Związku Niewidomych, w 2019 roku zarejestrowanych było 40 tys. osób z niepełnosprawnością wzrokową, a liczba ta rocznie wzrasta o około 2 tys. osób.

Zaburzenia narządu wzroku są niezwykle powszechne, a większość osób w ciągu życia doświadczy przynajmniej jednego schorzenia oczu. Jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2019 r., na świecie co najmniej 2,2 miliarda ludzi ma upośledzenie wzroku lub jest niewidomych. W tym co najmniej 1 miliard przypadków stanowi upośledzenie wzroku.

Obciążenie chorobami oczu i upośledzeniem wzroku nie jest równomiernie rozłożone na świecie. Najbardziej dotknięte są kraje o niskich i średnich dochodach oraz niedostatecznie obsługiwane populacje, w tym kobiety, migranci, ludność rdzenna, osoby z określonymi rodzajami niepełnosprawności oraz społeczności wiejskie.

Prognozy wskazują, że w nadchodzących dziesięcioleciach liczba osób z chorobami oczu, upośledzeniem wzroku i niewidomych znacznie wzrośnie. Będzie to wynikać z rosnącej liczby ludności, starzenia się społeczeństw oraz zmian w stylu życia i postępującej urbanizacji. Te czynniki podkreślają potrzebę wzmocnionych działań w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia zaburzeń wzroku na całym świecie. Starzenie się populacji, wraz z przewidywanym wzrostem liczby osób powyżej 60. roku życia o jedną trzecią do 2030 r., w połączeniu z negatywnymi zmianami stylu życia, takimi jak ograniczony czas spędzany na świeżym powietrzu, siedzący tryb życia oraz niezdrowe nawyki żywieniowe, prowadzi do znaczącego wzrostu liczby przypadków chorób oczu i upośledzenia wzroku.

Dostępne dane wskazują na ograniczoną wiedzę o pełnym zakresie zaspokojonych i niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki nad narządem wzroku. Niemniej jednak systemy ochrony zdrowia na całym świecie stoją przed poważnymi wyzwaniami. Obejmują one:

- zaspokojenie podstawowych potrzeb w zakresie opieki nad wzrokiem,
- utrzymanie ciągłości świadczenia opieki dla osób już objętych wsparciem,
- przygotowanie się na prognozowany wzrost liczby osób wymagających kompleksowej opieki okulistycznej.

Statystyki globalne dotyczące chorób oczu. Około 196 milionów ludzi na świecie cierpi na zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (AMD), z czego 10,4 miliona (5,3%) zmagają się z umiarkowanym lub ciężkim upośledzeniem wzroku, bądź jest niewidomych z powodu zaawansowanych form tej choroby.

Podobnie, jaskra dotyka około 64 milionów ludzi na całym świecie, a 6,9 miliona osób (10,9%) doświadcza umiarkowanego lub ciężkiego upośledzenia wzroku lub jego utraty spowodowanej poważnymi postaciami tej choroby.

Te dane podkreślają potrzebę globalnych działań na rzecz poprawy dostępności i jakości opieki nad narządem wzroku, szczególnie w kontekście rosnącego zapotrzebowania i wyzwań związanych z wiekiem oraz stylem życia populacji.

Starzenie się jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju wielu chorób oczu. Częstość występowania przeziopii, zaćmy, jaskry oraz związanego z wiekiem zwyrodnienia plamki żółtej (AMD) znacząco wzrasta wraz z wiekiem. Ponadto, genetyka odgrywa istotną rolę w etiologii niektórych schorzeń, takich jak jaskra, zaburzenia refrakcji czy degeneracyjne choroby siatkówki, w tym retinitis pigmentosa.

Etniczność jest przykładem niemodyfikowalnego czynnika ryzyka, który może zwiększać podatność na określone choroby oczu. Z kolei czynniki związane ze stylem życia i zachowaniami mają również znaczący wpływ. Na przykład, palenie tytoniu jest głównym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka związanym z degeneracją plamki żółtej. Odżywianie również odgrywa kluczową rolę – przewlekły niedobór witaminy A, wynikający z niedożywienia, może prowadzić do zmętnienia rogówki, a w skrajnych przypadkach nawet do ślepoty.

Czynniki zawodowe i rekreacyjne, takie jak praca w rolnictwie, górnictwie czy uprawianie sportów kontaktowych, wiążą się z wyższym ryzykiem urazów oczu. Infekcje bakteryjne, wirusowe i pasożytnicze mogą prowadzić do schorzeń dotyczących spojówki, rogówki, powiek, a w rzadszych przypadkach siatkówki i nerwu wzrokowego. Zapalenie spojówek jest najczęstszą infekcją narządu wzroku, natomiast trachoma, wywołwana przez bakterię *Chlamydia trachomatis*, pozostaje główną infekcyjną przyczyną ślepoty na świecie. Rozprzestrzenianie się trachomy jest ściśle powiązane z warunkami środowiskowymi, takimi jak higiena, dostęp do wody i sanitacja.

Inne infekcje, takie jak odra, onchocerkozę czy toksoplazmoza (wywołwana przez *Toxoplasma gondii*), również mogą prowadzić do poważnego upośledzenia wzroku lub ślepoty.

Powiązania chorób ogólnoustrojowych z zaburzeniami narządu wzroku. Pewne choroby ogólnoustrojowe wywołują szereg objawów okulistycznych. Do najczęściej spotykanych należą cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane czy komplikacje związane z porodem przedwczesnym. Dodatkowo, stosowanie niektórych leków, takich jak długotrwała terapia steroidowa, zwiększa ryzyko rozwoju zaćmy i jaskry.

Wieloczynnikowe podłoże chorób oczu. Etiologia wielu chorób oczu ma charakter wieloczynnikowy, z oddziaływaniem zarówno czynników genetycznych, jak i środowiskowych, które wspólnie wpływają na podatność i postęp choroby. Na przykład w przypadku retinopatii cukrzycowej kluczowe znaczenie mają czas trwania cukrzycy, wysoki poziom hemoglobiny A1c oraz nadciśnienie tętnicze.

W krótkowzroczności interakcja między genetyką a czynnikami środowiskowymi jest równie istotna. Czynniki ryzyka, takie jak intensywna praca wzrokowa z bliska, zwiększają podatność na rozwój tej wady, podczas gdy dłuższy czas spędzany na świeżym powietrzu działa ochronnie.

Tak złożona natura czynników ryzyka podkreśla potrzebę holistycznego podejścia do diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób oczu, uwzględniającego zarówno aspekty genetyczne, jak i środowiskowe oraz styl życia.

[KŚOZ Porada Optometryczna]

4.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej – na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej

Załączona do zlecenia Ministra Zdrowia Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej odnosi się do świadczenia opieki zdrowotnej „Porada optometryczna”. Poniżej przedstawiono założenia ocenianego świadczenia, które zawarto we wspomnianej wcześniej Karcie.

Opis świadczenia. Porada optometryczna skierowana jest do pacjentów odczuwających pogorszenie jakości widzenia. W ramach wizyty w gabinecie optometrysty przeprowadzany jest szczegółowy wywiad, a następnie ocena ostrości wzroku – zarówno bez korekcji, jak i w obecnej korekcji. Kolejne etapy obejmują:

- obiektywne badanie refrakcji – wykonywane za pomocą autorefraktometru lub skiaskopii,
- subiektywne badanie refrakcji – służące do precyzyjnego określenia wartości szkieł korekcyjnych,
- ocena stanu widzenia obuocznego i widzenia barw,
- pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego za pomocą tonometru bezkontaktowego,
- badanie przedniego odcinka oka – realizowane przy użyciu lampy szczelinowej,
- badanie tylnego odcinka oka – wykonywane za pomocą oftalmoskopii, lampy szczelinowej z soczewką Volka i innych urządzeń służących do obrazowania oka,

- badania dodatkowe okulistyczne⁹.

Postępowanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości:

- jeżeli podczas badania zostaną stwierdzone nieprawidłowości związane ze stanem refrakcji, funkcji widzenia czy widzenia obuocznego, optometrysta dobiera optymalną korekcję okularami, soczewkami kontaktowymi czy innymi pomocami wzrokowymi;
- jeżeli podczas badania zostaną wykryte nieprawidłowości sugerujące możliwość wystąpienia zmian patologicznych w narządzie wzroku lub mogące mieć wpływ na ogólny stan zdrowia pacjenta, optometrysta kieruje go na konsultację okulistyczną.

Porada optometryczna stanowi istotne wsparcie diagnostyczne, które może znacząco wpłynąć na skuteczność wczesnego wykrywania i leczenia wad wzroku oraz innych zaburzeń narządu wzroku.

Konsultacja optometryczna obejmuje liczne procedury diagnostyczne i powinna być skierowana do szerokiej populacji pacjentów scharakteryzowanych rozpoznaniem ICD-10 tj.: grupa H.

W ramach konsultacji optometrycznej i wykonanych procedur diagnostycznych zasadne będzie zaopatrzenie pacjenta w wyroby medyczne wydawane na zlecenie dotyczące korekcji optycznej, w tym wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2024 r. poz. 500, z późn. zm.):

- O.01.01 Soczewka okularowa korekcyjna do bliży,
- O.01.02 Soczewka okularowa korekcyjna do dali,
- O.02.01 Soczewka kontaktowa twarda albo hybrydowa, albo skleralna,
- O.03.01 Soczewka kontaktowa miękka,
- O.04.01 Epiproteza oka,
- O.05.01 Proteza oka,
- O.06.01 Lupa produkowana seryjnie,
- O.07.01 Monookular,
- O.08.01 Okulary lupowe,
- O.09.01 Okulary lornetkowe do bliży lub do dali,
- O.10.01 Filtr medyczny krawędziowy powyżej 400 nm do 2 szt.

Warunki realizacji świadczenia. Zakres wnioskowanego świadczenia przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 1. Proponowane warunki realizacji „Porady optometrycznej” ujęte w Karcie Świadczenia

Składowe opisu świadczenia	Porada optometryczna
Czynności podstawowe	• przeprowadzenie wywiadu • badanie obiektywne refrakcji i keratometrii • badanie subiektywne refrakcji • badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego • pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem • badanie przedniego odcinka oka • przesiewowe badanie dna oka • postawienie rozpoznania, sformułowanie zaleceń • omówienie planu postępowania i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego • zalecania i zaopatrzenie pacjenta w wyroby medycznej z grupy „O” • prowadzenie dokumentacji medycznej
Czynności dodatkowe	• kierowanie na konsultacje okulistyczne • kierowanie do leczenia szpitalnego w stanach nagłych

⁹ *Komentarz analityczny:* Konsultant Krajowy ds. okulistyki, będący autorem ocenianej KŚOZ, doprecyzował w przekazanej opinii, że ten punkt powinien być wyeliminowany. Zaproponowane porady wyczerpują zakres, który powinien być finansowany ze środków NFZ dla optometrysty pracującego w ramach wolnego zawodu. Wykonywanie dodatkowych badań okulistycznych będzie możliwe we współpracy z okulistą w ramach gabinetów czy klinik, ale wówczas na jego zlecenie i rozliczane będzie w ramach procedur okulistycznych. Do tego typu badań należy badanie pola widzenia, OCT przedniego i tylnego odcinka i szereg innych. Wprowadzenie dodatkowych procedur z tego zakresu do finansowania ze środków publicznych zwiększy koszty systemowe i wprowadzi niepotrzebną konkurencję między zawodem okulisty leczącego pacjentów w ramach specjalności zachowawczych a optometrystą.

Składowe opisu świadczenia	Porada optometryczna
Personel/kwalifikacje	Osoba posiadająca tytuł zawodowy „Optometrysta” oraz indywidualny identyfikator wpisu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1972, z późn. zm.).
Doświadczenie	nie wskazano
Czas trwania	15 minut w poradni 25 minut w domu pacjenta
Warunki techniczno-lokalowe	Lokal: - budynek stanowiący samodzielny lokal, lub w wydzielonej części innego budynku, pod warunkiem, że dojsię do niego będzie zorganizowane w ramach komunikacji ogólnodostępnej dla wszystkich użytkowników takiego obiektu w tym niepełnosprawnych lub - jednoosobowy podmiot leczniczy może być zlokalizowany w lokalu mieszkalnym, jeśli zapewniono izolację tego pomieszczenia od innych użytkowników lokalu i dostęp dla niepełnosprawnych. Wyposażenie podstawowe: - podłogi, jak również sposób ich połączenia ze ścianami w pomieszczeniach podmiotów leczniczych winny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję za wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, - instalacje: co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Wyposażenie techniczne do badania wzroku obowiązkowe: - odpowiednie testy do badania ostrości wzroku dali i bliży, - kaseta szkieł próbnych wraz z oprawą probierczą, - zestaw do obiektywnego badania refrakcji: refraktometr optyczny i/lub skiaskop, - keratometr lub keratograf, - pupilometr lub źrenicówka, - oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, - biomikroskop - lampa szczelinowa, - test Amslera lub podobny, - przysłony i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przysłony do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, - testy widzenia barwnego, - punktowe źródło światła, - frontofokometr (dioptromierz), - przesłona, - tonometr bezkontaktowy. Wyposażenie techniczne do badania wzroku dodatkowe: - testy do balansu z daleka i bliska, - zestaw do oftalmoskopii pośredniej, - zestawy do badania forii stowarzyszonej (np. test Malletta, Karta Wessona, Karta Saladina), - karty wrażliwości na kontrast (np. Peli Robson, FACT test), - listwy pryzmatyczne i/lub pryzmaty kostkowe, - zmodyfikowane testy do badania osób słabowidzących, - zestaw pomocy wzrokowych dla osób słabowidzących, - zestaw soczewek diagnostycznych sztywnych i/lub hybrydowych lub miniskleralnych i/lub ortokorekcyjnych.
Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej	

Poziom lub sposób finansowania świadczenia.

W Karcie Świadczenia przedstawiono:

- grupy procedur wraz z propozycją dodania grupy procedur rozliczanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia (szczegóły w tabeli poniżej)

Tabela 2. Grupy procedur medycznych wg kodów ICD-10 zaproponowane w Karcie Świadczenia

W0 - lista oftalmiczna (propozycja dodania)	W1 - lista podstawowa
- wydanie innych pomocy przy niedowidzeniu (95.33) - konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż (95.36) - rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) - dopasowanie i wydanie okularów (95.31) - przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32)	- tonometria (89.11) - badanie widzenia barw (95.06) - badanie w lampie szczelinowej (95.1913) - badanie dna oka (95.1902) - keratometria (95.1908) - skiaskopia (95.1911)

W0 - lista oftalmiczna (propozycja dodania)	W1 - lista podstawowa
• ocena ostrości wzroku (95.1901) • badanie oka - inne (95.09)	• autorefraktometr (95.1912) • test schirmera (95.1915) • badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o Kartę Świadczenia Opieki Zdrowotnej

- Konsultacja specjalistyczna w grupie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych:
 - W03 – świadczenie kontrolne - konieczne wskazanie 1 procedury z grupy W0 i 1 procedury z W1,
 - W04 – świadczenie podstawowe - konieczne wskazanie co najmniej 1 procedury z grupy W0, w tym dopasowanie i wydanie okularów (95.31) lub przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) lub ocena ostrości wzroku (95.1901) oraz co najmniej 2 procedur w tym badanie w lampie szczelinowej (95.1913) i badanie dna oka (951902) z grupy W1.

Dodatkowo w Karcie Świadczenia zaproponowano:

- propozycje dla przykładowej porady optometrycznej w zależności od charakterystyki wizyty:
 - kontrola (W03):
 - przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) (grupa W0) i badanie w lampie szczelinowej (95.1913) (grupa W1) lub
 - dopasowanie i wydanie okularów (95.31) (grupa W0) i tonometria (89.11) (grupa W1) lub
 - konsultacja oftalmiczna/ instruktaż (95.36) (grupa W0) i badanie w lampie szczelinowej (95.1913) (grupa W1)
 - rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) (grupa W0) i badanie dna oka (951902) (grupa W1)
 - konsultacja optometryczna z doбором korekcji okularowej, korekcji soczewkami kontaktowymi lub rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (W04):
 - I.
 - ocena ostrości wzroku (95.1901) (grupa W0)
 - badanie w lampie szczelinowej (95.1913) (grupa W1)
 - badanie dna oka (951902) (grupa W1)
 - II.
 - przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) lub przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) (grupa W0)
 - badanie w lampie szczelinowej (95.1913) (grupa W1)
 - badanie dna oka (951902) (grupa W1)
 - III.
 - rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) i ocena ostrości wzroku (95.1901) (grupa W0)
 - badanie w lampie szczelinowej (95.1913) (grupa W1)
 - badanie dna oka (95.1902) (grupa W1)
- wartość punktową konsultacji wyszczególnionych w ramach powyższej klasyfikacji:
 - W03 - świadczenie kontrolne – 40–50 pkt,
 - W04 - świadczenie podstawowe – 80–100 pkt.

Komentarz analityczny do opisu wnioskowanego świadczenia

W odniesieniu do przedstawionych powyżej propozycji warunków udzielania „Porady optometrycznej” należy zauważyć przede wszystkim, że:

- aktualnie procedura medyczna „93.78 Rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku” jest uwzględniona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej do realizacji w ramach rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku;

- *procedura medyczna 95.09 Badanie oka – inne nie precyzuje jednoznacznie, jaki rodzaj badania będzie wykonywany w jej ramach, istnieje ryzyko, że może być ona nadmierne wykorzystywana do celów rozliczeniowych,*
- *procedury medyczne, w których w odniesieniu do wyrobów medycznych wskazano słowo „wydanie” sugerują, że koszty porady optometrycznej powinny uwzględniać również koszty wydawanych pacjentom wyrobów medycznych;*
- *obecnie wydawanie zlecenia na wyroby medyczne okulistyczne jest możliwe wyłącznie przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki;*
- *warunki techniczno-lokalowe dla gabinetu optometrycznego odnoszące się do lokalu i wyposażenia podstawowego określają odrębne przepisy prawa.*

Z uwagi na stwierdzone niejasności wynikające z analizy Karty Świadczenia wystąpiono do jej autora, Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki z prośbą o ich doprecyzowanie. Otrzymane doprecyzowania przedstawiono w szczegółach w załącznikach do niniejszego raportu.

4.3. Aktualne uwarunkowania formalno-prawne

4.3.1. Aktualne zasady finansowania diagnostyki wzroku w ramach świadczeń gwarantowanych oraz okulistycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Realizacja świadczeń z zakresu okulistyki odbywa się przede wszystkim na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024 poz. 146 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2023 poz. 1427 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016 poz. 357 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2023 poz. 870 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U.2025 poz. 1038 z późn. zm.).

Do istotnych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, mających zastosowanie przy realizacji świadczeń z zakresu okulistyki, należą w szczególności:

- Zarządzenie Nr 22/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2025 r. z późn. zm. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna,
- Zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r. z późn. zm. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- Zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. z późn. zm. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,
- Zarządzenie Nr 26/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 marca 2022 r. z późn. zm. w sprawie świadczeń w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Podstawowa opieka zdrowotna

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lekarz rodzinny może wykonywać podstawowe badania okulistyczne, obejmujące m.in.: ocenę ostrości wzroku (tablice Snellena). Świadczenia te są elementem pakietu usług gwarantowanych w zakresie POZ i finansowane są w ramach stawki kapitacyjnej.

Ponadto, lekarz POZ może przeprowadzać badania przesiewowe oczu o charakterze podstawowym, które nie wymagają specjalistycznego sprzętu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie zakresu

świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, możliwe jest wykonywanie m.in.:

- badań przesiewowych u dzieci w kierunku wad wzroku, w tym sprawdzenia ostrości wzroku oraz testów wykrywających zezą (Cover test, test Hirschberga),
- wywiadu okulistycznego i oceny subiektywnych problemów wzrokowych u dorosłych w celu identyfikacji czynników ryzyka chorób oczu, takich jak jaskra czy zaćma, oraz kierowania pacjenta do specjalisty w razie potrzeby.

Podczas wizyt patronażowych położna POZ ocenia profilaktykę zakażeń przedniego odcinka oka oraz funkcjonowanie narządu wzrokowego, natomiast pielęgniarka POZ wykonuje podstawową kontrolę ostrości wzroku.

Ambulatorium opieka specjalistyczna

Ambulatoryjna opieka okulistyczna należy do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia udzielane są zasadniczo na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, dodatkowo skierowanie może również wystawić optometrysta zatrudniony u świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ (art. 57 ustawy o świadczeniach).

Szczegółowy katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym okulistyki, jest określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.). W ramach tego rozporządzenia określono m.in. zakres świadczeń, wymagania dotyczące personelu, wyposażenia oraz warunki realizacji świadczeń.

Dostępność świadczeń okulistycznych obejmuje zarówno pacjentów w trybie nagłym, jak i stabilnych. W trybie ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) pacjenci mogą korzystać ze świadczeń bez skierowania, jeśli ich rozpoznanie znajduje się na liście określonej w załączniku nr 5d do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z 31 grudnia 2024 r., a cel terapeutyczny może być osiągnięty w poradni.

Porady specjalistyczne obejmują: okulistykę, okulistykę dziecięcą, leczenie zezą oraz leczenie zezą u dzieci. W przypadku świadczeń dla dzieci i leczenia zezą obowiązują szczegółowe wymagania dotyczące personelu, wyposażenia oraz warunków realizacji.

Leczenie szpitalne

Leczenie szpitalne chorób oczu, realizowane na oddziale okulistyki oraz oddziale okulistyki dla dzieci, obejmuje diagnostykę i procedury lecznicze finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczeń gwarantowanych. Obejmuje także leczenie wysiękowej postaci AMD (wiekowej degeneracji plamki żółtej) werteporfiną z zastosowaniem terapii fotodynamicznej, przeszczepienie rogówki oraz zabiegi związane z leczeniem zaćmy i jaskry, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków określonych przez NFZ. Świadczenia te mogą być realizowane w trybie planowym, pilnym, nagłym oraz w trybie jednego dnia, w zależności od stanu klinicznego pacjenta i wskazań medycznych.

Wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Wyroby medyczne okulistyczne wydawane na zlecenie obejmują: soczewki okularowe do bliży i do dali, soczewki kontaktowe, epiprotezy oka, protezy oka, lupy, monookulary, okulary lupowe, okulary lornetkowe oraz filtry odcinające.

Soczewki okularowe przysługują osobom z wadami wzroku wymagającymi korekcy w określonym zakresie wartości sferycznych i cylindrycznych, w tym również z mocą pryzmatyczną. Uprawnienia obejmują także osoby z patologiami narządu wzroku, takimi jak: stożek rogówki, anizometropia powyżej 4 dptr, afakia, zmiany w obrębie gałki ocznej wymagające epiprotezy oraz brak gałki ocznej. Dodatkowo, wyroby okularowe przysługują osobom niedowidzącym w przypadku chorób siatkówki lub gdy ostrość wzroku w lepszym oku po korekcji nie przekracza Vis 0,3 (umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich). Do wskazań należą również choroby o charakterze wrodzonym lub zwyrodnieniowym, takie jak: achromatopsja, albinizm, aniridia oraz wysiękowa postać zwyrodnienia plamki żółtej.

Limit finansowania ze środków publicznych dla soczewek okularowych korekcyjnych, zarówno do bliży, jak i do dali, został określony na poziomie 25 zł, 100 zł lub 350 zł. Soczewki kontaktowe twarde, hybrydowe i miniskleralne objęte są limitem w wysokości 600 zł, podczas gdy soczewki miękkie wyceniono na 150 zł. Najwyższe kwoty przewidziano dla protez i epiprotez oka – odpowiednio 700 zł i 800 zł. W przypadku pomocy optycznych specjalistycznych, takich jak lupy,

monookulary czy okulary lupowe i lornetkowe, limit ustalono na poziomie 200–400 zł. Natomiast dla filtrów medycznych krawędziowych limit finansowania wynosi 100 zł za sztukę, maksymalnie do dwóch sztuk.

W zakresie udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych dzieci i młodzież do 18. roku życia korzystają z pełnego pokrycia kosztów wyrobów optycznych, u pacjentów dorosłych, szczególnie w odniesieniu do soczewek korekcyjnych, udział własny może sięgać 30%. Jednocześnie pełne finansowanie obejmuje szereg wyrobów, takich jak epiprotezy i protezy oka, lupy produkowane seryjnie, monookulary, okulary lupowe oraz lornetkowe (zarówno do bliży, jak i do dali). Oznacza to, że w przypadku tych kategorii pacjenci, niezależnie od wieku, nie ponoszą żadnych kosztów własnych.

Szczegółową tabelę z wykazem wyrobów optycznych wykonywanych na zamówienie lub produkowanych seryjnie znajdujących się w grupie „O”, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2025 poz. 1038 z późn. zm.), umieszczono w załączniku do niniejszego opracowania analitycznego.

4.3.2. Miejsce i zadania optometrystów w systemie ochrony zdrowia

Zawód optometrysty w systemie ochrony zdrowia został uregulowany przez następujące akty prawne:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2024 poz. 146 z późn. zm.),
- Ustawę z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz.U. 2025 poz. 626 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, określa wymagania kwalifikacyjne, zasady przyznawania uprawnień oraz obowiązek rejestracji w centralnym systemie. Wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, prowadzonego przez Centrum e-Zdrowia za pośrednictwem wojewodów, stanowi warunek formalny wykonywania zawodu i uzyskania numeru identyfikacyjnego zawodowego.

Zgodnie z art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych wymagają skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątek stanowią świadczenia okulistyczne, które – od 17 września 2025 r. – mogą być realizowane również na podstawie skierowania wystawionego przez optometrystę zatrudnionego u świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ lub wykonującego zawód w ramach takiej umowy. Jednocześnie zgodnie z art. 57 ust. 2 tej samej ustawy, świadczenia udzielane bezpośrednio przez optometrystę nie wymagają skierowania. W praktyce oznacza to, że pacjent może skorzystać z porady optometrysty bez skierowania, a w określonych sytuacjach optometrysta jest uprawniony do kierowania pacjentów do okulisty w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Kwalifikacje wymagane do wykonywania zawodu. Zgodnie z ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, zawód optometrysty mogą wykonywać osoby, które ukończyły odpowiednie studia wyższe lub podyplomowe w zakresie optometrii. Szczegółowe wymagania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 3. Wymagane wykształcenie lub kwalifikacje do wykonywania zawodu optometrysty

Lp.	Nazwa zawodu	Wykształcenie lub kwalifikacje
7	optometrysta	1) rozpoczęcie po dniu wejścia w życie ustawy studiów w zakresie optometrii i uzyskanie tytułu zawodowego magistra albo magistra inżyniera lub 2) rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 r. studiów w zakresie optometrii i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera, lub 3) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2012 r. studiów na kierunku (specjalności) optometria i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera, lub 4) rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie ustawy studiów podyplomowych w zakresie optometrii i uzyskanie świadectwa ukończenia tych studiów

Źródło: Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972 z późn. zm.).

Zakres czynności zawodowych optometrysty. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne, w załączniku nr 6 ujęto następujące kompetencje optometrysty:

- planowanie i wykonywanie badań optometrycznych w celu oceny funkcji wzrokowych, parametryzacji narządu wzroku, dopasowania korekcji okularowej i soczewek kontaktowych, a także pomocy dla słabowidzących, takich jak refrakcja przedmiotowa i podmiotowa, badanie widzenia obuocznego, stosowanie testów, programów komputerowych, urządzeń pomiarowych i diagnostycznych oraz sprzętu do badania pola widzenia i obrazowania oka, wykonywanie badań zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży we współpracy z okulistą, wykonywanie badań okulistycznych w celu przygotowania pacjenta do zabiegów chirurgicznych i monitorowania stanu pacjenta po zabiegach oraz koniecznych do postawienia diagnozy i podjęcia leczenia przez okulistę;
- ocenę wyników badań oraz kierowanie pacjenta do okulisty w przypadku wykrycia odstępstw od norm fizjologicznych układu wzrokowego;
- projektowanie pomocy wzrokowych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta;
- dobieranie i przepisywanie soczewek okularowych i kontaktowych oraz ich aplikowanie;
- planowanie, zalecanie, prowadzenie i nadzorowanie rehabilitacji układu wzrokowego;
- stosowanie na zlecenie okulisty produktów farmakologicznych rozszerzających źrenice i porażających akomodację;
- edukację pacjenta w zakresie regularnych badań wzroku i wyrobów medycznych związanych z korekcją, ochroną i usprawnieniem wzroku;
- popularyzowanie zachowań prozdrowotnych wspomagających funkcjonowanie narządu wzroku;
- prowadzenie działań profilaktycznych, w tym badań przesiewowych i bilansowych u dzieci i dorosłych.

Zakres odpowiedzialności oraz ograniczenia w pracy optometrysty:

- Brak prawa do ordynowania leków – optometrysta nie posiada uprawnień do samodzielnego przepisywania produktów leczniczych. Nie jest uprawniony do prowadzenia leczenia farmakologicznego ani chirurgicznego. Może stosować preparaty farmakologiczne (np. rozszerzające źrenice, porażające akomodację) wyłącznie w zakresie i na zasadach określonych w przepisach, w praktyce najczęściej na zlecenie lub w porozumieniu z lekarzem okulistą.
- Współpraca z okulistą – w zakresie badań diagnostycznych, kwalifikacji do zabiegów oraz monitorowania pacjentów po operacjach optometrysta ma obowiązek współdziałania z lekarzem specjalistą w dziedzinie okulistyki i kierowania pacjenta do okulisty w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wykraczających poza jego kompetencje.
- Brak prawa do samodzielnego rozpoznawania chorób – optometrysta może wykrywać odstępstwa od norm i nieprawidłowości w badaniach wzroku, ale nie posiada prawa do stawiania diagnozy lekarskiej ani prowadzenia leczenia. W przypadku podejrzenia choroby ma obowiązek skierować pacjenta do okulisty.
- Wpis do rejestru jako warunek wykonywania zawodu – legalne wykonywanie zawodu jest możliwe wyłącznie po dokonaniu wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego¹⁰, prowadzonego przez Centrum e-Zdrowia.

4.4. Rekomendacje i wytyczne praktyki klinicznej

Biorąc pod uwagę, że badania diagnostyczne i procedury terapeutyczno-lecznicze będące elementem wnioskowanego świadczenia są aktualnie finansowane zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego i nie ma wątpliwości co do ich skuteczności i bezpieczeństwa, przegląd wytycznych praktyki klinicznej miał na celu odnalezienie informacji odnoszących się przede wszystkim do organizacji udzielania świadczeń i zasadności realizacji badań wzroku przez optometrystów w ramach systemu opieki zdrowotnej.

W toku prac analitycznych dokonano przeglądu aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących postępowania diagnostyczno-leczniczego u pacjentów z pogorszeniem widzenia (będącego przedmiotem niniejszego opracowania). Do analizy włączono dodatkowo standardy opublikowane na stronach towarzystw naukowych. Analizie poddano dziewięć

¹⁰ <https://rizm.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp: 14.10.2025)

dokumentów następujących towarzystw naukowych:

- Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (PTO),
- Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki (PTOO),
- American Optometric Association (AOA),
- European Council of Optometry and Optics (ECOO),
- Royal College of Ophthalmologists (RCO).

W świetle analizy wytycznych praktyki klinicznej oraz standardów postępowania diagnostyczno-leczniczego należy stwierdzić, że zalecenia zarówno polskich i zagranicznych towarzystw naukowych są zbieżne w kwestiach dotyczących przebiegu badania przeprowadzanego przez optometrystów. Wytyczne praktyki klinicznej zalecają wykonywanie w przebiegu wizyty optometrycznej następujących badań:

Tabela 4. Najważniejsze zalecenia odnoszące się do wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej zawarte w odnalezionych wytycznych praktyki klinicznej

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
Populacja dorosłych	
American Optometric Association AOA 2023 Comprehensive Adult Eye and Vision Examination. Second Edition Kompleksowe badanie wzroku i wzroku osób dorosłych. Wydanie drugie Metodyka: Wytyczne opracował zespół ekspertów w oparciu o przegląd systematyczny dowodów naukowych. Siłę zalecenia i poziom jakości dowodów sformułowano wg GRADE. Źródła finansowania i konflikt interesów: Sfinansowane przez AOA bez wsparcia finansowego ze źródeł komercyjnych. Autorzy składali oświadczenia o konflikcie interesów przed każdym spotkaniem i głosowaniem. Źródło: https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Comprehensive%20Adult%20Eye%20and%20Vision%20Examination%2C%20Second%20Edition.pdf	Wytyczne dot. podejmowanych działań w ramach kompleksowego badania wzroku i oczu osoby dorosłej (wybór): • Lekarze optometryści nie powinni opierać się na pojedynczym, prawidłowym wyniku badania pola widzenia jako na dowodzie braku ubytku pola widzenia. W przypadku podejrzenia klinicznego ubytku pola widzenia powinni przeprowadzić u pacjentów formalną perymetrię. (Poziom jakości dowodów: B, Ranga: zalecenie). • Kompleksowe badanie wzroku i oczu osoby dorosłej powinno obejmować między innymi: - wywiad z pacjentem i jego rodziną, obejmujący zdrowie wzroku, oczu i ogólne, przyjmowanie leków i przebieg kariery zawodowej i wymagania wizualne dotyczące zajęć zawodowych, - pomiar ostrości wzroku, - określenie stanu refrakcji, - ocena ruchomości gałek ocznych, widzenia obuocznego i akomodacji, w zależności od potrzeb pacjenta, wieku, widocznych oznak i objawów, - badanie stanu zdrowia oczu, obejmujące ocenę przedniego i tylnego odcinka oka (po rozszerzeniu źrenic, o ile nie ma innych przeciwwskazań), pomiary ciśnienia śródgałkowego i badanie pola widzenia, - ocena ogólnego stanu zdrowia, jeśli jest to wskazane, - badanie pomocnicze w razie potrzeby. (Ranga: konsensus ekspercki) • Kompleksowe badanie wzroku i oczu u dorosłych - schemat postępowania:

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	• Potencjalne elementy kompleksowego badania wzroku i oczu u dorosłych A. Historia pacjenta - Charakter i historia zgłaszanego problemu, w tym główne dolegliwości - Historia wzroku i oczu - Ogólna historia zdrowia, która może obejmować historię społeczną i przegląd układów - Historia chorób oczu i chorób w rodzinie - Stosowane leki i alergie na leki - Wymagania wzrokowe związane z pracą zawodową i hobby - Nazwy i dane kontaktowe innych podmiotów świadczących usługi medyczne na rzecz pacjenta B. Ostrość wzroku - Badanie ostrości wzroku z daleka - Badanie ostrości wzroku z bliska - Badanie ostrości wzroku przy użyciu otworka

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	- Ostrość wzroku przy określonych odległościach związanych z pracą zawodową lub hobby C. Refrakcja - Pomiar ostatniej lub zwyczajowej korekcji optycznej pacjenta - Obiektywny pomiar stanu refrakcji - Subiektywny pomiar stanu refrakcji - Refraktometria cykloplegiczna, jeśli to konieczne D. Ruchomość gałki ocznej, widzenie obuoczne i akomodacja - Ocena ustawienia gałek ocznych i ruchomości - Ocena heteroforii, amplitudy zbieżności i zdolności zbieżności - Badanie supresji - Pomiar amplitudy akomodacji i zdolności akomodacyjnej E. Badanie oczu i ocena stanu ogólnego zdrowia - Obserwacja wielkości źrenic i reakcji źrenic - Ocena przedniego odcinka oka i przydatków - Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego - Ocena ośrodków oka - Ocena tylnego odcinka oka - Badanie pola widzenia - Ocena stanu ogólnego zdrowia F. Badania dodatkowe (w razie potrzeby) • Po zakończeniu badania wzroku i oczu należy wyjaśnić pacjentowi wszelkie rozpoznania dotyczące oczu lub wzroku i odnieść je do występujących u niego objawów, a także omówić plany leczenia i rokowania. (Ranga: konsensus ekspercki) • Kompleksowe badanie wzroku i oczu jest zalecane corocznie u osób w wieku: od 18 do 39 lat, od 40 do 64 lat – w celu optymalizacji funkcji wzrokowych, oceny zmian w oku oraz wczesnego wykrywania zagrażających wzrokowi schorzeń oczu i chorób ogólnoustrojowych. Obecność czynników ryzyka może skutkować zaleceniami częstszych badań. (Ranga: konsensus ekspercki) • Kompleksowe badanie wzroku i oczu jest zalecane corocznie u osób w wieku 65 lat i starszych – w celu optymalizacji funkcji wzrokowych, oceny zmian w oku oraz wczesnego wykrywania zagrażających wzrokowi schorzeń oczu i chorób ogólnoustrojowych. Obecność czynników ryzyka może skutkować zaleceniami częstszych badań. (Poziom jakości dowodów: C, Ranga: zalecenie). • Dorośli pacjenci powinni otrzymać od swojego okulisty zalecenie częstszych badań okulistycznych niż zalecany odstęp czasu, jeśli pojawią się nowe problemy ze wzrokiem, oczami lub ogólne problemy zdrowotne. (Ranga: konsensus ekspercki) <i>Komentarz analityczny: W Stanach Zjednoczonych istnieje zawód lekarza optometrysty (ang. doctor of optometry, OP/optometryści), którzy są głównymi specjalistami w zakresie opieki okulistycznej w USA, stanowią pierwszą linię frontu w opiece okulistycznej i wzrokowej. W ich zakresie kompetencji leżą m.in. badania, diagnostyka, leczenie i zarządzanie chorobami i schorzeniami oczu. Oprócz opieki okulistycznej i wzrokowej, odgrywają oni kluczową rolę w ogólnym zdrowiu i samopoczuciu pacjenta, wykrywając choroby układowe, diagnozując, lecząc i lecząc objawy oczne tych chorób, a także zapewniając szczepienia. Lekarze optometryści mogą również wypisywać recepty na leki, rehabilitację wzroku, terapię widzenia, soczewki okularowe, soczewki kontaktowe i wykonywanie niektórych zabiegów chirurgicznych, a także doradzać pacjentom w zakresie opcji leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego, które odpowiadają ich potrzebom wzrokowym związanym z ich zawodem, hobby i stylem życia. Aby zdobyć zawód, należy ukończyć studia licencjackie przygotowujące do zawodu w college'u lub na uniwersytecie oraz czteroletnie kształcenie zawodowe w szkole optometrii, prowadzące do uzyskania stopnia optometrii (OD). Wielu lekarzy optometrystów odbywa dodatkową rezydenturę w określonej dziedzinie.</i>
European Council of Optometry and Optics ECOO 2013	1. Pacjent zgłaszający się na badanie wzroku może mieć umówioną wizytę lub może przyjść spontanicznie. Pacjent może mieć wiele powodów, dla których chce poddać się badaniu wzroku, a specjalista ds. opieki okulistycznej powinien na to zareagować. Proces badania wzroku powinien być dla pacjenta zrozumiały.

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
Guidelines for Optometric and Optical Services in Europe Wytyczne dotyczące usług optometrycznych i optycznych w Europie <u>Źródło: https://www.ecoo.info/wp-content/uploads/2014/01/Guidelines-for-Optometric-and-Optical-Services-in-Europe.pdf</u>	Badanie wzroku zostanie zarejestrowane w formie pisemnej lub elektronicznej, tak aby stanowiło poufny zapis badania pacjenta i było zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych. 2. Rejestracja pacjenta. 3. Konsultacja. Badanie wzroku powinno obejmować ocenę stanu okulistycznego i potrzeb pacjenta oraz zapewniać pełną ocenę narządu wzroku. Pacjenci mogą również chcieć poddać się ocenie soczewek kontaktowych. Ocena soczewek kontaktowych może odbywać się w połączeniu z badaniem wzroku lub na osobnej wizycie. Na badanie wzroku składają się następujące elementy: • Historia leczenia i obecnie występujące objawy. • Pacjentowi zostaną zadane pytania dotyczące powodu wizyty, historii choroby własnej i rodzinnej. Omówione zostaną potrzeby pacjenta dotyczące korekcji wad wzroku. • Ocena ostrości wzroku. Ostrość widzenia dla dali i bliży powinna zostać zmierzona jednoocznie i obuocznie za pomocą wystandaryzowanej odpowiedniej karty ostrości wzroku, która zawiera optotypy o wysokim kontraście. Ostrość wzroku powinna zostać zmierzona dla widzenia nieskorygowanego i skorygowanego. • Ocena refrakcji oka w celu otrzymania recepty na okulary. Wada refrakcji jest oceniana dla każdego oka, tak aby zapewnić właściwą receptę na okulary lub soczewki kontaktowe dla pacjenta. Obejmuje określenie optymalnej kombinacji kulistej i cylindrycznej w celu skorygowania błędów refrakcji. Refrakcja jest zwykle przeprowadzana przy użyciu kombinacji obiektywnych i subiektywnych technik. W stosownych przypadkach, w przypadku osób z przeziopią, zostanie również zmierzona korekcja refrakcji bliskiej dla bliższych odległości roboczych. Pacjentom bez przeziopii można przepisać bliską addycję (np. w przypadkach, gdy występuje niewydolność akomodacyjna lub problemy z widzeniem obojętnym). Poszczególni pacjenci mogą mieć wprowadzone specjalne modyfikacje, które umożliwiają optymalną korekcję wzroku dla określonych potrzeb (np. potrzeb zawodowych lub hobby). W każdym przypadku, gdy takie zmiany są wprowadzane, zapis i recepta powinny je wyraźnie udokumentować. • Ocena stanu widzenia. W celu uzyskania informacji dotyczących jakości stanu widzenia obojętnego (równowagi okuomotorycznej), ruchomości gałek ocznych zazwyczaj przeprowadza się zestaw testów określających zdolność oczu do „współpracy” w celu widzenia celów z daleka i bliży oraz w różnych pozycjach i zdolność akomodacji do bliskiego celu. • Ocena stanu funkcji wzrokowych. Można przeprowadzić szereg innych testów, w tym pomiar zdolności akomodacji oczu, reakcji źrenic i ocenę pola widzenia. Inne badania, takie jak tonometria i keratometria, mogą być wykonywane w zależności od potrzeb pacjenta. • Ocena stanu zdrowia oczu. Zazwyczaj przeprowadza się zewnętrzne i wewnętrzne badanie oczu. Można to nazwać badaniem przedniego i tylnego odcinka oka. Istnieje wiele różnych technik, z których może skorzystać (m.in. badanie lampą szczelinową i stosowanie soczewek pomocniczych, oftalmoskopia bezpośrednia i pośrednia – jednooczna i dwuokularowa, fotografia dna oka, koherentna tomografia oczna), z których wszystkie wykorzystują system oświetlenia i powiększenia, aby szczegółowo zbadać oko. • Zapisywanie wyników. Specjalista od opieki okulistycznej prowadzi pełny i dokładny zapis procedur i wyników badania. Rejestry te są poufne i powinny być zgodne z przepisami o ochronie danych. • Przepisywanie i dopasowywanie urządzeń optycznych. Dokładny pomiar i ocena odległości między źrenicami, odległości wierzchołków grzbietu oraz inne pomiary oczu i twarzy powinny zostać przeprowadzone w celu zapewnienia optymalnego dopasowania urządzeń optycznych. • Edukacja pacjenta dotycząca wyników badania. Wyniki badania powinny zostać omówione z pacjentem. • Udzielanie porad oraz recepty. Porady i odpowiednie postępowanie zostaną omówione z pacjentem i udokumentowane w dokumentacji pacjenta. Pacjent zazwyczaj otrzymuje pisemną kopię swojej recepty refrakcyjnej. 4. Wyniki konsultacji • Recepta – pacjent zazwyczaj otrzymuje pisemną informację zawierającą jego receptę refrakcyjną. Informacje zawarte w dokumencie powinny obejmować w przypadku: - Recepty na okulary: - o Imię i nazwisko pacjenta, adres i data urodzenia. - o Wymagana moc korekcji (moc sferyczna, składowe cylindryczne, oś, poprawka pryzmatyczna i bliski addycji) - o Data wydania i termin recepty.

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	- o Dane kontaktowe specjalisty przepisującego receptę. - o Podpis specjalisty przepisującego receptę. W niektórych krajach numer rejestracyjny okulisty. - Specyfikacji soczewek kontaktowych: - o Imię i nazwisko pacjenta, adres i data urodzenia. - o Specyfikacja soczewki kontaktowej, w tym: materiał soczewki i/lub producent, moc sferyczna, dowolny element i oś cylindryczna, całkowita średnica i promień tylnej strefy optycznej. - o Przepisane produkty do pielęgnacji soczewek kontaktowych i krople nawilżające (jeśli dotyczy). - o Harmonogram noszenia. - o Data i termin specyfikacji. - o Dane kontaktowe lekarza okulisty przepisującego receptę. - o Podpis specjalista ds. opieki okulistycznej przepisującego receptę W niektórych krajach numer rejestracyjny okulisty. • Profesjonalne doradztwo. Po badaniu pacjent otrzyma poradę dotyczącą jego stanu refrakcji, potrzeby korekcji refrakcji, stanu zdrowia oczu, wszelkich skierowań, które mogą być konieczne oraz terminu następnej wizyty. • Ewidencjonowanie. Zapis/karta badania będzie zawierał dane pacjenta, datę badania, historię medyczną i oczną, ocenę refrakcji i receptę, ostrość wzroku, badanie stanu zdrowia oczu i inne wizualne pomiary funkcjonalne. Udokumentowane powinny zostać plan postępowania z pacjentem i zalecany odstęp między badaniami. W protokole należy stosować konwencjonalną terminologię do rejestrowania pomiarów. Dokument powinien być wypełniony czytelnie. Dostawcy usług okulistycznych mogą korzystać z elektronicznych systemów ewidencjonowania. • Zalecenia. Jeśli podczas badania wzroku zostaną wykryte nieprawidłowości, która wymaga skierowania do innego pracownika służby zdrowia, specjalista napisze skierowanie opisujące charakter patologii ocznej lub medycznej. Lekarz określi pilność skierowania, określi odpowiedniego pracownika służby zdrowia, do którego należy się zwrócić, oraz poinformuje i doradzi pacjentowi o charakterze i znaczeniu skierowania. • Kontynuacja leczenia. Pacjent powinien zostać poinformowany o odpowiednim odstępie między testami. W większości przypadków badanie oczu powinno odbywać się raz w roku lub co dwa lata. Jednak w określonych przypadkach specjalista może chcieć zalecić krótsze odstępy między testami. • Pielęgnacja soczewek kontaktowych. W przypadku gdy soczewki kontaktowe są zakładane jako medyczne urządzenie refrakcyjne, wizyty kontrolne po soczewkach kontaktowych są ważne, aby monitorować zdrowie oczu i przestrzeganie przez pacjenta profesjonalnych porad dotyczących harmonogramu noszenia soczewek kontaktowych i procedur pielęgnacji soczewek. Wizyty pooperacyjne odbywają się regularnie w odstępach sześciomiesięcznych lub rocznych, ale w określonych przypadkach mogą występować częściej. 5. Wydawanie urządzeń optycznych. • Wykonywanie okularów. Okulary mogą być montowane bezpośrednio przez dostawcę usług okulistycznych lub nabywane od dostawcy okularów. Powinny być zgodne z europejskimi i międzynarodowymi normami dotyczącymi urządzeń optycznych i wyrobów medycznych. Istnieje wiele norm europejskich i ISO dotyczących soczewek okularowych, opravek, okularów, osobistych okularów ochronnych, soczewek kontaktowych i pomocy dla osób słabowidzących. Przepisy dotyczące urządzeń medycznych z 2002 r. (SI 2002 nr 618) wdrażają dyrektywę 93/42/EWG dotyczącą urządzeń medycznych. Przepisy obejmują szeroki zakres produktów i czynności, w tym sprzęt, instrumenty i sprzęt okulistyczny. Obejmują również szklenie okularowe. Szklenie obejmuje montaż soczewek z krawędziami w nową oprawkę okularową. • Dopasowanie i dostarczenie. W ramach usług optometrycznych i optycznych specjalista zazwyczaj dopasowuje i dostarcza urządzenia optyczne. Do urządzeń optycznych należą okulary, soczewki kontaktowe i pomoce wzrokowe dla osób niewidomych. Istnieje kilka elementów składających się na właściwą obsługę pacjenta w tym zakresie: - Interpretacja recept refrakcyjnych. - Dobór odpowiedniego aparatu optycznego doradzającego pacjentom w zakresie aparatów. - Produkcja/konstrukcja opravek i soczewek korekcyjnych. - Weryfikacja przyrządów optycznych zgodnie z międzynarodowymi normami dotyczącymi tolerancji optycznych. - Dopasowanie soczewek kontaktowych.

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	- Pacjent powinien otrzymać fachową poradę dotyczącą najodpowiedniejszego optycznego i kosmetycznego doboru rodzaju soczewek. Wymaga to uważnej interpretacji recepty oraz znajomości potrzeb refrakcyjnych pacjenta, wykonywanego zawodu i stylu życia. Wybór soczewki może być złożonym problemem i wymagać specjalistycznej wiedzy i umiejętności, aby zapewnić optymalne ich dopasowanie. Istnieje wiele pomiarów niezbędnych do dokładnego dopasowania aparatu optycznego z zalecaną korekcją refrakcji. Pacjent powinien mieć je zmierzone w ramach rutynowej opieki okulistycznej. W przypadku soczewek okularowych będzie to zazwyczaj obejmować pomiar odległości między żrenicami, pochylenia pantoskopowego, odległości wierzchołka tylnego oraz inne pomiary twarzy i oprawek. Dopasowanie powinno być zgodne z odpowiednimi normami i zapewniać, że soczewki są dopasowane do właściwej podstawy i wysokości okularów, z odpowiednim wycentrowaniem. Oprawki okularów należy wyregulować, aby zapewnić optymalne dopasowanie z okularami we właściwej dla użytkownika pozycji. W przypadku soczewek kontaktowych dopasowanie zwykle wymaga odczytów keratometrii, poziomej pionowej średnicy tęczówki, pionowej apertury powiekowej i rozmiaru żrenicy. Urządzenie będzie musiało zostać zweryfikowane pod kątem specyfikacji soczewek kontaktowych i odpowiedniej liczby podanych soczewek kontaktowych. Jeśli soczewki kontaktowe wymagają przechowywania / roztworów czyszczących, specjalista doradzi odpowiedni system pielęgnacji. Soczewki zostaną wyraźnie oznakowane zgodnie ze specyfikacją lewego i prawego oka pacjenta. Ewidencjonowanie. Charakter aparatu optycznego należy odnotować w dokumentacji pacjenta, w tym pomiary niezbędne do dopasowania aparatu. W protokole należy wskazać sposób użytkowania urządzenia. - Okulary: należy odnotować informacje o marce i modelu okularów oraz materiale soczewek i konstrukcji optycznej. - Soczewki kontaktowe: należy zapisać informacje o parametrach soczewek kontaktowych. - Pomoce dla słabowidzących: należy zapisać informacje o powiększeniu, modelu aparatu i oświetleniu. <i>Komentarz analityczny:</i> w wytycznych nie wskazano poziomu jakości dowodów naukowych ani nie określono siły zaleceń. „Specjalista ds. opieki okulistycznej” oznacza, w kontekście analizowanych wytycznych, optometrystów i optyków.
Populacja pediatria	
Polskie Towarzystwo Okulistyczne Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Leczenia Zeza PTO SODiLZ 2021a Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku niedowidzenia u dzieci Metodyka: Konsensus ekspertów klinicznych, odzwierciedlający aktualny stan wiedzy oparty na dostępnych wynikach badań naukowych. Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji na temat źródła finansowania. Nie podano informacji co do konfliktów interesów. Źródło: https://pto.com.pl/wp-content/uploads/2021/11/Wytyczne-PTO-dotyczace-postepowania-w-przypadku-niedowidzenia-u-dzieci.pdf	Wytyczne dot. diagnostyki: - Pacjent z niedowidzeniem powinien być poddany pełnemu badaniu okulistycznemu, rozszerzonemu o ocenę ruchomości gałek ocznych, określenie poziomu widzenia obuocznego, rodzaju fiksacji oraz zdolności akomodacji. Wytyczne dot. postępowania: Eliminacja przyczyn – w przypadku: niedowidzenia z nieużywania – eliminacja przyczyn polega na leczeniu choroby podstawowej (zaćmy, opadnięcia powieki etc.). Czas i sposób podjęcia leczenia powinien być zgodny z wytycznymi dla odpowiednich jednostek chorobowych; niedowidzenia zezowego – eliminacja przyczyn polega na normalizacji ustawienia gałek ocznych, umożliwiającego przywrócenie, choćby podstawowego, poziomu widzenia obuocznego. Uzyskanie takiego stanu możliwe jest poprzez zastosowanie korekcji wady refrakcji bądź poprzez zabieg operacyjny. Czas leczenia operacyjnego zeza u dzieci niedowidzących pozostaje w gestii lekarza prowadzącego. Należy kierować się podstawowymi zasadami w tym zakresie – w przypadku: - zezów o wczesnym początku, z wątpliwym potencjałem widzenia obuocznego, należy dążyć do naprzemienności fiksacji, przed podjęciem leczenia operacyjnego. - średniego i głębokiego niedowidzenia należy podjąć intensywne starania w celu poprawy ostrości widzenia przed zabiegiem operacyjnym zeza. - braku efektów leczenia niedowidzenia zezowego (po wykluczeniu innych powodów - patrz niżej) operacyjne przywrócenie ortotropii może być impulsem do postępu w terapii i w takiej sytuacji nie należy go odwlekać. - niedowidzenia z różnowzroczności jak i niedowidzenia z ametropii eliminacja przyczyn polega na korekcji wady refrakcji. Korekcja wady refrakcji: - Pierwszym krokiem w leczeniu niedowidzenia jest korekcja wady refrakcji, po którym następuje okres 3–4 miesięcznej obserwacji. - Określenie wady refrakcji u dziecka z podejrzeniem niedowidzenia bezwzględnie wymaga zastosowania środków cykloplegicznych bez względu na wiek. Zaliczamy do nich atropinę w stężeniu 1% powyżej 6. roku życia, 0,5% u dzieci pomiędzy 1,5 a 6 rokiem życia i 0,25% o dzieci pomiędzy 9 a 18

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji		
	miesiącem życia, cyklopentolat w stężeniu 1% od 1 r.ż., tropikamid w stężeniu 1%. Środki te należy stosować w sposób zapewniający pełną cykloplegię przy uwzględnieniu wieku pacjenta.		
	- Zasady korekcji wady refrakcji w przypadku niedowidzenia u dzieci zezujących i niezezujących		
	W przypadku:	Dzieci zezujące	Dzieci niezezujące
	nadwzroczności	korekcja wady do wartości uzyskanej po cykloplegii	korekcja wady do wartości uzyskanej po cykloplegii z pozostawieniem niewielkiego niedokorygowania do 1,0Dsph
	krótkowzroczności	pełna korekcja wady do wartości uzyskanej po cykloplegii lub mniejsza, ale zapewniająca pełną ostrość wzroku do dali	pełna korekcja wady do wartości uzyskanej po cykloplegii, lub mniejsza, ale zapewniająca pełną ostrość wzroku do dali
	astygmatyzmu zgodnego z regułą	zalecana jest pełna korekcja, ale możliwe jest niedokorygowanie o 0,5Dcyl, w innych przypadkach pełna korekcja do wartości uzyskanej po cykloplegii	zalecana jest pełna korekcja, ale możliwe jest niedokorygowanie o 0,5Dcyl w innych przypadkach pełna korekcja do wartości uzyskanej po cykloplegii
	różnowzroczności	–	pełna korekcja wady do wartości uzyskanej po cykloplegii bez względu na wielkość różnowzroczności z pozostawieniem niewielkiego niedokorygowania do 1,0Dsph. Niedokorygowanie powinno być symetryczne, tak aby zachować różnicę w korekcji adekwatną do poziomu różnowzroczności. Nie należy redukować mocy szkła w oku z wyższą wadą. W przypadku wysokich różnic (powyżej 4,0Dsph) rekomendowane jest zastosowanie soczewki kontaktowej
Źródła: opracowanie własne AOTMiT			
• Leczenie penalizacyjne - W przypadku braku skuteczności leczenia samą korektą okularową, po 3–4 miesięcznym okresie obserwacji, podejmuje się leczenie poprzez zastosowanie metod penalizacyjnych oka lepiej widzącego. Przed przystąpieniem do leczenia, należy powtórzyć pomiar wady refrakcji po cykloplegii, w celu wykluczenia niedokorygowania wady jako przyczyny niepowodzenia. - o Zastłanianie zasłonką plastrową - o Atropinizacja Powinna być stosowana wyłącznie u dzieci po 3 r.ż., u których z różnych przyczyn nie może być stosowane zastłanianie zasłonką. Skuteczność atropinizacji zależy od głębokości niedowidzenia – im jest głębsze, tym słabsze efekty leczenia. Atropina może być wykorzystana jako forma penalizacji oka, poprzez jej podawanie do worka spojówkowego. Skuteczność atropinizacji jest porównywalna do zastłaniania, w przypadku niedowidzenia łagodnego i średniego. Stężenie atropiny powinno być uzależnione od wieku dziecka. Schemat stosowania atropiny pozostaje w gestii lekarza okulisty, lecz w przypadku niedowidzenia łagodnego i średniego rekomenduje się stosowanie tzw. weekendowe, czyli w sobotę i niedzielę po jednej kropli do oka lepiej widzącego. Efekt działania atropiny można pogłębić poprzez redukcję korekcji nadwzroczności w oku atropinizowanym (bez redukcji w oku niedowidzącym). - Ocenę wyników leczenia penalizacyjnego przeprowadza się poprzez badanie ostrości wzroku w takich samych warunkach i z użyciem tego samego rodzaju tablic. Kontrole powinny być przeprowadzane przez lekarza prowadzącego lub ortoptystkę z częstością uzależnioną od wieku dziecka (im młodsze dziecko, tym częstsza kontrola). - W chwili obecnej nie ma danych naukowych pozwalających na rekomendację jakiegokolwiek innej metody leczenia niedowidzenia niż wymienione. Stosowanie ćwiczeń pleoptycznych, terapii widzenia, terapii antysupresyjnej z użyciem technik cyfrowych czy wirtualnej rzeczywistości pozostaje poza zakresem medycyny opartej na dowodach naukowych.			

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	• Dalsze postępowanie - Leczenie penalizacyjne w przypadku uzyskiwania stopniowej poprawy należy kontynuować aż do uzyskania pełnej ostrości wzroku w oku niedowidzącym. W momencie osiągnięcia tzw. plateau (2 pomiary kontrolne z tą samą ostrością wzroku) należy uznać stwierdzoną ostryść wzroku za docelową. Utrzymywanie zasłaniania w sytuacji, gdy ostrość wzroku nie ulega poprawie należy uznać za terapię uporczywą i nie jest rekomendowane. - Odstawianie leczenia nie może przebiegać gwałtownie i powinno być przeprowadzane stopniowo w okresie 2–3 miesięcy lub większym. W przypadku nawrotu niedowidzenia należy powrócić do zasłaniania w pełnym wymiarze i przy ponownym odstawieniu wydłużyć jego czas. Szczególnie należy uwzględnić możliwość nawrotu niedowidzenia u starszych dzieci, u których wyjściowo stwierdzono głębokie niedowidzenie. - W przypadku braku skuteczności leczenia lub gdy poprawa jest powolna i nieadekwatna do intensywności zasłaniania należy: - o ponownie zweryfikować refrakcję po cykloplegii i wyrównać wadę całkowicie oraz upewnić się, że okulary są prawidłowo wykonane, - o powtórzyć badanie przedmiotowe przedniego i tylnego odcinka oka w poszukiwaniu przyczyn organicznych, - o ocenić względny dośrodkowy defekt żreniczny i wykonać badania elektrofizjologiczne drogi wzrokowej, - o wykonać badanie centralnego obszaru siatkówki z użyciem OCT, - o ocenić fiksację oraz ustalić, czy występuje zespół monofiksacji, - o upewnić się, że rodzice pacjenta wypełniają zalecenia. <i>Komentarz analityczny:</i> w wytycznych nie wskazano poziomu jakości dowodów naukowych ani nie określono siły zaleceń
Polskie Towarzystwo Okulistyczne Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Leczenia Zeza PTO SODiLZ 2021b Wytyczne dotyczące postępowania w krótkowzroczności postępującej u dzieci i młodzieży Metodyka: Konsensus ekspertów klinicznych, odzwierciedlający aktualny stan wiedzy oparty na dostępnych wynikach badań naukowych. Źródła finansowania i konflikt interesów: Nie podano informacji na temat źródła finansowania. Nie podano informacji co do konfliktów interesów Źródło: https://pto.com.pl/wp-content/uploads/2021/12/Wytyczne-PTO-dotyczace-postepowania-w-kratkowzrocznosci-postepujacej-u-dzieci-i-mlodziezy.pdf	Dokument podsumowuje zasady postępowania w krótkowzroczności postępującej u dzieci i młodzieży. • Wskazywane są następujące metody: - aktywność fizyczna jako prewencja krótkowzroczności, - metody optyczne korekcji krótkowzroczności: - o okulary z wklęsłymi jednoogniskowymi szklami lub miękkich soczewek kontaktowych - celem korekcji wady refrakcji, lecz nie wpływają one na wydłużanie się gałki ocznej, - o okulary dwuogniskowe lub progresywne, aby zmniejszyć wysiłek akomodacyjny do blizy, - ortokeratologia, - soczewki okularowe z technologią Defocus Incorporated Multiple Segments (DIMS), - atropina w zapobieganiu postępowi krótkowzroczności, - laserowa korekcja krótkowzroczności i astygmatyzmu krótkowzrocznego. Wytyczne wskazują, że: • uważa się, że stosowanie nowej generacji szkieł okularowych z rozogniskowaniem krótkowzrocznym w 60% hamuje postęp krótkowzroczności, • leczenie atropiną jest porównywalne i daje ok. 59% efektu hamowania wady, • soczewki kontaktowe hamują krótkowzroczność w 50%, • najgorsze wyniki stwierdzamy przy zastosowaniu ortokorekcji – u gdzie tylko u 45% pacjentów dochodzi do hamowania wady, • ostateczną decyzję podejmuje lekarz okulista dostosowując metodę terapeutyczną do pacjenta, jego wieku, momentu pojawienia się wady, rocznego przyrostu wielkości wady refrakcji, • zmniejszenie globalnego obciążenia krótkowzrocznością wymaga edukacji lekarzy okulistów, ale również lekarzy rodzinnych, pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i ich rodzin, a także lokalnych i krajowych instytucji zdrowia publicznego. <i>Komentarz analityczny:</i> w wytycznych nie wskazano poziomu jakości dowodów naukowych ani nie określono siły zaleceń

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
American Optometric Association AOA 2017 Comprehensive Pediatric Eye and Vision Examination Kompleksowe badanie wzroku i oczu u dzieci Metodyka: Wytyczne opracował zespół ekspertów w oparciu o przegląd systematyczny dowodów naukowych. Siłę zalecenia i poziom jakości dowodów sformułowano wg GRADE. Źródła finansowania i konflikt interesów: Sfinansowane przez AOA bez wsparcia finansowego ze źródeł komercyjnych. Autorzy składali oświadczenia o konflikcie interesów przed każdym spotkaniem i głosowaniem. Źródło: https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Comprehensive%20Adult%20Eye%20and%20Vision%20Examination%2C%20Second%20Edition.pdf	Wytyczne dot. podejmowanych działań w ramach kompleksowego badania wzroku i oczu u dzieci: • Kompleksowe badanie oczu i wzroku u dzieci powinno obejmować między innymi: - Przegląd charakteru i historii przedstawionego problemu, historii okulistycznej i medycznej pacjenta i jego rodziny, w tym dotyczących wzroku, narządu wzroku, zdrowia ogólnego, aktywności rekreacyjnej i sportowej oraz historii rozwoju i wyników szkolnych dziecka. - Pomiar ostrości wzroku. - Określenie stanu refrakcji. - Ocena widzenia obuocznego, ruchomości gałek ocznych i akomodacji. - Ocena widzenia barw (podstawowa lub okresowa, jeśli jest to konieczne, w celach kwalifikacyjnych lub w przypadku choroby). - Ocena zdrowia oczu i całego organizmu, w tym ocena reakcji źrenic, przedniego i tylnego odcinka oka, siatkówki obwodowej, ocena/pomiar ciśnienia śródgałkowego i badanie pola widzenia. • Kompleksowe badanie wzroku i oczu u dzieci – schemat postępowania  • Potencjalne elementy kompleksowego badania wzroku i oczu u dzieci w wieku szkolnym A. Historia pacjenta - Charakter i historia zgłaszanego problemu, w tym główne dolegliwości.

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	- Historia wzroku i oczu. - Ogólna historia zdrowia, w tym historia prenatalna, okołoporodowa i poporodowa oraz przegląd układów, historia operacji i/lub urazów głowy lub oczu oraz wszelkie leczenie wzroku lub oczu. - Zestawienie leków, w tym leków na receptę i bez recepty (np. leki dostępne bez recepty, suplementy, preparaty ziołowe) oraz dokumentacja alergii na leki. - Historia chorób oczu i historia medyczna rodziny. - Historia rozwoju dziecka. - Historia wyników w nauce. - Czas spędzany na świeżym powietrzu, uprawianie sportu, praca z bliska i oglądanie ekranu. - Nazwiska i dane kontaktowe innych lekarzy pacjenta. B. Ostrość wzroku - Ostrość wzroku według skali Snellen. - Ostrość wzroku według skali ETDRS. C. Refrakcja - Retinoskopia statyczna (odległość). - Retinoskopia cykloplegiczna. - Refraktometria subiektywna. - Autorefraktometria. D. Widzenie obuoczne, ruchomość gałek ocznych i akomodacja - Ocena ustawienia gałek ocznych – z daleka i z bliska (np. test zasłaniania, test Hirschberga, test Krinsky’ego, test Von Graefe’a, zmodyfikowany test Thoringtona, pręt Maddoxa) - Ocena ruchomości gałek ocznych (np. fiksacja, sakady, ruchy śledzące) - Punkt zbieżności bliskiej - Stereopsja (np. test stereopsji z losowymi kropkami) - Zakresy zbieżności fuzji dodatniej i ujemnej - Badanie akomodacji (np. amplituda, sprawność i reakcja) - Ocena reakcji źrenic - Ocena pola widzenia (np. konfrontacja) - Ocena przedniego odcinka oka i przydatków - Ocena tylnego odcinka oka - Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego E. Badanie widzenia barw F. Ocena zdrowia oczu i organizmu Wytyczne wskazują, że: • Retinoskopia cykloplegiczna jest preferowaną procedurą podczas pierwszej oceny wzroku dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Konieczne jest ilościowe określenie istotnych wad refrakcji w przypadku występowania takich schorzeń wzroku, jak zez, niedowidzenie i anizometropia. (konsensus ekspertów) • Dzieci z krótkowzrocznością powinny co najmniej raz w roku lub zgodnie z zaleceniami (szczególnie do 12 roku życia) poddawać się kompleksowym badaniom wzroku i oczu, ze względu na możliwość szybkiego postępu krótkowzroczności. (Poziom dowodów B/silne zalecenie)

Organizacja, rok, tytuł	Treść rekomendacji
	Dzieci w wieku szkolnym powinny co roku poddawać się kompleksowym badaniom wzroku i oczu w celu diagnozowania, leczenia i zarządzania problemami zdrowotnymi związanymi z oczami lub wzrokiem. (konsensus ekspertów) <i>Komentarz analityczny:</i> W Stanach Zjednoczonych istnieje zawód lekarza optometrysty (ang. doctor of optometry, OP/optometryści), którzy są głównymi specjalistami w zakresie opieki okulistycznej w USA, stanowią pierwszą linię frontu w opiece okulistycznej i wzrokowej. W ich zakresie kompetencji leżą m.in. badania, diagnostyka, leczenie i zarządzanie chorobami i schorzeniami oczu. Oprócz opieki okulistycznej i wzrokowej, odgrywają oni kluczową rolę w ogólnym zdrowiu i samopoczuciu pacjenta, wykrywając choroby układowe, diagnozując, lecząc objawy ocznych chorób, a także zapewniając szczepienia. Lekarze optometryści mogą również wypisywać recepty na leki, rehabilitację wzroku, terapię widzenia, soczewki okularowe, soczewki kontaktowe i wykonywanie niektórych zabiegów chirurgicznych, a także doradzać pacjentom w zakresie opcji leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego, które odpowiadają ich potrzebom wzrokowym związanym z ich zawodem, hobby i stylem życia. Aby zdobyć zawód, należy ukończyć studia licencjackie przygotowujące do zawodu w college'u lub na uniwersytecie oraz czteroletnie kształcenie zawodowe w szkole optometrii, prowadzące do uzyskania stopnia optometrii (OD). Wielu lekarzy optometrystów odbywa dodatkową rezydenturę w określonej dziedzinie.
Royal College of Ophthalmologists RCO 2012 Guidelines for the Management of Strabismus in Childhood Wytyczne dotyczące leczenia zezu u dzieci Metodyka: przegląd literatury i konsensus ekspertów Źródła finansowania i konflikt interesów: nie wskazano Źródło: https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2021/08/2012-SCI-250-Guidelines-for-Management-of-Strabismus-in-Childhood-2012.pdf	W zakresie leczenia zezu u dzieci: - Wymagana jest coroczne badanie refrakcji, aby monitorować zmiany w receptce okularów. - Postępowanie w przypadku zezu w dzieciństwie jest sprawą multidyscyplinarną i zwykle angażuje rodziców i dzieci, okulistów, ortoptyków i optometrystów. - Dokładna ocena wzroku dyktuje wiele decyzji dotyczących postępowania w przypadku zezu, zez dziecięcy jest najlepiej zarządzany przez ortoptystę/optometrystę we współpracy z okulistą u wszystkich dzieci poniżej 5 roku życia. - Coroczne badanie refrakcji są wykonywane przez optometrystę współpracującego z ortoptystą lub okulistą. Optyk i ortoptysta/optometrysta powinni mieć łatwy dostęp do okulisty, najlepiej w sąsiednim gabinecie lub z możliwością wspólnego zbadania dziecka (tj. w miarę możliwości w równoległych poradniach).

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Wśród odnalezionych dokumentów oprócz wytycznych praktyki klinicznej znalazły się również standardy opracowane przez PTOO 2025 oraz ECOO 2025 odnoszące się do standardów przeprowadzania badania optometrycznego oraz wyposażenia gabinetu. Szczegółowe informacje zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 5. Najważniejsze informacje odnoszące się do standardów przeprowadzania badania optometrycznego oraz wyposażenia gabinetu ujęte w dokumentach PTOO i ECOO

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
	Badanie optometryczne
Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki PTOO 2025 standardy Standard Badania Optometrycznego	Zasady ogólne badania optometrycznego. Odpowiedzialność: optometrysta jest odpowiedzialny za przeprowadzenie badań, interpretację wyników oraz postawienie diagnozy optometrycznej. Jakość badania: dla zapewnienia wysokiej jakości opieki wymagane jest również ustawiczne poszerzanie swojej dotychczasowej wiedzy w zakresie obecnych dowodów naukowych oraz zakresu dostępnych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych.

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
Źródło: https://ptoo.pl/download/doc/Standard_Badania_Optometycznego_2025.pdf	• Opieka nad pacjentem: optometrysta powinien nadzorować cały proces diagnostyczny, z równoczesną świadomością własnych ograniczeń. W przypadku wykrycia odstępstwa od normy, których kliniczne prowadzenie wykracza poza doświadczenie lub zakres kwalifikacji wyżej wymienionego Optometrysty, powinien on czuć się odpowiedzialny za skierowanie pacjenta do odpowiedniego specjalisty - lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki. • Komunikacja z pacjentem: przed przystąpieniem do badania należy jasno określić, czy badanie jest realizowane w ramach usług prywatnych, czy refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Pacjent musi zostać poinformowany o wynikach badania, zaleceniach oraz o kalendarzu kolejnych wizyt. • Dokumentacja medyczna: wszystkie wyniki badań i obserwacje kliniczne muszą być starannie i czytelnie udokumentowane, najlepiej w momencie ich przeprowadzania lub najszybciej, jak to możliwe. Wszelkie późniejsze uzupełnienia w dokumentacji muszą zawierać datę, godzinę, dane osoby dokonującej wpisu oraz jego przyczynę. • Niezależność badania: forma i jakość przeprowadzonego standardowego badania wzroku nie może być uzależnione od czynników materialnych (jak np. sprzedaży okularów lub soczewek kontaktowych) lub rodzaju badania (w zakresie usług prywatnych lub badań refundowanych w ramach NFZ). • Etyka zawodowa: specjalista jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania zasad etyki zawodowej (zawartej w Kodeksie Etyki i Postępowania Zawodowego Optometrysty), stawiając zdrowie i dobro pacjenta jako najwyższy priorytet. Działania zgodne z etyką budują zaufanie i jest fundamentem profesjonalnej opieki. Elementy badania optometrycznego 1. Wywiad z pacjentem. Celem wywiadu jest zebranie kompleksowych informacji na temat potrzeb wzrokowych, stanu zdrowia i historii medycznej pacjenta. • Dane osobowe: imię, nazwisko, data urodzenia, dane kontaktowe. • Powód wizyty: główna skarga pacjenta. • Wymagania wzrokowe: - Wykonywany zawód i rodzaj pracy. - Hobby i codzienne aktywności (np. czytanie, korzystanie z komputera, prowadzenie pojazdów). • Historia medyczna: - Choroby ogólne i przyjmowane leki. - Historia zdrowia oczu, w tym przebyte urazy, choroby i zabiegi. - Historia korekcji wzroku (okulary, soczewki kontaktowe) i data ostatniego badania. - Wywiad rodzinny dotyczący chorób oczu i chorób ogólnoustrojowych. 2. Badania wstępne. Badania wstępne służą szybkiej obiektywnej ocenie podstawowych funkcji wzrokowych oraz odniesienie zgłaszanych skarg do obecnego stanu układu wzrokowego. • Ocena ostrości wzroku: - Bez korekcji oraz w dotychczasowej korekcji (do dali i do bliży). - Z otworem stenopeicznym (do dali). • Badanie widzenia obuocznego: - Ocena ustawienia oczu (np. cover test) do dali i bliży. - Ocena widzenia stereoskopowego. • Badania dodatkowe (zalecane - zależnie od objawów zgłaszanych w skardze głównej): - Ocena ruchów oczu (wersje, dukcje, sakkady). - Badanie pola widzenia (np. konfrontacyjnie). - Test Amslera. - Pomiar punktu bliskiego konwergencji. - Punktu bliskiego akomodacji.

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
	- Ocena widzenia barwnego. - Badanie reakcji źrenic na światło i akomodację. - Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego (szczególnie u pacjentów z grupy ryzyka jaskry). 3. Refrakcja. Celem badania refrakcji jest precyzyjne określenie wady wzroku. • Refrakcja obiektywna (przedmiotowa): - Skiaskopia lub refraktometria automatyczna. - Keratometria (pomiar krzywizny rogówki). • Refrakcja subiektywna (podmiotowa): - Określenie najlepszej korekcji sfero-cylindrycznej dla każdego oka oddzielnie. - Zrównoważenie obuoczne (balans akomodacji) w celu zapewnienia komfortowego widzenia. - Uściślenie korekcji do dali na podstawie oceny widzenia obuocznego. 4. Ocena widzenia do bliży. Badanie to jest kluczowe dla pacjentów w presbiopii oraz osób zgłaszających problemy z widzeniem z bliska. • Ocena amplitudy akomodacji. • Ustalenie dodatku do bliży (addycji) na podstawie wieku i potrzeb pacjenta. • Ocena zakresu ostrego widzenia z dobraną korekcją. 5. Ocena zdrowia przedniego i tylnego odcinka oka. W ramach badania biomikroskopowego w lampie szczelinowej w celu oceny zdrowia narządu wzroku zalecane jest: • Badanie przedniego odcinka oka: - Ocena powiek, rzęs, spojówek, filmu łzowego i rogówki. - Badanie komory przedniej, tęczówki. - Ocena soczewki wewnątrzgałkowej. • Badanie tylnego odcinka oka: - Ocena dna oka (w zakresie bieguna tylnego - tarcza nerwu wzrokowego, pole plamkowe, naczynia krwionośne, siatkówka) przy użyciu oftalmoskopu, oftalmoskopii pośredniej z soczewką Volka, fotografii dna oka lub Optycznej Tomografii Koherencyjnej. Ocenie podlega siatkówka dostępna w badaniu bez poszerzenia źrenic. - Ocena dna oka po mydriazie (w zakresie bieguna tylnego - tarcza nerwu wzrokowego, pole plamkowe, naczynia krwionośne, siatkówka) w przypadku otrzymania zlecenia, na zastosowanie farmakologii diagnostycznej wystawionego przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. (Ocena dna oka: ocenie podlega obraz bieguna tylnego przy spojrzeniu na wprost. Ocenie podlegają następujące elementy: Tarcza nerwu wzrokowego, arkada górna naczyń, arkada dolna naczyń, pole plamkowe zawarte między arkadami naczyń. W przypadku braku dostępu (stany patologiczne rogówki, zaćma, brak kooperacji podczas badania, brak możliwości fizjologicznych) optometrysta powinien odnotować stan ten w dokumentacji medycznej i skierować pacjenta (wraz z określeniem trybu) na pełne badanie dna oka, przeprowadzane przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki.) 6. Testy dodatkowe (opcjonalne). Na podstawie wykonanego wywiadu specjalista może podjąć decyzję o poszerzeniu badania lub skierowaniu na poszerzone badanie optometryczne w kierunku wnikliwej oceny poszczególnych aspektów procesu widzenia w tym: • Badanie ustawienia osi widzenia: pomiar kąta osi widzenia (forii/tropii), zakresy wergencji fuzyjnej (dal/ bliż), ocena subiektywna i obiektywna kąta. • Próba pryzmatyczna: dobór pryzmatu zależnego od wymogów pacjenta, próba adaptacyjna do korekcji pryzmatycznej, ocena widzenia obuocznego w korekcji dobranej. • Badanie stanów adaptacyjnych: badanie głębokości tłumienia, badanie fiksacji, badanie korespondencji siatkówkowej. • Badanie akomodacji: amplitudy akomodacji, sprawności akomodacji, odpowiedzi akomodacji, stabilności akomodacji.

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
	• Badania obrazowe: pachymetria, topografia rogówki, densytometria, koherencyjnej tomografii optycznej (OCT), pole widzenia, biometria optyczna. 7. Dobór pomocy wzrokowych i zalecenia. Na podstawie zebranych wyników optometrysta przedstawia pacjentowi diagnozę i zalecenia. • Wydanie recepty: Obowiązkowe jest wydanie recepty na okulary lub soczewki kontaktowe, gdy jest to klinicznie uzasadnione lub na prośbę pacjenta. • Instrukcje i edukacja: pacjent powinien otrzymać informacje na temat prawidłowego użytkowania wyrobów medycznych takich jak: okulary korekcyjne (okulary do ciągłego noszenia, okulary do konkretnych czynności, okulary specjalistyczne), soczewki kontaktowe (tryb noszenia, rodzaj i sposób pielęgnacji), pomoce dla słabowidzących (instrukcja użytkowania) czy wyroby farmaceutyczne (bezpieczeństwo użycia, miejsce aplikacji, okres i częstotliwość). • Ustalenie harmonogramu wizyt kontrolnych: doświadczenie oraz wiedza w temacie ewentualnej spodziewanej progresji pacjenta będzie głównym elementem determinacyjnym. Decyzja o częstotliwości rutynowej kontroli wzroku powinna być skierowana na dobro kliniczne pacjenta. W przypadku braku wskazań klinicznych zaleca się: - Dzieci do 16 roku życia: nie później niż rok. - Dzieci z krótkowzrocznością lub zezem: nie później niż 6 miesięcy. - Dorośli (powyżej 16 roku życia): nie później niż 2 lata.
European Council of Optometry and Optics ECOO 2025 standardy The Optometric Vision examination Optometryczne badanie wzroku <u>Źródło: https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/08/ECOO-Contents-of-Vision-examination-Position-Paper-April-2025.pdf</u>	<u>Podstawy przeprowadzania kompleksowego badania wzroku przez optometrystę</u> • Optometrysta powinien: - posiadać pełną wiedzę na temat ram prawnych obowiązujących w kraju, w którym przeprowadza badanie wzroku, i postępować zgodnie z nimi - prowadzić kompletną i dokładną dokumentację konsultacji oraz jej wyników - komunikować się z pacjentem w sposób dostosowany do jego możliwości • Przeprowadzanie kompleksowego badania wzroku przez optometrystę - Badanie powinno obejmować badanie przedniego i tylnego odcinka oka, test pokrycia, ruchomość gałki ocznej, badanie źrenicy, obiektywną i subiektywną refrakcję oraz wszelkie inne wymagane badania, zdjęcia pomocnicze, wydruki, pola widzenia itp. Chociaż niektóre kraje europejskie mogą nie mieć prawa do stosowania leków diagnostycznych ułatwiających wizualizację tylnej części oka, brak dostępu do leków diagnostycznych nie stanowi powodu do rezygnacji z badania tylnego odcinka oka. - W dokumentacji klinicznej należy odnotować, czy wyniki badań wykraczają poza normę oraz czy wyniki różnią się od oczekiwanych, biorąc pod uwagę wiek, płeć, wygląd itp. Niezwykle ważne jest, aby badanie oka zostało przeprowadzone za pomocą oftalmoskopii bezpośredniej lub pośredniej i aby zostało poddane interpretacji klinicznej. Sama fotografia dna oka nie stanowi wystarczającego badania oka, ale jest to wraz z tomografią koherencyjną siatkówki (OCT) itp. ważna pomoc techniczna, która może wspomóc badanie. 1. Historia przypadku i objawy: • Określenie konkretnych problemów, z jakimi boryka się pacjent • Ustalenie potrzeb wzrokowych pacjenta związanych z jego stylem życia i zawodem • Uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących historii osobistej i rodzinnej pacjenta oraz stanu zdrowia i przyjmowanych leków istotnych dla badania • Rozróżnienie między optycznymi, patologicznymi i związanymi z wiekiem przyczynami problemów wzrokowych • Wyjaśnienie wszelkich objawów i symptomów okulistycznych w odniesieniu do istniejących lub potencjalnych chorób oczu, chorób ogólnych oraz wszelkich leków przyjmowanych w związku z chorobami oczu lub chorobami ogólnymi 2. Diagnostyka różnicowa: • Na podstawie informacji uzyskanych od pacjenta podczas wywiadu należy rozważyć szereg diagnoz różnicowych. Może to następnie wpłynąć na strategię badania. 3. Badanie wzroku: • Funkcje wzrokowe - Nieskorygowana ostrość wzroku i ostrość wzroku przy użyciu aktualnych środków korekcyjnych – w sposób odpowiedni do możliwości/potrzeb pacjenta.

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
	- Reakcje źrenic (reakcja źrenic na bezpośrednie i pośrednie oświetlenie). - Ruchomość gałek ocznych (wyrównanie gałek ocznych w dziewięciu pozycjach spojrzenia). - Równowaga okulomotoryczna – zazwyczaj poprzez test zasłaniania z korekcją i bez korekcji, jeśli jest to stosowne. - Punkt zbieżności widzenia z bliska. • Refrakcja - Obiektywna i subiektywna ocena wady refrakcji dla każdego oka i, w stosownych przypadkach, dla obu oczu - Poziom akomodacji i/lub dodatku do blizy - Skorygowana ostrość wzroku w dal i w blizy dla każdego oka i, w stosownych przypadkach, dla obu oczu - Ocena przedniej części oka i przydatków - Powieki i otaczające tkanki - Badanie przedniej części oka / przedniego odcinka, tęczówki, soczewki i przedniej części ciała szklistego za pomocą lampy szczelinowej • Ocena tylnej części oka - Badanie oftalmoskopowe tylnej części ciała szklistego, głowy nerwu wzrokowego i tylnego odcinka (DO, MIO, BIO, 90D lub równoważne, fotografia dna oka) • W razie potrzeby dalsze techniki badawcze - Na przykład tonometria, perymetria, topografia rogówki, widzenie barw, wrażliwość na kontrast itp. 4. Postępowanie z pacjentem Po zakończeniu badania optometrysta: • zapisuje wszystkie wyniki badań w karcie pacjenta, w tym wszystkie odnotowane problemy optometryczne/diagnozy i potencjalne diagnozy różnicowe, • zapisuje plan postępowania dla każdego z problemów optometrycznych/diagnoz, • omawia najlepszy sposób korekcji wad refrakcji (okulary, soczewki kontaktowe, pomoce dla osób słabowidzących), rozwiązania problemów wzrokowych lub zaspokojenia potrzeb wzrokowych pacjenta, • rozważa diagnozę różnicową i podjąć decyzję dotyczącą opcji leczenia, • w odpowiedni sposób wyjaśnia pacjentowi wyniki badań i diagnozę oraz omówia je z nim, • doradza pacjentowi, w jaki sposób najlepiej zaspokoić jego potrzeby, • wyjaśnia wszelkie niezbędne zabiegi, wskazówki lub rutynowe działania następcze, • w razie potrzeby przekazuje pacjentowi pisemne informacje lub raporty, • w razie potrzeby kieruje pacjenta do odpowiedniego specjalisty / podaje na piśmie powody skierowania.
Wypożyczenie gabinetu optometrycznego	
Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki PTOO 2025 wyposażenie Wykaz zalecanego wyposażenia gabinetu w zakresie badania optometrycznego <u>Źródło: https://ptoo.pl/nowy-standard-wyposazenia-gabinetu/</u>	<u>Wykaz podstawowego wyposażenia</u> • odpowiednie testy do badania ostrości wzroku dali i blizy, • kaseta szkieł próbnych wraz z oprawą probierczą, • zestaw do obiektywnego badania refrakcji: refraktometr optyczny i/lub skiaskop, • keratometr lub keratograf, • pupilometr i/lub źrenicówka, • oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, • biomikroskop - lampa szczelinowa,

Organizacja, rok, tytuł	Treść standardów
	• test Amslera lub inny odpowiadający, • przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, • testy widzenia barwnego, • punktowe źródło światła, • frontofokometr (dioptromierz), • przesłonka, • tonometr. Wypożyczenie dodatkowe (opcjonalne) • testy do balansu z daleka i bliska • zestaw do oftalmoskopii pośredniej, • zestawy do badania forii stowarzyszonej (np. test Malletta, Karta Wessona, Karta Saladina) • karty wrażliwości na kontrast (np. Peli Robson, FACT test) • systemy obrazowania cyfrowego, również niewymagające rozszerzania źrenicy: - fundus kamera i/lub - OCT - optyczna koherentna tomografia, i/lub - pachymetr i/lub - perymetr i/lub - topograf i/lub - biometr optyczny. • listwy pryzmatyczne i/lub prymaty kostkowe, • zmodyfikowane testy do badania osób słabowidzących, • zestaw pomocy wzrokowych dla osób słabowidzących, • zestaw soczewek diagnostycznych sztywnych i/lub hybrydowych i/lub miniskleralnych i/lub ortokorekcyjnych.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

4.5. Rozwiązania organizacyjne i zakres kompetencji optometrystów w innych krajach

W dokumencie Europejskiej Rady Optometrii i Optyki (ECOO) pn.: „Blue Book 2025. Trends in optics and optometry – comparative European”¹¹, odnaleziono aktualne trendy w optyce i optometrii dla krajów Europy, które są członkami ECOO, badanie przeprowadzono na 27 państwach europejskich.

Światowa organizacja World Council of Optometry (WCO), określa kompetencje w zakresie opieki okulistycznej w pięciu obszarach: wady refrakcji, ocena funkcji wzroku, zdrowie oczu i choroby oczu, zdrowie publiczne oraz praktyka zawodowa. Określone zostały również zgodnie z WHO ECCF 2022 poziomy doświadczenia personelu w oparciu o czas trwania szkolenia, obejmują one cztery poziomy doświadczenia, od podstawowego szkolenia w zakresie badań przesiewowych w społecznościach lokalnych, po szkolenie na poziomie eksperckim trwające ponad 7 lat. W poniższej tabeli zestawiono dane dotyczące poziomu zaawansowania poszczególnych państw europejskich. Na tej podstawie można zaobserwować, że większość państw znajduje się na poziomie 3, czyli poziomie zaawansowanym, jeżeli chodzi o biegłość i doświadczenie pracowników w opiece okulistycznej. Wśród nich znajduje się również Polska.

Tabela 6. Cztery poziomy kompetencji pracownika zajmującego się opieką okulistyczną

Poziom	Poziom podstawowy (1)	Poziom średniozaawansowany (2)	Poziom zaawansowany (3)	Poziom ekspercki (4)
Opis poziomu kompetencji optometrysty	Posiada podstawowy poziom wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykazania się kompetencjami i/lub wykonywania czynności, często wymagając wsparcia i wskazówek.	Posiada średni poziom wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykazania się kompetencjami i/lub wykonywania czynności, sporadycznie potrzebując wsparcia i wskazówek.	Posiada zaawansowany poziom wiedzy i umiejętności, aby wyrażać kompetencje i/lub prowadzić działalność, wykazując się samodzielnością i wysokim poziomem zdolności.	Posiada wiedzę i umiejętności na poziomie eksperckim, aby wyrażać kompetencje i/lub prowadzić działania, tworząc możliwości i dzieląc się wiedzą z innymi.
Państwa europejskie znajdujące się na danym poziomie	–	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Francja, Grecja, Węgry, Włochy, Portugalia, Słowenia, Słowacja	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Wielka Brytania	Wielka Brytania

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf oraz WHO ECCF 2022 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048416>

Sposób organizacji i wykonywania zawodu optometrysty różni się w poszczególnych krajach Europy. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje dotyczące uwarunkowań prawnych zawodu.

Tabela 7. Aktualny na rok 2025 stan prawny zawodu optometrysty w Europie.

Status prawny zawodu optometrysty	Kraje
Zawód jest uregulowany prawnie	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania Komentarz autorów: Należy pamiętać, że zawód ten w Hiszpanii jest ujednolicony jako optyk-optometrysta.
Tytuł zawodowy jest chroniony prawnie	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Holandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania
Usługi są wykonywane przez osobę z odpowiednimi kwalifikacjami	Austria, Belgia, Czechy, Niemcy, Estonia, Irlandia, Włochy, Litwa, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania Komentarz autorów: Cypr: Optometryści podlegają rejestracji optyków. Grecja: Prawa zawodowe optometrystów są obecnie zliberalizowane po tym, jak grupa pracowników odwołała się do Rady Państwa. Włochy: Zawód ten nie jest oficjalnie uznawany ani regulowany przez prawo krajowe, chociaż jego wykonywanie jest dozwolone w sposób nieformalny i pośrednio regulowane przepisami prawa gospodarczego i zdrowia publicznego. Sam zawód jest prawnie dozwolony: część dotycząca „optyka” jest regulowana prawnie, podczas gdy „optometria” podlega orzecznictwu sądowemu.

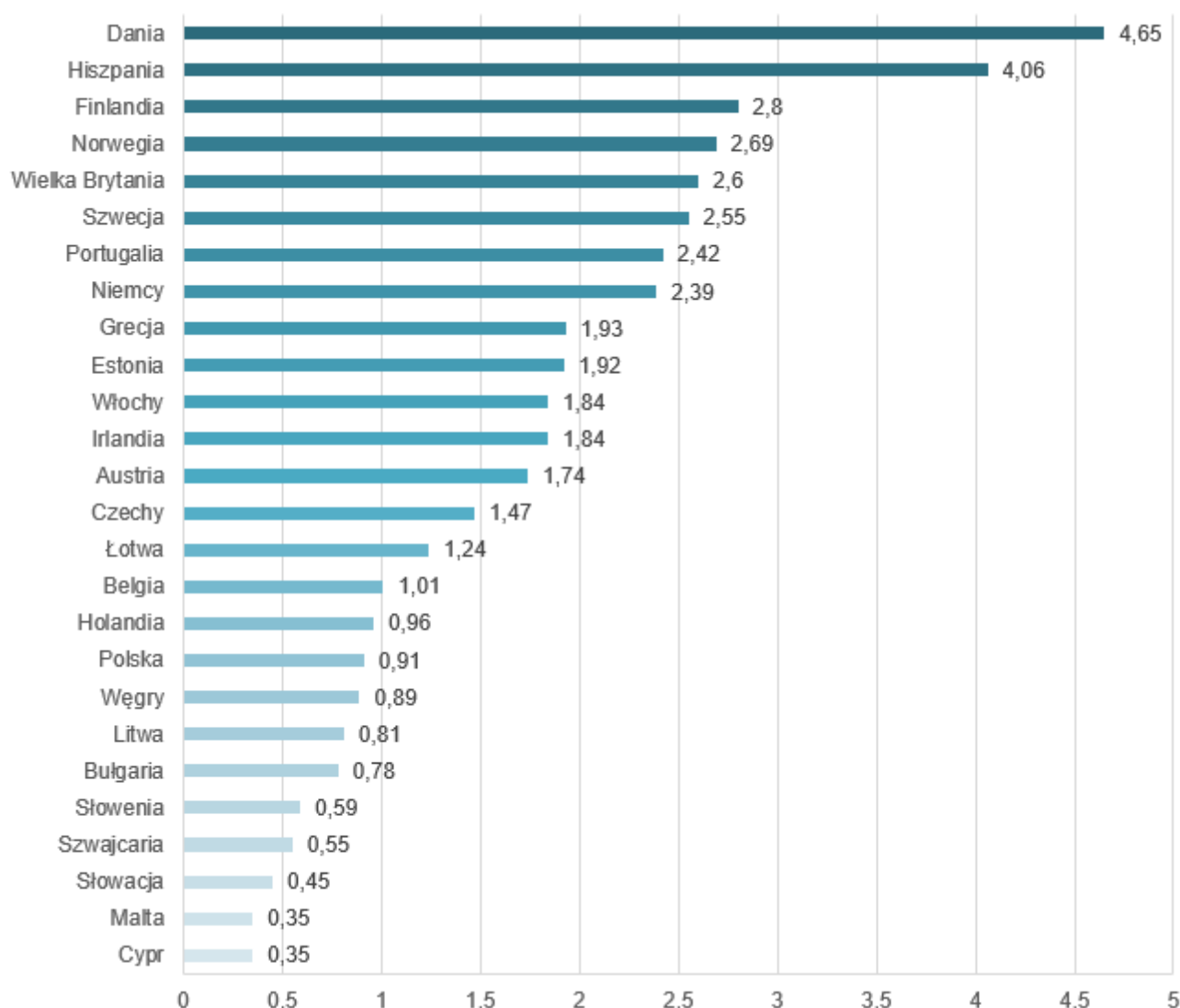
¹¹ ECOO 2020. Blue Book 2025. Trends in optics and optometry – comparative European data, źródło: https://www.ecoo.info/wp-content/uploads/2020/10/ECOO_BlueBook_2021_7.pdf (data dostępu 29.09.2025)

Status prawny zawodu optometrysty	Kraje
	Norwegia: optometrysta podlega regulacjom zgodnie z norweską ustawą o personelu medycznym (ust. 4)
Zawód jeszcze nie uregulowany, trwają prace nad uregulowaniem powyższego zakresu	Belgia, Bułgaria, Estonia, Portugalia Słowacja
Organem odpowiedzialnym za zawód jest Ministerstwo Zdrowia (lub jego odpowiednik)	Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia Grecja, Węgry, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja
Organem odpowiedzialnym za zawód jest Ministerstwo Gospodarki/Handlu (lub jego odpowiednik)	Austria, Niemcy, Słowacja, Portugalia
Za zawód odpowiadają lokalne/regionalne władze ds. zdrowia	Belgia, Szwajcaria
Za zawód odpowiadają inne organy władzy	Irlandia: CORU (Rada ds. Pracowników Służby Zdrowia i Opieki Społecznej) Włochy: Zdecydowana większość optometrystów posiada również uprawnienia optyków, więc właściwym organem w tym przypadku jest Ministerstwo Zdrowia. W przypadku osób, które uzyskały regionalny dyplom z optometrii, właściwym organem jest organ lokalny, natomiast w przypadku osób posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych i zarejestrowanych w Izbie Fizyków właściwym organem jest Izba Fizyków i Chemików. Wielka Brytania: Rada Generalna ds. Optyki
Zawód posiada organ regulacyjny	Austria, Belgia, Cypr, Dania, Estonia, Finlandia, Niemcy, Grecja, Irlandia, Łotwa, Malta, Norwegia, Słowenia, Szwecja, Szwajcaria, Litwa, Hiszpania, Holandia, Wielka Brytania
W zawodzie obowiązuje obowiązkowe kształcenie ustawiczne lub doskonalenie zawodowe	Szwajcaria, Cypr, Czechy, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Norwegia, Polska, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania
Licencje na wykonywanie zawodu należy odnowić w regularnych odstępach czasu	Cypr, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa
Obowiązuje kodeks postępowania dla wykonywanego zawodu	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Hiszpania, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

Na poniższym wykresie przedstawiono liczbę optometrystów w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców. Dane dotyczące liczby ludności autorzy raportu oparli na najnowszych dostępnych danych Banku Światowego (2024 r.). Dane przedstawione na wykresie to dane zebrane lub szacunki pochodzące od stowarzyszeń członkowskich ECOO.

Wykres 1. Liczba optometrystów na 10 tys. mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

W poszczególnych krajach Europy właścicielom zakładów optycznych lub gabinetów optycznych stawiane są wymagania prawne. W poniższej tabeli przedstawiono przegląd wymogów obowiązujących w poszczególnych krajach, natomiast na wykresie przedstawiono dane dotyczące ilości gabinetów/salonów optycznych przypadających na 10 tys. mieszkańców.

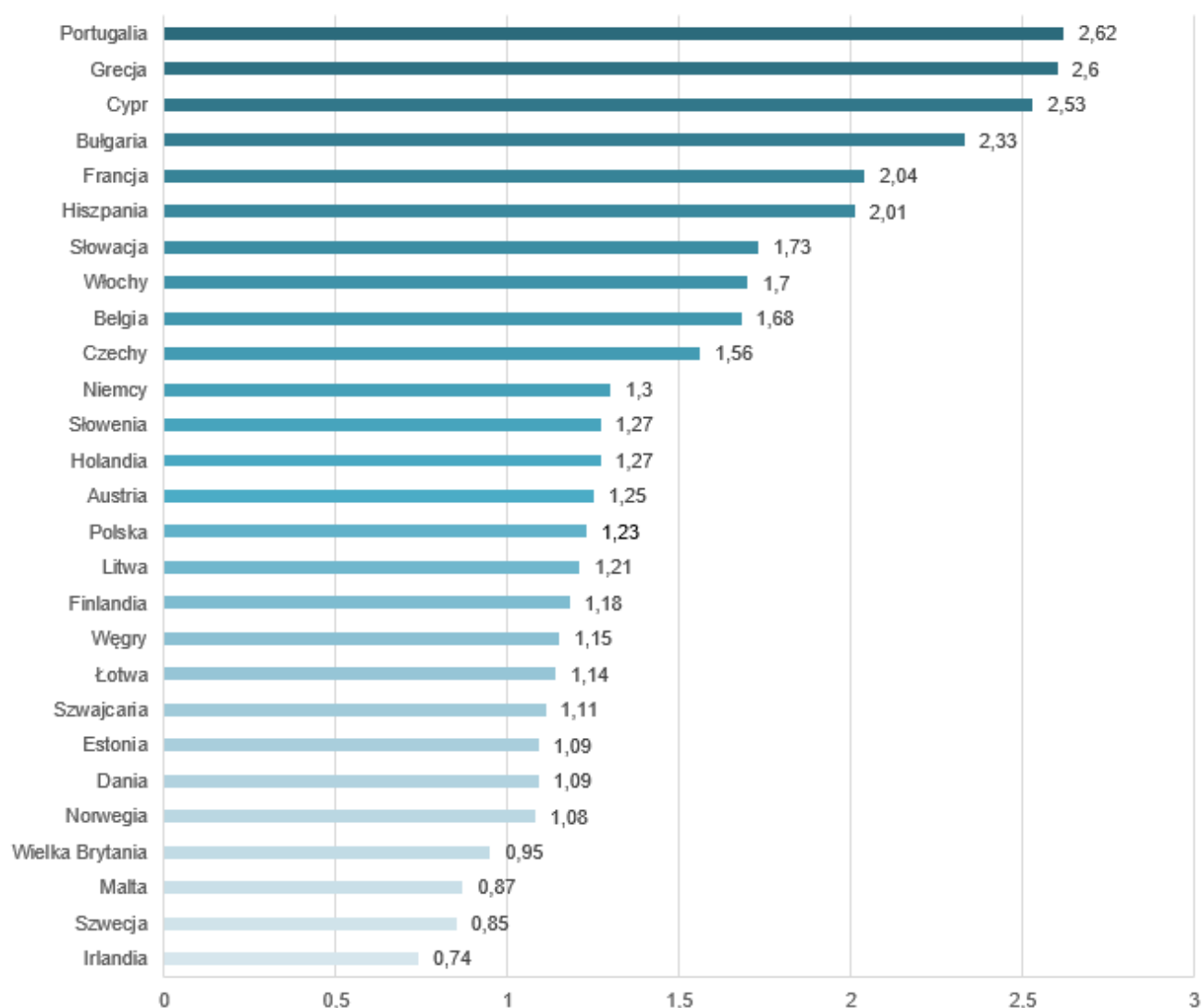
Tabela 8. Wymagania stawiane właścicielom zakładów optycznych lub gabinetów optycznych w Europie

Wymagania dotyczące posiadania salonu/gabinetu optycznego	Kraje
Każdy może być właścicielem salonu/gabinetu optycznego bez dodatkowych wymogów	Malta, Holandia, Polska, Portugalia
Każdy może być właścicielem salonu/gabinetu optycznego, jednak usługi muszą być świadczone przez wykwalifikowanego specjalistę ds. opieki okulistycznej	Bulgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Norwegia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Tylko optometrysta może być właścicielem salonu/gabinetu optycznego	Austria
Inne	Belgia: Każdy mieszkaniec Flandrii, optyk lub optometrysta w Brukseli i Walonii. Szwajcaria: W większości kantonów szwajcarskich optycy detaliczni nie podlegają szczególnym wymogom prawnym, natomiast usługi optometryczne są regulowane w całym

Wymagania dotyczące posiadania salonu/gabinetu optycznego	Kraje
	kraju. Jednak w kilku kantonach optycy detaliści muszą również uzyskać licencję od organu ds. zdrowia. Cypr: Każdy może być właścicielem salonu optycznego, ale osoba odpowiedzialna za jego prowadzenie (kierownik) musi być zarejestrowana jako optyk / optometrysta / lub optyk-dysponent. Czechy: Każdy salon optyczny potrzebuje wykwalifikowanego specjalisty, czyli dyplomowanego optyka. Hiszpania: W Hiszpanii obowiązują przepisy zdrowotne dotyczące otwierania placówek optycznych, które wymagają powołania dyrektora technicznego, który musi być zarejestrowanym i licencjonowanym optykiem-optometrystą i musi być zawsze obecny podczas godzin otwarcia placówki. Litwa: Każdy, ale z uwzględnieniem regulacji instytucji państwowych. Słowacja: Każdy oficjalny gabinet okulistyczny musi zatrudniać odpowiedzialnego specjalistę, wykwalifikowanego optyka z pięcioletnim doświadczeniem.

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

Wykres 2. Liczba salonów optycznych/pracowni optycznych na 10 tys. mieszkańców



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf.

Zakres praktyki optometrystów różni się znacznie pod względem niuansów i złożoności w poszczególnych krajach Europy, został on podsumowany w poniższej tabeli.

Tabela 9. Zakres badań wykonywanych w ramach praktyki optometry w poszczególnych krajach Europy

Badanie	Aktualny stan w poszczególnych krajach		
	W zakresie praktyki	Praktykowana aktywność	Poza zakresem praktyki
Historia przypadku	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Grecja	
Ostrość wzroku	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Grecja	
Refrakcja obiektywna	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia	Grecja
Refrakcja subiektywna	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia	Grecja
Refrakcja cykloplegiczna	Szwajcaria, Finlandia, Irlandia, Malta, Holandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania	Austria,	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Łotwa, Portugalia, Słowenia, Słowacja
	* Polska – brak odpowiedzi		
Amplituda akomodacji	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Słowacja,	Grecja
Ruchomość gałki ocznej	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Czechy, Słowacja	Cypr, Grecja
Cover test	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Czechy, Grecja, Słowacja,	Cypr,
Stereopsja	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Słowacja,	Grecja,
Stan widzenia obuocznego	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Grecja, Słowacja,	Cypr,

Badanie	Aktualny stan w poszczególnych krajach		
	W zakresie praktyki	Praktykowana aktywność	Poza zakresem praktyki
Pupillometria	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Czechy, Słowacja	Cypr, Grecja
Funkcja źrenicy	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Węgry, Słowenia, Słowacja,	Cypr, Grecja,
Diagnostyka w badaniach źrenic	Szwajcaria, Finlandia, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania	Austria, Estonia,	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Polska, Portugalia, Słowenia, Słowacja,
Badanie przedniego odcinka gałki ocznej i przydatków za pomocą lampy szczelinowej	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Grecja,	
Tonometria	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Węgry, Włochy, Słowacja,	Grecja,
Keratometria	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr,	
Pachymetria	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Węgry,	Cypr, Grecja,
Gonioskopia	Austria, Szwajcaria, Dania, Finlandia, Irlandia, Holandia, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania		Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Estonia, Hiszpania, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Słowenia, Słowacja,
Topografia rogówki	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Bułgaria, Cypr, Czechy, Grecja, Węgry,	Belgia,
Pomiary długości osiowej	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Słowenia, Słowacja,	Estonia, Grecja,
Widzenie kolorów	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Słowacja,	Grecja,

Badanie	Aktualny stan w poszczególnych krajach		
	W zakresie praktyki	Praktykowana aktywność	Poza zakresem praktyki
Fotografia dna oka	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Czechy,	Bułgaria, Grecja, Włochy, Słowenia, Słowacja,
Badanie dna oka	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania	Cypr, Węgry, Włochy	Belgia, Bułgaria, Czechy, Grecja, Słowacja,
Badanie dna oka z rozszerzeniem źrenicy	Szwajcaria, Finlandia, Irlandia, Malta, Holandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania	Austria,	Belgia, Bułgaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Łotwa, Polska, Portugalia, Słowenia, Słowacja,
Optyczna tomografia koherencyjna	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Czechy, Węgry, , Włochy Słowenia, Słowacja,	Bułgaria, Cypr, Grecja,
Perymetria	Austria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Czechy, Węgry, Słowenia, Słowacja,	Cypr, Grecja, Włochy,
Ciśnienie krwi	Austria, Finlandia, Irlandia, Łotwa, Holandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania	Niemcy, Dania, Hiszpania, Malta, Polska, Portugalia,	Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Estonia, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Słowenia, Słowacja,
Zapewnianie opieki farmakologicznej, w tym terapii okulistycznej i środków kontrolujących krótkowzroczność	Wielka Brytania	Irlandia, Malta,	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Łotwa, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Opieka przed-i pooperacyjna w przypadku zabiegów chirurgicznych oczu	Szwajcaria, Finlandia, Irlandia, Malta, Holandia, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Niemcy, Estonia, Węgry, Litwa, Łotwa, Polska, Słowenia,	Austria, Bułgaria, Czechy, Dania, Hiszpania, Grecja, Włochy, Słowacja,
Poinformowanie pacjenta o wynikach badań	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Cypr, Estonia, Grecja,	
W razie potrzeby kieruje pacjenta do lekarza wraz ze wszystkimi niezbędnymi danymi.	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Finlandia, Grecja, Węgry, Włochy, Litwa, Słowenia,	
Rejestruje informacje o pacjencie w bezpiecznym systemie zgodnie z wymogami prawnymi.	Austria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania	Belgia, Bułgaria, Cypr, Estonia, Grecja, Węgry, Słowenia,	

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

Poniższa tabela przedstawia czym w danym państwie zajmuje się profesjonalista (optometrysta i/lub optyk) po odbyciu odpowiedniego szkolenia i uzyskaniu kwalifikacji.

Tabela 10. Kompetencje optometrysty po ukończeniu edukacji

Kompetencje	Odsetek krajów (łącznie 27)	Kraje
Ocena stanu refrakcji	100%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Rejestruje informacje i dane pacjenta w sposób przejrzysty, bezpieczny, dostępny, trwały i dokładny.	100%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Przepisuje soczewki kontaktowe	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Skierowania pacjentów do okulisty i przyjmowanie skierowań pacjentów	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ocena funkcji binokularowej (wyrównywanie oczu, ruchy oczu, stan binokularowości, adaptacyjność akomodacji)	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Przepisuje okulary i wydaje recepty na okulary	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Rozumie i przestrzega prawa pacjenta do dostępu do swojej dokumentacji medycznej	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Rozumie czynniki wpływające na zapotrzebowanie społeczności na usługi optometryczne	96%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ocena przetwarzania informacji wizualnych (percepcja wizualna)	93%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Umożliwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących ich opieki i prywatności informacji dotyczących zdrowia.	93%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Udziela porad dotyczących wzroku, zdrowia oczu i bezpieczeństwa w miejscu pracy	93%	Austria, Belgia, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Zapewnia uporządkowaną, wydajną, racjonalną i wygodną wymianę informacji między specjalistą ds. opieki okulistycznej a pacjentem.	93%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ocena oka i jego przydatków	93%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania
Spełnia wymogi prawne dotyczące przechowywania i niszczenia dokumentacji pacjentów oraz innych dokumentów dotyczących praktyki	93%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ocena funkcji sensorycznych centralnych i peryferyjnych	89%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania
Współpracuje z okulistami w zakresie opieki przed- i pooperacyjnej nad pacjentami	89%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania

Kompetencje	Odsetek krajów (łącznie 27)	Kraje
Ujawnia informacje z dokumentacji medycznej i/lub uzyskane od pacjentów wyłącznie za zgodą pacjenta	89%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ogranicza dostęp do dokumentacji pacjenta do upoważnionego personelu	89%	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Ochrona prywatności pacjenta w przypadku przekazywania informacji o pacjencie	89%	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Dokonuje ogólnej oceny stanu pacjenta	85%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania
Promuje kwestie związane z opieką nad oczami i wzrokiem oraz ogólnym zdrowiem wśród społeczeństwa	85%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania
Przepisuje wyroby dla osób słabowidzących	81%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania
Zajmuje się pacjentami wymagającymi terapii wzroku (np. niedowidzenie, zez, zaburzenia widzenia obuocznego).	81%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania
Zbiera i interpretuje informacje z poprzednich ocen wykonanych przez innych pracowników służby zdrowia lub inne osoby, które mają znaczenie dla opieki nad pacjentem, za zgodą pacjenta.	78%	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Węgry, Irlandia, Włochy, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania
Ocena objawów i symptomów wykrytych podczas badania oczu, które mają znaczenie dla choroby ogólnoustrojowej pacjenta	74%	Austria, Belgia, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Grecja, Węgry, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania
Rozumie, wyjaśnia, poleca lub oferuje subsydiowane programy opieki okulistycznej kwalifikującym się pacjentom	67%	Austria, Belgia, Szwajcaria, Czechy, Dania, Estonia, Hiszpania, Węgry, Irlandia, Litwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowacja, Wielka Brytania
Rozumie i wyjaśnia pacjentom lokalne usługi wsparcia dla osób z niepełnosprawnością wzroku i niewidomych oraz przygotowuje odpowiednie raporty dotyczące ich stanu wzroku.	63%	Austria, Belgia, Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania
Zapewnia lub kieruje pacjentów do opieki ratunkowej (sytuacje wymagające ratunkowej opieki optometrycznej i ogólnej pierwszej pomocy)	63%	Austria, Belgia, Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Estonia, Hiszpania, Francja, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania
Zapewnia pacjentom lub ułatwia dostęp do opieki domowej	56%	Szwajcaria, Cypr, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Wielka Brytania
Wykazuje wiedzę na temat odpowiedniego przepisywania środków farmaceutycznych do leczenia różnych schorzeń	37%	Szwajcaria, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Łotwa, Holandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Wielka Brytania
Przepisuje leki i inne metody leczenia chorób i urazów oczu	11%	Szwajcaria, Irlandia, Wielka Brytania

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

W większości krajów leczenie wzroku i leczeniem zezu lub niedowidzenia u dzieci jest wykonywane głównie przez okulistów, zwłaszcza okulistów dziecięcych, często pracujących w oddziałach szpitalnych specjalizujących się w zaburzeniach widzenia obuocznego.

W niektórych krajach optometryści i optycy-optometryści są zaangażowani w pierwszą pomoc, kierując bardziej złożone przypadki do okulistów lub ortoptystów w celu dalszego leczenia. Powszechne jest podejście multidyscyplinarne, w ramach którego w zależności od systemu, okulistom towarzyszą ortoptycy i optometryści.

W większości krajów kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia wad wzroku u dzieci są ograniczone do optometrystów lub lekarzy specjalistów o określonej specjalizacji, przy czym obowiązują różne ograniczenia wiekowe, które często wymagają skierowania do okulisty w przypadku młodszych dzieci. W poniższej tabeli jest jedynie przedstawiony ogólny obraz usług świadczonych na rzecz dzieci poniżej 18 roku życia.

Tabela 11. Przeprowadzanie badań wzroku u dzieci przez optometrystów w Europie

Badanie u dzieci	Kraje
Badanie wzroku i przepisywanie okularów dzieciom	Austria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Do badania wzroku i przepisywania okularów dzieciom potrzebne są specjalne kwalifikacje	Belgia, Bułgaria, Węgry, Litwa
Dopasowywanie i zaopatrywanie dzieci w okulary	Austria, Belgia, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania
Dopasowywanie i zaopatrywanie dzieci w soczewki kontaktowe	Austria, Bułgaria, Szwajcaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Dania, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Francja, Grecja, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Holandia, Norwegia, Polska, Portugalia, Szwecja, Słowenia, Słowacja, Wielka Brytania

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

Do państw, w których optometrysta lub optyk mają prawo do przeprowadzania badania wzroku u kierowców (również u osób poniżej 18 roku życia) należą: Austria, Szwajcaria, Niemcy, Estonia, Hiszpania, Finlandia, Irlandia, Malta, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania.

W krajach europejskich istnieje duża spójność w zakresie tego, co zazwyczaj obejmuje standardowe badanie wzroku. Większość krajów podaje, że rutynowe badanie obejmuje zazwyczaj zebranie wywiadu, wykonanie obiektywnej i subiektywnej refrakcji, ocenę widzenia z bliska i z daleka, funkcji akomodacyjnej, ocenę widzenia obuocznego i ruchomości gałki ocznej oraz sprawdzenie reakcji źrenic.

W wielu krajach standardowe badanie obejmuje również ocenę przedniej i tylnej części oka (bez rozszerzenia źrenicy) oraz pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego (tonometria). Chociaż bardziej specjalistyczne procedury, takie jak badanie rozszerzonej tylnej części oka, badanie pola widzenia lub pomiar ciśnienia krwi, są ważnymi narzędziami klinicznymi, w większości przypadków nie są one rutynową częścią typowego badania i są zazwyczaj wykonywane tylko wtedy, gdy jest to wskazane klinicznie.

Komunikacja z pacjentem jest również uważana za standardowy element badania wzroku. W większości krajów obejmuje ona omówienie wyników badania, porady dotyczące zalecanego odstępu czasu przed kolejnym badaniem, wystawienie recepty na okulary lub soczewki kontaktowe oraz skierowanie do lekarza pierwszego kontaktu lub okulisty, jeśli to konieczne.

ECOO opublikowało stanowisko odnoszące się do kompleksowego optometrycznego badania wzroku, które zostało uwzględnione w rozdziale 4.4.

W Europie niektóre państwa mają regulowany przebieg badania optometrycznego. Należą do nich: Estonia, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Malta, Holandia, Wielka Brytania.

W większości z 27 badanych krajów badania wzroku dla dorosłych są zazwyczaj wykonywane przez optometrystów i okulistów, przy czym optometryści pełnią zazwyczaj rolę głównych dostawców rutynowych badań wzroku i opieki okulistycznej w społecznościach lokalnych. Okuliści odgrywają znaczącą rolę, zwłaszcza w przypadku bardziej złożonych lub medycznych schorzeń oczu. W niektórych krajach w badaniach uczestniczą dodatkowo optycy, ortoptycy lub inni specjaliści zajmujący się opieką okulistyczną. Istnieją również doniesienia, że specjaliści zajmujący się opieką okulistyczną pracujący w gabinetach optycznych coraz częściej przejmują tę rolę ze względu na długie listy oczekujących w klinikach okulistycznych. Ogólnie rzecz biorąc, przeprowadzanie badań wzroku u osób dorosłych jest najczęściej wspólnym obowiązkiem optometrystów i okulistów, w zależności od struktury opieki zdrowotnej i przepisów obowiązujących w każdym kraju.

Rola zawodów w zakresie publicznej opieki zdrowotnej daje ogólny obraz tego, jak dobrze usługi profesjonalne są zintegrowane z krajowym systemem opieki zdrowotnej i jakie kluczowe różnice można zaobserwować w Europie.

Tabela 12. Dofinansowanie z systemów refundacyjnych do badań przeprowadzanych przez optometrystów

Czy system refundacyjny:	Liczba krajów z odpowiedzią twierdzącą	Kraje
pokrywa koszty badań wzroku dla dzieci do 18 roku życia, gdy badanie przeprowadza optometrysta?	7	Niemcy, Irlandia, Węgry, Malta, Polska, Szwecja, Wielka Brytania
pokrywa koszty badań wzroku dla osób powyżej 65 roku życia, gdy badanie przeprowadza optometrysta?	6	Bułgaria, Niemcy, Irlandia, Malta, Polska, Wielka Brytania
pokrywa koszty badań wzroku dla osób dorosłych powyżej 18 roku życia z wadą wzroku, gdy badanie przeprowadza optometrysta?	5	Finlandia, Irlandia, Malta, Polska, Wielka Brytania
pokrywa koszty badań wzroku dla osób o niskich dochodach/bezrobotnych, gdy badanie przeprowadza optyk/optometrysta?	8	Finlandia, Francja, Irlandia, Łotwa, Malta, Polska, Szwecja, Wielka Brytania
zapewnia uprawnienia dla osób niepełnosprawnych, gdy badanie przeprowadza optometrysta?	1	Wielka Brytania
pokrywa koszty badań wzroku dla wszystkich osób, gdy badanie przeprowadza optometrysta?	2	Malta, Polska

Źródło: ECOO 2025 https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf

4.6. Opinie ekspertów klinicznych oraz towarzystw naukowych

Do dnia przekazania niniejszego raportu analitycznego otrzymano trzy opinie eksperckie w sprawie zasadności zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych, tj. od:

- prof. dr. hab. n. med. Marka Ręka – Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki (stanowisko otrzymano w dniu 06.10.2025 r.) – autora ocenianej Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej;
- [REDAKTOWANE] Sekcji Okulistyki Dziecięcej i Strabologii Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (stanowisko otrzymano w dniu 13.10.2025 r.);
- [REDAKTOWANE] Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki (stanowisko otrzymano w dniu 12.10.2025 r.).

Poniżej zestawiono odpowiedzi ekspertów w zakresie kluczowych dla niniejszego zlecenia kwestii. Pełną treść przekazanych opinii przedstawiono w załączniku do niniejszego raportu.

Tabela 13. Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych i towarzystw naukowych odnośnie do kluczowych kwestii dotyczących zasadności kwalifikacji wnioskowanej „Porady optometrycznej” do wykazu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Kluczowe kwestie dotyczące zasadności kwalifikacji wnioskowanego świadczenia	Ekspert		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas Konsultant Krajowy ds. okulistyki	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia	TAK Jak w Karcie Świadczenia: • Umożliwienie optometystrym szerszego zakresu działania pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej. Dzięki temu pacjenci zyskają szybszy dostęp do diagnostyki i leczenia, co wpłynie na zmniejszenie liczby niezdolności do pracy, ograniczenie przewlekłego cierpienia oraz poprawę jakości życia. • W codziennej praktyce optometrysta wykonuje nie tylko pomiary refrakcji, ale również ocenia szeroki zakres parametrów i funkcji wzrokowych oraz dokonuje analizy stanu przedniego i tylnego odcinka oka, co umożliwia wykrycie odstępstw od norm fizjologicznych • Rzetelne badania przeprowadzane przez optometrystów umożliwiają szybsze wykrycie problemu, a co za tym idzie szybsze skierowanie pacjentów do lekarza specjalisty. • Optometryści w współpracy z lekarzami okulistami, mogą również wykonywać procedury farmakologicznego porażenia akomodacji na potrzeby diagnostyki.	TAK • Porada optometryczna obejmująca podstawowe – wstępne badania okulistyczne, a w konsekwencji umożliwiająca dobór okularów powinna w znacznym stopniu odciążenie gabinetów okulistycznych	TAK • Elementy wcześniejszej diagnostyki zaburzeń widzenia oraz chorób narządu wzroku • Skrócenie ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia, umożliwiając wcześniejsze wykrycie schorzeń, które obecnie rozpoznawane są zbyt późno • Optometryści już obecnie aktywnie współpracują z lekarzami okulistami w klinikach i ośrodkach specjalistycznych • Po odbyciu odpowiedniego przeszkolenia i we współpracy z lekarzem okulistą, optometryści mogliby bezpiecznie wykonywać procedury takie jak farmakologiczne porażenie akomodacji na potrzeby diagnostyki refrakcji
Stanowisko w sprawie założeń wnioskowanego świadczenia	Opis założeń jak w Karcie Świadczenia	• Założenia świadczenia są prawidłowe. • Nie powinny jednak dotyczyć małych dzieci (do wieku szkolnego). Zważywszy na odmienną fizjologię widzenia pacjentów najmłodszych (do 6 roku życia), ww. świadczenia nie powinny dotyczyć grupy dzieci do 6 roku życia (najlepiej powyżej 7 roku życia). Do 7 roku życia wszelkie nieprawidłowe postępowania mogą spowodować nieodwracalne skutki w narządzie wzroku.	• Optometryści mogą skutecznie odciążyć lekarzy okulistów w opiece nad pacjentami stabilnymi, nie wymagającymi interwencji medycznej, a jedynie okresowej kontroli funkcji wzrokowych oraz doboru odpowiednich wyrobów medycznych (np. okularów korekcyjnych, soczewek kontaktowych) • Świadczenie umożliwi bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia oraz skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u okulisty dla pacjentów wymagających pilnej konsultacji, leczenia chorób przewlekłych lub prowadzenia terapii złożonych. • Porada optometryczna umożliwi przeprowadzenie badań przesiewowych i wstępnej diagnostyki profilaktycznej przez optometrystów, a w przypadkach wymagających leczenia – szybkie przekierowanie pacjenta do lekarza okulisty.

Kluczowe kwestie dotyczące zasadności kwalifikacji wnioskowanego świadczenia	Ekspert		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas Konsultant Krajowy ds. okulistyki	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Priorytety zdrowotne	Jak w Karcie Świadczenia: • świadczenie powinno być skierowane do szerokiej populacji pacjentów scharakteryzowanych rozpoznaniem ICD-10 z grupy H00–H59	• Zastosowanie wnioskowanego świadczenia dotyczy wszystkich pacjentów.	• cukrzyca • zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania • opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 • leczenie pacjentów geriatrycznych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych • poprawa diagnostyki Zastosowanie wniosku jest związane z priorytetem ochrony narządu zmysłu - narządu wzroku
Istotność wnioskowanego świadczenia	Jak w Karcie Świadczenia: • zmniejszenie liczby niezdolności do pracy • ograniczenie przewlekłego cierpienia • poprawa jakości życia	• poprawiające jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość Szerszy dostęp do świadczenia powinien umożliwić wcześniejsze wykrycie chorób przewlekłych (np. jaskra) oraz umożliwić łatwiejszy dostęp do doboru okularów.	• zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi • poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość Świadczenie przyczyni się do: • zwiększenia dostępności profilaktyki chorób narządu wzroku oraz podniesienia świadomości zdrowotnej społeczeństwa w tym zakresie • wcześniejszego wykrywania stanów patologicznych i nieprawidłowości wzrokowych, które wymagają dalszej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego • ograniczenia negatywnych skutków nieleczonych schorzeń okulistycznych • zmniejszenia kosztów systemowych wynikających z leczenia zaawansowanych powikłań chorobowych i utraty funkcji wzroku
Liczebność populacji docelowej	Szczegóły przedstawiono w kolejnej tabeli	Nie przedstawiono oszacowań	Szczegóły przedstawiono w kolejnej tabeli
Potencjalne problemy	–	• nierówny dostęp do optometrystów w różnych rejonach kraju • chęć leczenia różnych schorzeń przez personel (optometrystów), który nie jest do tego przygotowany – brak studiów medycznych	• nierównomierne rozłożenie praktyk optometrycznych. Zazwyczaj są one skupione w okolicach dużych ośrodków miejskich, zwłaszcza miast akademickich, gdzie optometria jest nauczana. Z opieki nad narządem wzroku wykluczeni są pacjenci mieszkający w małych miejscowościach, na wsiach i w gminach
Odsetek pacjentów obecnie korzystających ze świadczeń okulistycznych w AOS, która będzie wyłącznie korzystać z wnioskowanej porady po jej wdrożeniu do systemu ochrony zdrowia	• w początkowym okresie 2–4 lata należy utrzymać poradę okularową również w AOS okulistycznym, a w późniejszym ją wygaszać. W tym okresie do 40% porad okularowych powinna być kontraktowana z optometrystami. • poprzez zwiększenie dostępności również w przypadku porad u dzieci poniżej 18 r.ż. zwiększy	• szacunkowo, że może to być grupa ok. 20% osób dorosłych i nawet ok 50% dzieci i młodzieży powyżej 7 roku życia.	• ogółem 35–60% pacjentów mogłoby korzystać wyłącznie z porady optometrycznej, z czego wśród osób dorosłych nawet 40–65% wymaga zaopatrzenia przez optometrystę, a wśród dzieci i młodzieży 20–40%.

Kluczowe kwestie dotyczące zasadności kwalifikacji wnioskowanego świadczenia	Ekspert		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas Konsultant Krajowy ds. okulistyki	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
	się także odsetek wizyt w AOS dla dzieci i młodzieży wskutek przesunięć z rynku prywatnego. W chwili obecnej wizyty dziecięce w AOS ogólnie bez rozbięcia na specjalizację stanowią mniej niż 2% wszystkich wizyt według NIK		
Możliwość realizacji porady optometrycznej w populacji pediatrycznej	• 20–30% obecnie badanych dzieci jest badanych w gabinetach optometrystów w ramach prywatnych usług. • po wprowadzeniu optometrystów do systemu będzie to około 50% dzieci • wiek dzieci powyżej 3 r.ż. • sedacja we współpracy i na zlecenie lekarza w współpracy i na zlecenie lekarza w klinikach, oddziałach i gabinetach okulistycznych, gdzie zatrudniony jest optometrysta oraz okuliści • mydriaza we współpracy i na zlecenie lekarza w klinikach, oddziałach i gabinetach okulistycznych, gdzie zatrudniony jest optometrysta oraz okuliści	• tak, ale powyżej 7 roku życia. • szacunkowo można określić, że nawet 50% dzieci z krótkowzrocznością szkolną może korzystać z porady optometrycznej • mydriaza na zlecenie i pod kontrolą lekarza okulisty	• zgodnie z mapami zapotrzebowania dostępnymi na stronie Ministerstwa Zdrowia na 1,5 mln wizyt z zaburzeniami refrakcji i akomodacji 2024, ponad 200 tys. to wizyty w poradniach okulistycznych pediatrycznych. Na podstawie danych sąto wizyty, gdzie wskazano, że dani pacjenci pediatryczni mieli zaburzenia refrakcji lub akomodacji, które mogłyby być zaopatrywane przez optometrystów współpracujących z poradniami okulistycznymi.
Możliwość realizacji porady optometrycznej również w miejscu pobytu pacjenta	Miejsce udzielania świadczenia na zasadach ogólnych dla AOS – w gabinecie optometrycznym, teleporada, w domu pacjenta	Porada optometryczna powinna być przeprowadzana w gabinecie optometrycznym	Wizyty realizowane w miejscu pobytu pacjenta mogą dotyczyć pacjentów obłożnie chorych, z upośledzeniem narządu ruchu, pacjentów przebywających w domach opieki i domach pomocy społecznej, osób z ograniczeniem wolności lub osób z wykluczeniem komunikacyjnym
Potencjał wykonawczy, który mogłyby realizować świadczenie	• zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki liczba optometrystów w Polsce szacowana jest na około 3,5 tys. Taka liczba optometrystów jest wystarczająca, by zabezpieczyć poradę okularową w Polsce na początku wdrożenia porady. • według danych PTOO jest to liczba mniejsza na populację niż w innych krajach. Dlatego porada okularowa w początkowym okresie powinna być również dostępna w AOS okulistyczny	• brak aktualnych danych dotyczących liczby optometrystów w danych rejonach kraju • należy jednak spodziewać się stale wzrastającej liczby optometrystów ze względu na wchodzące na rynek pracy kolejne roczniki • można się spodziewać, że liczba optometrystów nie będzie proporcjonalna w różnych regionach kraju	• zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki, w każdym województwie obecnie trwają przygotowania do otworzenia się możliwości kontraktowych na porady optometryczne • Ministerstwo Zdrowia na maj 2025 potwierdza, że zarejestrowanych, w Centralnym Rejestrze Osób Wykonujących Zawody Medyczne, znajduje się 3500 optometrystów. Liczba ta sukcesywnie rośnie w związku z kolejną falą absolwentów wkraczających na rynek • województwa z największym odsetkiem specjalistów to Wielkopolskie (469 - 1,34/ 10 tys.), Dolnośląskie (453 - 1,33/ 10 tys.), Kujawsko-Pomorskie (238 - 1,15/ 10 tys.), Mazowieckie (591 - 1,09/ 10 tys.) oraz Śląskie (385 - 1,00/ 10 tys.) • najmniejsza ilość optometrystów znajduje się w województwie Lubelskim (103 - 0,49/ 10 tys.), Podkarpackim (117 - 0,55/ 10 tys.), Podlaskim (68 -

Kluczowe kwestie dotyczące zasadności kwalifikacji wnioskowanego świadczenia	Ekspert		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas Konsultant Krajowy ds. okulistyki	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
			0,58/ 10 tys.), Świętokrzyskim (77 - 0,62/10 tys.) oraz Warmińsko-Mazurskim (91 - 0,64/10 tys.)
Mocne i słabe strony	Jak w Karcie Świadczenia – wpływ proponowanego świadczenia na sytuację: pacjentów – szybszy dostęp do diagnostyki i leczenia, zmniejszenie liczby niezdolności do pracy, ograniczenie przewlekłego cierpienia oraz poprawa jakości życia świadczeniodawcy – bardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej, możliwość wykonywania procedury farmakologicznego porażenia akomodacji na potrzeby diagnostyki przez optometrystów po odpowiednim przeszkoleniu i we współpracy z lekarzami okulistami płatnika – mniejsze koszty opieki nad chorymi z chorobami oczu, odciążenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, skrócenie kolejek do leczenia okulistycznego, zmniejszenie świadczeń związanych z doбором okularów, soczewek kontaktowych czy rehabilitacyjnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwiększenie natomiast tego typu porad w ramach świadczenia optometrycznego, rozwój profilaktyki w zakresie jaskry, chorób tj. AMD, DME	Mocne strony: pacjenci – łatwiejszy dostęp do podstawowych badań okulistycznych świadczeniodawcy – odciążenie gabinetów okulistycznych (dobór okularów u optometrystów) płatnik – pewne oszczędności wynikające z odciążenia gabinetów lekarzy okulistów Słabe strony: pacjenci – nie zawsze w pełni kompetentne porady odnośnie do schorzeń okulistycznych (kompetentne porady dotyczące doboru okularów) świadczeniodawcy – możliwość pomyłek diagnostycznych różnych schorzeń okulistycznych płatnik – Możliwe pomyłki diagnostyczne i konieczność wypłacania odszkodowań na rzecz niezadowolonych pacjentów	Mocne strony: pacjenci – zwiększenie dostępności opieki nad narządem wzroku, zwiększenie profilaktyki chorób oczu, zwiększenie finansowania wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, możliwość uzyskania skierowania do lekarza okulisty od optometrysty świadczeniodawcy – zwiększenie profilaktyki narządu wzroku, zmniejszenie obciążenia lekarzy specjalistów pacjentami zdrowymi, skrócenie czasu oczekiwania na konsultację specjalistyczną płatnik – mniejszy koszt świadczeń w zakresie okulistyki na jednego specjalistę, zwiększenie przepływu finansowego w systemie, dystrybucja środków w systemie będzie bardziej celowana Słabe strony: pacjenci – ograniczenie optometrystów w zaopatrywanie w wyroby farmaceutyczne na receptę, brak możliwości bezpośredniego skierowania do innych specjalności lekarskich, brak możliwości skierowania na badania obrazowe i laboratoryjne finansowane ze środków publicznych świadczeniodawcy – potrzeba zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego, potrzeba finansowania wyposażenia gabinetów, potrzeba dodatkowego finansowania wyposażenia w mniejszych praktykach z kontraktem, duże nakłady na dostosowanie do wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia płatnik – zwiększenie udziału finansowania w wyrobach medycznych wydawanych na zlecenie, finansowanie konsultacji optometrycznej
Dodatkowe uwagi	–	- świadczenia optometryczne są potrzebne, powinny odciążać gabinety okulistyczne z doboru okularów - optometrysta nie powinien jednak ordynować leków (w tym na własną rękę leków rozszerzających źrenicę), nie powinien również leczyć schorzeń okulistycznych	brak

Kluczowe kwestie dotyczące zasadności kwalifikacji wnioskowanego świadczenia	Ekspert		
	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas Konsultant Krajowy ds. okulistyki	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
		po zbadaniu pacjenta, doborze okularów i stwierdzeniu jakichkolwiek patologii w ostrości wzroku, stanie anatomicznym struktur oka powinien skierować pacjenta dalszą diagnostykę i leczenie do lekarza okulisty	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT w oparciu o przesłane formularze opinii eksperckich

Dodatkowo, Konsultant Krajowy ds. okulistyki oraz PTOO wskazali przewidywaną liczebność populacji docelowej, która mogłaby być objęta wnioskowaną poradą optometryczną w kolejnych dwóch latach. Szczegółowe informacje przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 14. Opinie ekspertów dotyczące przewidywanej liczebności populacji docelowej, która skorzystałaby z wnioskowanego świadczenia, oraz liczby porad – ogółem i w podziale na poradę podstawową i kontrolną, w I i II roku po jej wprowadzeniu jako świadczenia gwarantowanego

Rok po wprowadzeniu wnioskowanej porady	Porada optometryczna wg typu:	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)						(PTOO)					
		Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady			Przewidywana liczba udzielonych porad			Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady			Przewidywana liczba udzielonych porad		
		Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem
I rok	Ogółem	Zakładam, że liczba porad dzieci wynosi około 5% 7,0 – 10,5 tys.	Zakładam, że liczba porad dzieci wynosi około 95% 0,988-1,995 mln	20–30 % z 7 mln porad AOS okulistycznego wynosi 1,4-2,1 mln porad optometrycznych w I roku trwania świadczenia	Zakładam, że liczba porad dzieci wynosi około 5% 7,0 – 10,5 tys.	Zakładam, że liczba porad dzieci wynosi około 95% 0,988-1,995 mln	20–30 % z 7 mln porad AOS okulistycznego wynosi 1,4-2,1 mln porad optometrycznych w I roku trwania świadczenia	72 tys.	488 tys.	560 tys.	95 tys.	650 tys.	745 tys.
	Porada podstawowa	5,6-8,4 tys.	0,79-1,60 mln	Licząc 80% wizyt podstawowych to wynosi około 1,12 – 1,68 mln	5,6-8,4 tys.	0,79-1,60 mln	Licząc 80% wizyt podstawowych to wynosi około 1,12 – 1,68 mln	42 tys.	450 tys.	498 tys.	55 tys.	600 tys.	655 tys.
	Porada kontrolna	1,4-2,1 tys.	0,20-0,40 mln	Licząc 20% wizyt podstawowych to wynosi około 0,28 – 0,42 mln	1,4-2,1 tys.	0,20-0,40 mln	Licząc 20% wizyt podstawowych to wynosi około 0,28 – 0,42 mln	30 tys.	38 tys.	68 tys.	40 tys.	50 tys.	90 tys.

Rok po wprowadzeniu wnioskowanej porady	Porada optometryczna wg typu:	Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)						(PTOO)					
		Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady			Przewidywana liczba udzielonych porad			Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady			Przewidywana liczba udzielonych porad		
		Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem	Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem
II rok	Ogółem			Przy wprowadzeniu zmian w AOS okulistycznym zmniejszy się liczba porad okulistycznych, a liczba porad optometrycznych powinna zwiększyć się o 10% maksymalnie				83 tys.	563 tys.	646 tys.	110 tys.	750 tys.	860 tys.
	Porada podstawowa	6,2-9,3 tys.	0,87-1,76 mln	1,23 – 1,85 mln	6,2-9,3 tys.	0,87-1,76 mln	1,23 – 1,85 mln	45 tys.	450 tys.	495 tys.	60 tys.	600 tys.	660 tys.
	Porada kontrolna	1,54-2,3 tys.	0,22-0,44 mln	0,31 – 0,46 mln	1,54-2,3 tys.	0,22-0,44 mln	0,31 – 0,46 mln	38 tys.	113 tys.	151 tys.	50 tys.	150 tys.	200 tys.
Źródła danych określone przez autorów opinii:		brak dostępnych danych podana wartość jest oszacowaniem własnym na podstawie liczby wizyt w AOS okulistycznym 7 mln w 2024 roku.						Założenia szacunkowe na bazie ilości wizyt z kodem H52 w opiece ambulatoryjnej na rok 2024, zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych na rok 2024, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, basiw.mz.gov.pl					

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Podsumowując, w opinii ekspertów wnioskowane świadczenie „Porada optometryczna” powinno zostać wdrożone jako świadczenie gwarantowane i finansowane ze środków publicznych. Eksperti wskazali również, że świadczenie to może stanowić m.in. element wspierający wczesną diagnostykę zaburzeń widzenia i chorób narządu wzroku, odciążenie poradni okulistycznych poprzez przejęcie opieki nad pacjentami stabilnymi wymagającymi jedynie okresowej kontroli funkcji wzrokowych oraz zapewnienie doboru odpowiednich wyrobów medycznych (np. okularów, soczewek kontaktowych). Eksperti uznali założenia dotyczące kształtu ocenianego świadczenia za zasadne, a świadczenie powinno być skierowane do szerokiej grupy pacjentów z rozpoznaniem mieszczącymi się w zakresie kodów ICD-10 z grupy H00–H59, obejmujących choroby oczu i zaburzenia narządu wzroku.

4.7. Alternatywne świadczenia

Biorąc pod uwagę treść Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej załączonej do przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia oraz analizę aktualnych uwarunkowań formalno-prawnych można stwierdzić, że w obecnym systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych alternatywą dla ocenianego świadczenia jest porada specjalistyczna lekarza posiadającego specjalizację z zakresu okulistyki, lub ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie okulistyki, albo w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki, która zawiera elementy wnioskowanej porady optometrycznej.

W KŚOZ podano również, że:

- w ramach porady specjalistycznej lekarz okulista przeprowadza badanie wzroku z uwzględnieniem procedur ujętych w KŚOZ oraz wykonuje badanie dna oka (tylnego odcinka oka);
- wynikiem tej wizyty może być wystawienie zapotrzebowania na wyroby medyczne, wdrożenie leczenia oraz skierowanie do poradni oraz oddziałów szpitalnych;
- porada okulistyczna zawiera w sobie procedury wymienione w opisie porady optometrycznej oraz dodatkowo:
 - Gonioskopia (95.1903)
 - Badanie dna oka (95.1902)
 - Elektroretinografia (95.21)
 - Elektrookulografia (95.22)
 - Zapis wzrokowego potencjału wzbudzonego (95.23)
 - Angiografia fluoresceinowa (95.121)
 - Angiografia indocyjaninowa (95.122)
 - USG gałki ocznej (95.13)
 - HRT - Tomografia siatkówki (95.1904)
 - GDZ - Analiza włókien nerwowych (95.19.05)
 - Elektronystagmogram (ENG) (95.241)
 - Elektroretinografia (ERG) (95.21)
 - Elektrookulografia (EOG) (95.22)
 - Zapis wzrokowego potencjału wzbudzonego (VEP, VER) (95.23)
 - Świadczenia zabiegowe (grupa Z27, grupa Z44, grupa Z48, grupa Z57, grupa Z80, grupa Z100, grupa Z101, grupa Z102, grupa Z103, grupa Z105, grupa Z110)
- w celu przystąpienia do porady specjalistycznej pacjent jest zobowiązany do uzyskania skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego po wcześniejszej wizycie. Wielu pacjentów specjalistycznej porady okulistycznej to pacjenci stabilni zdrowotnie wymagający zaopatrzenia w wyroby medyczne i nie wymagający leczenia. Obecny system świadczenia powoduje, że w celu uzyskania zapotrzebowania na okulary korekcyjne, pacjenci muszą udać się do lekarza po skierowanie, następnie odczekać na poradę specjalistyczną. Tacy pacjenci blokują miejsca na konsultacje specjalistyczne pacjentom, którzy wymagają pilnej konsultacji okulistycznej, wymagają systematycznych kontroli w chorobach układowych i przewlekłych okulistycznych oraz po zabiegach ambulatoryjnych i chirurgicznych.

4.8. Wcześniejsze oceny AOTMiT związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

Przedmiot niniejszego opracowania analitycznego wiąże się merytorycznie ze zleceniem Ministra Zdrowia dotyczącym przygotowania w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opracowania analitycznego AOTMiT nr: WS.4220.13.2021 z dn. 11.03.2022 r. pn.: „Ocena świadczeń zdrowotnych z zakresu okulistyki w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych – analiza problemu decyzyjnego w aspekcie zmiany technologii medycznych w zakresach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne”. W ww. dokumencie zaproponowano włączenie optometrystów do systemu opieki zdrowotnej – w POZ w zakresie profilaktyki wad wzroku, badania ostrości i doboru okularów, a w AOS również jako wsparcie dla lekarzy okulistów poprzez przejęcie części ich obowiązków.

5. Proponowane przez AOTMiT warunki realizacji „Porady optometrycznej”

Główne założenia dotyczące proponowanych warunków realizacji świadczeń

Uwzględniając informacje przedstawione w treści Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, zidentyfikowanych wytycznych praktyki klinicznej, jak również opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki oraz przedstawicieli towarzystw naukowych (PTO, PTOO) i uwag przekazanych w opinii Prezesa NFZ, AOTMiT przygotowała propozycję warunków realizacji dla świadczenia „Porada optometryczna” (patrz tabela poniżej). Opracowanie ostatecznego brzmienia proponowanych warunków realizacji dla ocenianej porady wymaga przeprowadzenia dalszych konsultacji z ekspertami klinicznymi.

Proponowane warunki realizacji

Tabela 15. Proponowane warunki realizacji wnioskowanej „Porady optometrycznej”

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
Porada specjalistyczna - optometryczna	Wymagania formalne	Poradnia optometryczna*
	Kryteria kwalifikacji do świadczenia	Do świadczenia kwalifikują się dzieci w wieku od 3 roku życia oraz dorośli z: 1) odczuwalnym pogorszeniem jakości widzenia lub 2) rozpoznaniem medycznym określonym kodem ICD-10 z grupy H00–H59.
	Personel	Optometrysta – osoba, która zgodnie z ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych ¹² : a) rozpoczęła po dniu wejścia w życie ww. ustawy studia w zakresie optometrii i uzyskała tytuł zawodowy magistra albo magistra inżyniera lub b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia w zakresie optometrii i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku (specjalności) optometria i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub d) rozpoczęła przed dniem wejścia w życie ww. ustawy studiów podyplomowych w zakresie optometrii i uzyskała świadectwo ukończenia tych studiów; e) posiada indywidualny identyfikator wpisu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy
	Zakres świadczenia	Świadczenie obejmuje realizację wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego pacjenta w ramach następujących porad: 1. Porada optometryczna podstawowa – udzielana w poradni optometrycznej - realizowana u każdego pacjenta spełniającego kryteria kwalifikacji do świadczenia, i obejmująca: 1) przeprowadzenie wywiadu, 2) badania diagnostyczne: a) badanie obiektywne refrakcji i keratometrii: – 95.1908 Keratometria, lub – 95.1911 Skiaskopia, lub – 95.1912 Autorefraktometria; lub b) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub c) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub d) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub e) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub f) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub

¹² W lp. 7 w Załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz.1972 z późn. zm.)
<https://api.sejm.gov.pl/eli/acts/DU/2023/1972/text.pdf>

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
	3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi, lub 4) wydanie zlecenia na zapotrzebowania na wyroby medyczne, lub 5) omówienie dalszego planu postępowania, wydanie zaleceń i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego 2. Porada optometryczna kontrolna – udzielana w poradni optometrycznej – realizowana według potrzeb na podstawie planu postępowania ustalonego na poradzie optometrycznej podstawowej, w celu oceny ewentualnej progresji zmian jakości widzenia lub poprawności użytkowania zleconego wyrobu medycznego, obejmuje: 1) badania kontrolne: a) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub c) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub d) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub 2) kontrola wydanego wyrobu medycznego, lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi – w zależności od potrzeb, jeśli nie zrealizowano w trakcie porady optometrycznej podstawowej. 3. Porada optometryczna podstawowa – udzielana w miejscu pobytu pacjenta – realizowana u pacjentów w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (pacjent leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, obejmuje: 1) przeprowadzenie wywiadu, 2) badania diagnostyczne: a) badanie obiektywne refrakcji: 95.1912 Autorefraktometria; lub b) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub c) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub d) badanie przedniego odcinka oka: 95.1913 Badanie w lampie szczelinowej; lub e) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub f) badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego: – 95.06 Badanie widzenia barw, lub – 95.1915 Test schirmera, lub – 95.1916 Badanie synoptoforem; lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi, lub 4) wydanie zlecenia na zapotrzebowania na wyroby medyczne, lub 5) omówienie dalszego planu postępowania, wydanie zaleceń i instruktaż użytkowania wyrobu medycznego. 4. Porada optometryczna kontrolna – udzielana w miejscu pobytu pacjenta – realizowana według potrzeb na podstawie planu postępowania ustalonego na poradzie optometrycznej podstawowej, w celu oceny ewentualnej progresji zmian jakości widzenia lub poprawności użytkowania zleconego wyrobu medycznego, realizowana u pacjentów w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (chory leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, obejmuje: 1) badania kontrolne: a) badanie subiektywne refrakcji: – 95.1901 Ocena ostrości wzroku, lub – 95.31 Dopasowanie i wydanie okularów, lub – 95.32 Przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych, lub – 95.36 Konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż; lub

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
		b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem: 89.11 Tonometria; lub c) przesiewowe badanie dna oka: 95.1902 Badanie dna oka, lub 2) kontrola wydanego wyrobu medycznego, lub 3) dobór i przepisanie korekcji okularowej lub korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi – w zależności od potrzeb, jeśli nie zrealizowano w trakcie porady optometrycznej podstawowej.
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	1. W miejscu udzielania świadczeń (poradnia optometryczna) wymagane wyposażenie – stacjonarne lub przenośne: 1) tablice do oceny ostrości wzroku do dali i bliży, 2) kaseta szkieł okularowych, 3) oprawki okularowe próbne, 4) refraktometr optyczny, lub skiaskop, 5) keratometr lub keratograf, 6) pupilometr lub żrenicówka, 7) oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, 8) lampa szczelinowa, 9) test Amslera lub podobny, 10) przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, 11) testy widzenia barwnego, 12) frontofokometr (dioptromierz), 13) synoptofor, 14) tonometr bezkontaktowy. 2. W przypadku udzielania porady optometrycznej w miejscu pobytu pacjenta wymagane przenośne wyposażenie: 1) tablice do oceny ostrości wzroku do dali i bliży, 2) kaseta szkieł okularowych, 3) oprawki okularowe próbne, 4) refraktometr optyczny, 5) oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka, 6) lampa szczelinowa, 7) test Amslera lub podobny, 8) przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe, 9) testy widzenia barwnego, 10) tonometr bezkontaktowy.
	Organizacja udzielania świadczeń	1. Porada optometryczna obejmuje świadczenia realizowane w poradni optometrycznej lub w miejscu pobytu pacjenta. 2. Porada optometryczna podstawowa realizowana w poradni albo w miejscu pobytu pacjenta obejmuje określenie planu postępowania oraz co najmniej: 1) ocenę ostrości wzroku lub dobór korekcji okularowej, lub dobór korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi oraz 2) realizację dwóch procedur medycznych, w tym badanie w lampie szczelinowej i badanie dna oka. 3. Porada optometryczna kontrolna realizowana jest 1 raz w roku w poradni albo w miejscu pobytu pacjenta i obejmuje co najmniej: 1) ocenę ostrości wzroku lub dobór korekcji okularowej, lub dobór korekcji soczewkami kontaktowymi, lub innymi wyrobami medycznymi oraz 2) realizację badania w lampie szczelinowej lub badania dna oka lub pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem. 4. Porada optometryczna podstawowa i kontrolna udzielana jest w miejscu pobytu pacjenta, gdy: 1) wymaga tego stan zdrowia pacjenta: w ciężkim stanie ogólnym po operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie się, z niepełnosprawnością ruchową (chory leżący), niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd do poradni lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy, 2) czas dojazdu nie przekracza 30 minut. 5. W przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy nieprawidłowości związanych ze stanem refrakcji, funkcji widzenia lub widzenia obuocznego, optometrysta dobiera optymalną korekcję okularami, soczewkami kontaktowymi lub innymi pomocami wzrokowymi.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
		6. W sytuacji, gdy świadczeniobiorca spełnia wymagania odnośnie do kryteriów przyznawania optycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, optometrysta wystawia zlecenie na zaopatrzenie** lub wystawia skierowanie do lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki. 7. W przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy nieprawidłowości sugerujących możliwość wystąpienia zmian patologicznych w narządzie wzroku lub mogących mieć wpływ na ogólny stan zdrowia, optometrysta wystawia skierowanie do lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

* - dla wnioskowanego świadczenia wymagane będzie dodanie poradni optometrycznej oraz nadanie dla niej resortowego kodu identyfikacyjnego co wiąże się ze zmianą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r., poz. 173, z późn. zm.)

** - obecnie zlecenie na optyczne wyroby medyczne może wydawać jedynie lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie okulistyki. Wprowadzenie zapisu w warunkach realizacji o zlecaniu optycznych wyrobów medycznych przez optometrystę, wiąże się z koniecznością wprowadzenia adekwatnych zmian w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2025 r., poz. 1038, z późn. zm.).

6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

6.1. Aktualna realizacja porad specjalistycznych lekarza posiadającego specjalizację z zakresu okulistyki

Analiza obejmuje dane dotyczące pacjentów korzystających ze świadczeń okulistycznych w ramach AOS oraz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (optycznych). W opracowaniu wykorzystano informacje z następujących źródeł:

- Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (CeZ) – dane dotyczące skierowań pacjentów do poradni i szpitali okulistycznych (lata 2024–2025);
- Mapy potrzeb zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia (Kolejki) – informacje o czasie oczekiwania oraz liczbie pacjentów w trybie stabilnym i pilnym (rok 2024);¹³
- Baza RUM-NFZ – dane o liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń okulistycznych w podziale na wiek i płeć, z uwzględnieniem klasyfikacji ICD-10 dla rozpoznań głównych (lata 2022–2024);
- Baza ZPOSP – dane dotyczące realizacji wyrobów optycznych wydawanych na zlecenie, w tym liczba pacjentów, liczba wyrobów, kwoty refundacji oraz dopłat pacjentów (lata 2022–2024).

W analizie pacjent definiowany jest jako pojedyncze wystąpienie unikalnego numeru ID.

Analizą objęto wyłącznie ambulatoryjne grupy świadczeń specjalistycznych z grupy W (produkty zachowawcze), co odpowiada zakresowi kompetencji optometrysty, obejmującemu diagnostykę, korekcję, rehabilitację oraz profilaktykę funkcji wzrokowych, przy wykluczeniu procedur zabiegowych.

Dane dotyczące realizacji świadczeń okulistycznych na poziomie AOS ograniczono do następujących kodów resortowych:

- 1600 – Poradnia okulistyczna,
- 1601 – Poradnia okulistyczna dla dzieci,
- 1604 – Poradnia leczenia zezu,
- 1605 – Poradnia leczenia zezu dla dzieci.

Pod względem populacyjnym wyróżniono dzieci (0–17 lat) oraz dorosłych (18+), a struktura rozpoznań medycznych oparta została na klasyfikacji ICD-10 (kody: H00–H59), uwzględniając rozpoznania główne.

W latach 2024–2025¹⁴ łączna liczba wystawionych skierowań¹⁵, zarówno dla dzieci jak i dorosłych, do poradni okulistycznych i poradni leczenia zezu wyniosła 6 250 160. Największy odsetek skierowań ok. 4,5 mln (co stanowiło 73% wszystkich skierowań), pochodził od lekarzy pracujących w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej¹⁶. Drugą co do wielkości grupę skierowań generowały jednostki okulistyczne – poradnie okulistyczne (10%) oraz oddziały okulistyczne (5%).

Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) były źródłem 2% skierowań, podobnie jak poradnie diabetologiczne, których udział również wyniósł 2%. W strukturze uwzględniono również kategorię „Pozostałe”, obejmującą skierowania niewchodzące w wymienione wcześniej grupy – stanowiły one 7% całości.

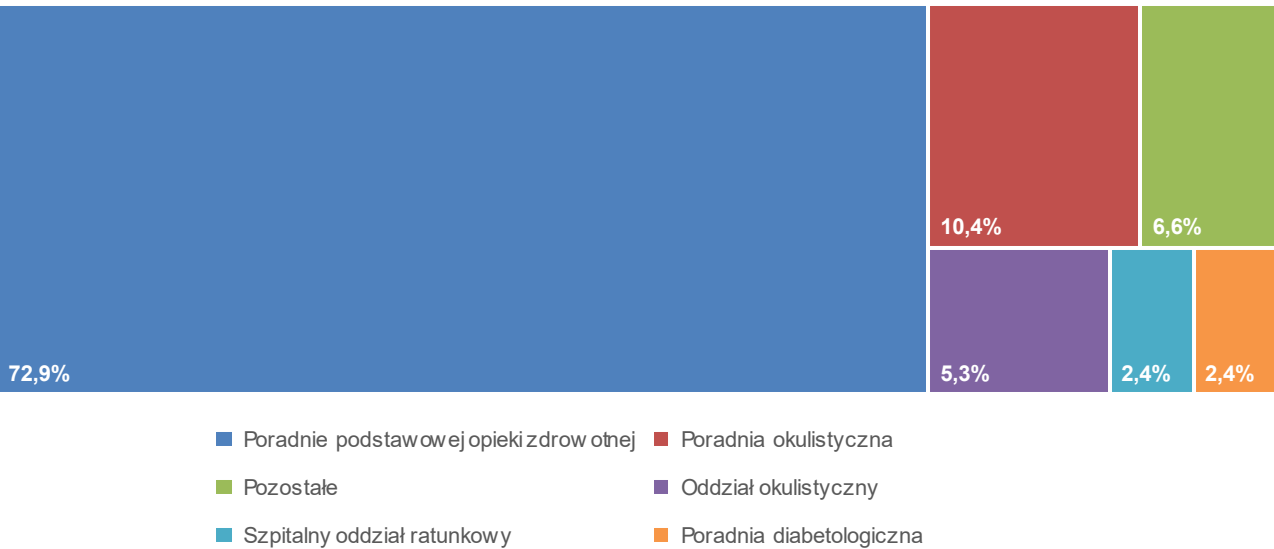
¹³ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/> (data dostępu 14.10.2025).

¹⁴ Od stycznia 2024 r. do września 2025 r.

¹⁵ Uwzględniono skierowania, które od stycznia 2024 r. do połowy września 2025 r. zmieniły status na oczekujące w kolejce, nie zmieniły statusu na oczekujące w kolejce, zmieniły status na zrealizowane.

¹⁶ Do lekarzy pracujących w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej zaliczono: 0010 Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, 0012 Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej, 0011 Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci, 0014 Poradnia (gabinet) lekarza rodzinnego.

Wykres 3. Jednostki systemu ochrony zdrowia kierujące pacjentów do opieki okulistycznej ambulatoryjnej w latach 2024–2025



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy CeZ – Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

W 2024 roku odnotowano wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia okulistyczne w analizowanych kategoriach: pilnej i stabilnej. W przypadku pacjentów stabilnych mediana oczekiwania na koniec roku wzrosła we wszystkich poradniach, w tym szczególnie w zakresie leczenia zezów: o 42% u dzieci (z 201 do 286 dni) oraz o 44% u dorosłych (z 41 do 59 dni).

W odniesieniu do pacjentów w trybie pilnym czas oczekiwania w poradniach okulistycznych zwiększył się o 78% u dzieci (z 18 do 32 dni) oraz o 130% u dorosłych (z 10 do 23 dni). Jedyną kategorią, w której odnotowano skrócenie kolejek, było leczenie zezów u dzieci w trybie pilnym, gdzie mediana oczekiwania zmniejszyła się o 59% (ze 121 do 50 dni). Ponadto w omawianym roku pojawiła się nowa kategoria osób oczekujących na udzielenie świadczenia – dorośli wymagający pilnego leczenia zezów, dla których czas oczekiwania wyniósł średnio 19 dni.

Tabela 16. Mediana czasu oczekiwania na świadczenia okulistyczne w poszczególnych poradniach (I–XII 2024)

Grupy wiekowe	Poradnie udzielające świadczenia okulistyczne	Mediana czasu oczekiwania na świadczenia okulistyczne		Tendencja zmiany czasu oczekiwania (wzrost/spadek)
		styczeń 2024 r.	grudzień 2024 r.	
dzieci	Poradnia leczenia zezów dla dzieci - przypadek stabilny	201	286	Wzrost o 42%
	Poradnia okulistyczna dla dzieci - przypadek stabilny	111	116	Wzrost o 5%
	Poradnia okulistyczna dla dzieci - przypadek pilny	18	32	Wzrost o 78%
	Poradnia leczenia zezów dla dzieci - przypadek pilny	121	50	Spadek o 59%
dorośli	Poradnia okulistyczna - przypadek stabilny	82	96	Wzrost o 17%
	Poradnia leczenia zezów - przypadek stabilny	41	59	Wzrost o 44%
	Poradnia okulistyczna - przypadek pilny	10	23	Wzrost o 130%
	Poradnia leczenia zezów - przypadek pilny*	0	19	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Kolejki <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/> (data dostępu 16.09.2025)
Objaśnienia: * - kolejka pojawiała się dopiero w 2025 roku

W 2024 roku między styczniem a grudniem odnotowano zmiany w liczbie osób oczekujących na świadczenia okulistyczne. Wśród pacjentów stabilnych liczba oczekujących spadła w poradniach okulistycznych – o 6% u dzieci (z 36 tys. do 34 tys.) i o 8% u dorosłych (z 460 tys. do 424 tys.). W poradniach leczenia zezów dla dorosłych liczba pacjentów oczekujących nieznacznie spadła, pozostając wciąż na poziomie zbliżonym do 3,9 tys. Z kolei w placówkach dla dzieci liczba oczekujących zwiększyła się o 9%, z 163 do 177 osób.

W przypadku pacjentów pilnych liczba oczekujących wzrosła w poradniach okulistycznych – o 43% u dzieci (z 3 tys. do 5 tys.) i dorosłych (z 30 tys. do 43 tys.) oraz o 58% w poradniach leczenia zezu dla dorosłych (z 262 do 413). Tylko w poradniach leczenia zezu dla dzieci w trybie pilnym odnotowano spadek o 14% (z 36 do 31).

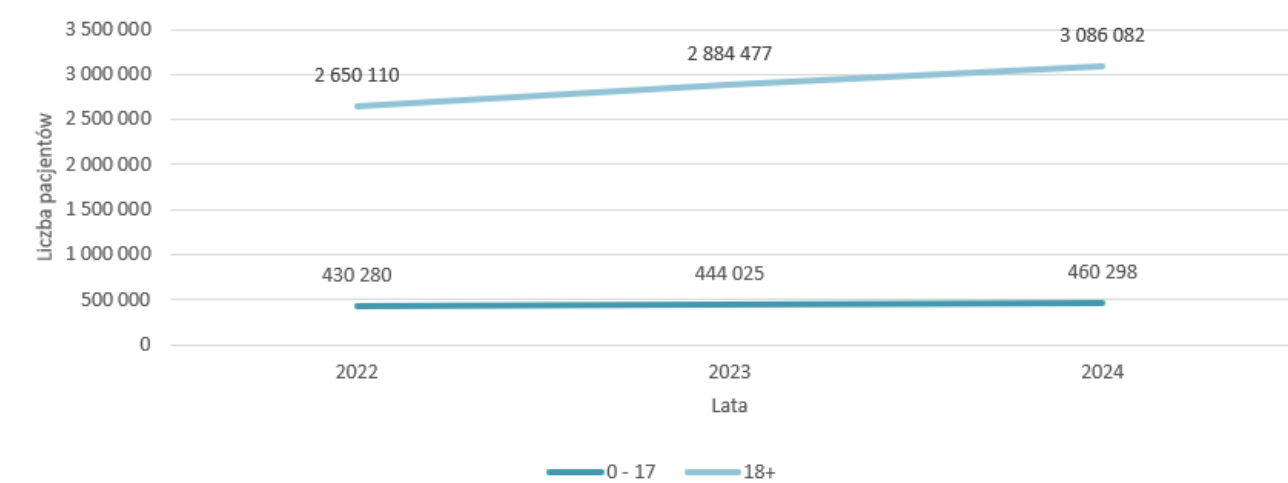
Tabela 17 Liczba osób oczekujących na świadczenia okulistyczne w poszczególnych poradniach (I–XII 2024)

Grupy wiekowe	Poradnie i tryb przyjęcia	Liczba pacjentów		Zmiana procentowa
		w styczniu 2024 r.	w grudniu 2024 r.	
Dzieci	Poradnia okulistyczna dla dzieci - przypadek stabilny	36 000	34 000	-6%
	Poradnia leczenia zezu dla dzieci - przypadek stabilny	163	177	+9%
	Poradnia okulistyczna dla dzieci - przypadek pilny	3 562	5 104	+43%
	Poradnia leczenia zezu dla dzieci - przypadek pilny	36	31	-14%
Ogółem		39 761	39 312	
Dorośli	Poradnia okulistyczna - przypadek stabilny	460 000	424 000	-8%
	Poradnia leczenia zezu - przypadek stabilny	3 909	3 905	0%
	Poradnia okulistyczna - przypadek pilny	30 000	43 000	+43%
	Poradnia leczenia zezu - przypadek pilny	262	413	+58%
Ogółem		494 171	471 318	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Kolejki <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/> (data dostępu 16.09.2025)

W analizowanym okresie trzech lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby pacjentów korzystających ze świadczeń okulistycznych w AOS zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych. W grupie wiekowej 0–17 lat liczba pacjentów wzrosła z 430 tys. do 460 tys., co oznacza wzrost o ok. 7%. W grupie dorosłych (18+) nastąpił wzrost z 2,6 mln do 3 mln pacjentów, czyli o ok. 16%.

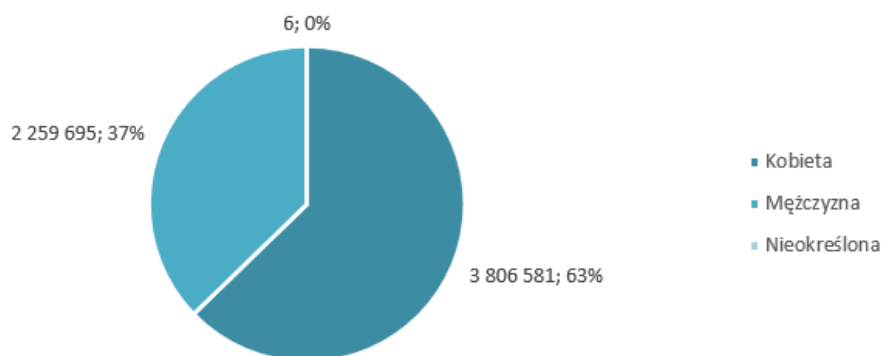
Wykres 4. Liczba pacjentów korzystających w AOS ze świadczeń okulistycznych w podziale na dzieci i dorosłych w latach 2022–2024



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

W analizowanej populacji pacjentów z rozpoznaniem medycznym głównym wg kodów ICD-10 H00–H59 w latach 2022–2024 dominowały kobiety, których liczba wyniosła 3,8 mln, co stanowiło 63% wszystkich pacjentów. Dla porównania, liczba mężczyzn wyniosła 2,2 mln (37%).

Wykres 5. Liczba pacjentów korzystających w AOS ze świadczeń okulistycznych w podziale na płeć w latach 2022–2024

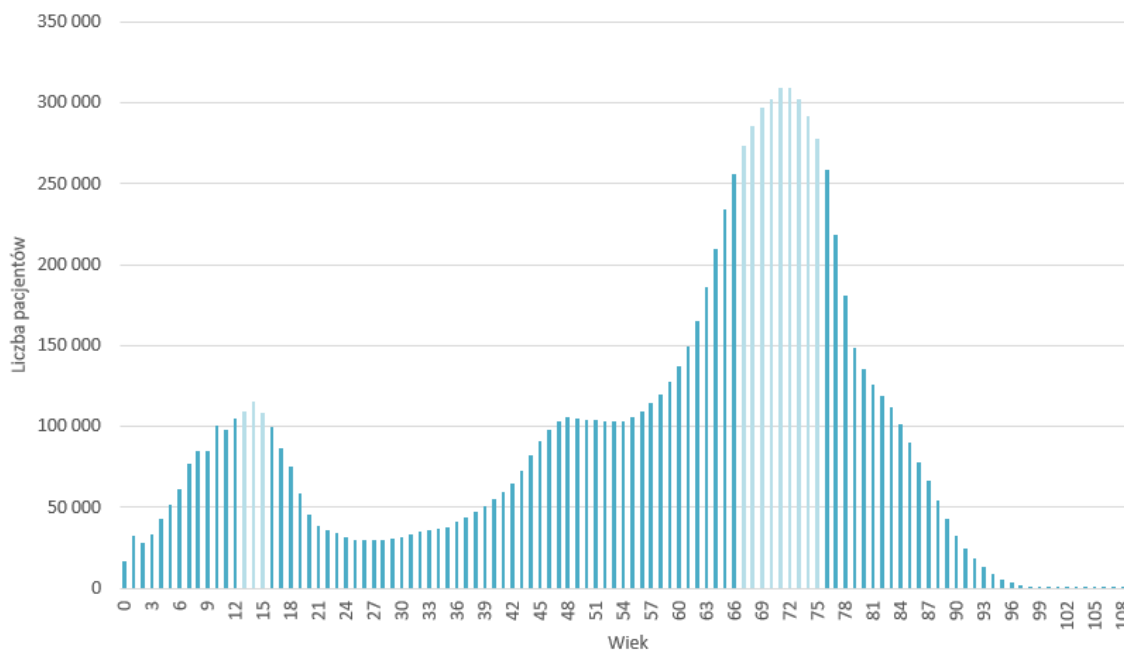


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

Wśród osób objętych analizą odnotowano wyraźne różnice pomiędzy grupą dzieci (0–17 lat) a dorosłymi (18+). W grupie pediatrycznej liczebność pacjentów rośnie wraz z wiekiem od 17 tys. wśród noworodków do najwyższych wartości w wieku 14 lat (115 tys.), po czym stopniowo spada do 87 tys. w wieku 17 lat. Najliczniejsze roczniki dziecięce korzystające ze świadczeń okulistycznych obejmują wiek 12–15 lat, w którym liczba pacjentów utrzymuje się na poziomie ok. 108–15 tys.

W grupie dorosłych obserwuje się początkowo spadek liczebności z 75 tys. w wieku 18 lat do około 30–40 tys. w trzeciej dekadzie życia, a od około 30. roku życia widoczny jest systematyczny wzrost liczby pacjentów, który utrzymuje się aż do 71. roku życia. Największą liczebność odnotowano w grupie pacjentów w wieku 70–72 lata, gdzie liczba osób przekracza 300 tys. w każdym z roczników. W przedziale od 60. do 74. roku życia obserwuje się wyraźny wzrost – od 137 tys. do ponad 300 tys. pacjentów, co wskazuje na istotny udział populacji senioralnej w analizowanym zbiorze. Po 75. roku życia liczba pacjentów zaczyna stopniowo spadać, osiągając poziom 278 tys. w wieku 75 lat i 135 tys. w wieku 80 lat.

Wykres 6. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń okulistycznych w podziale na wiek w latach 2022–2024

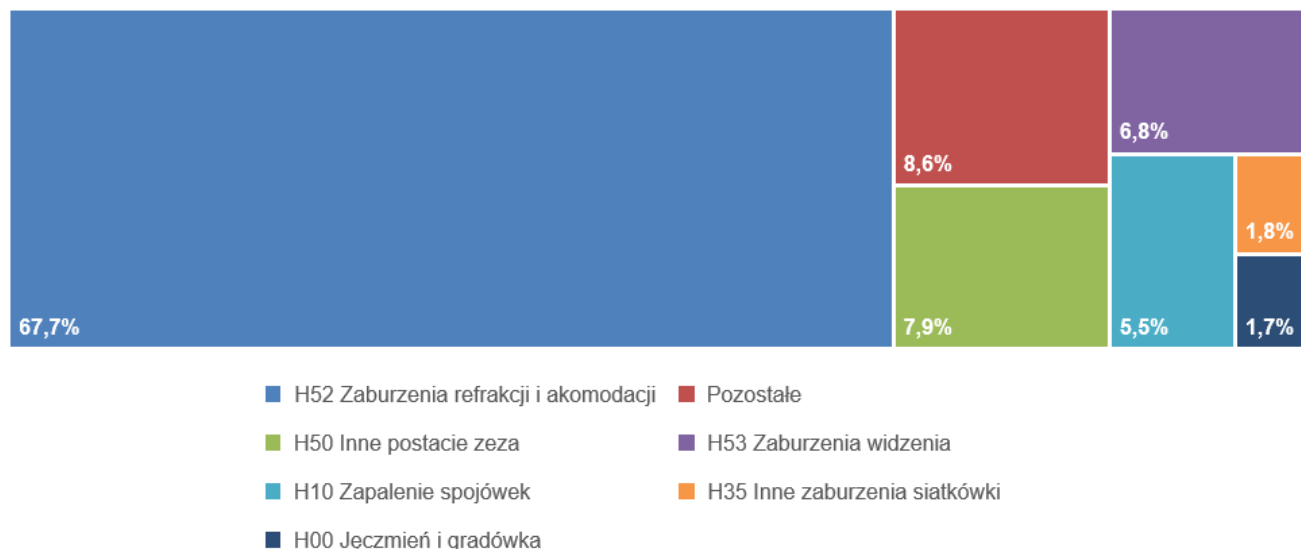


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

Poniższa analiza obejmuje rozpoznania okulistyczne u dzieci z lat 2022–2024, sklasyfikowane zgodnie z kodami ICD-10 (3-znakowe). Uzyskane dane wskazują, że zdecydowanie najczęściej występującą grupą schorzeń są zaburzenia refrakcji

i akomodacji (H52), które stanowią aż 68% wszystkich przypadków. Na dalszych miejscach znajdują się pozostałe rozpoznania oraz inne postacie zezu (H50), z jednakowym udziałem po 8%. Kolejną grupę stanowią zaburzenia widzenia (H53), odpowiadające za 7% rozpoznań. Mniejszy, choć wciąż istotny odsetek stanowią zapalenia spojówek (H10, 6%), a także inne zaburzenia siatkówki (H35) oraz zmiany zapalne powiek w postaci jęczmienia i gradówki (H00), po 2% każdy.

Wykres 7. Struktura wskazań wśród dzieci korzystających w AOS ze świadczeń okulistycznych w podziale na ICD-10 w latach 2022–2024

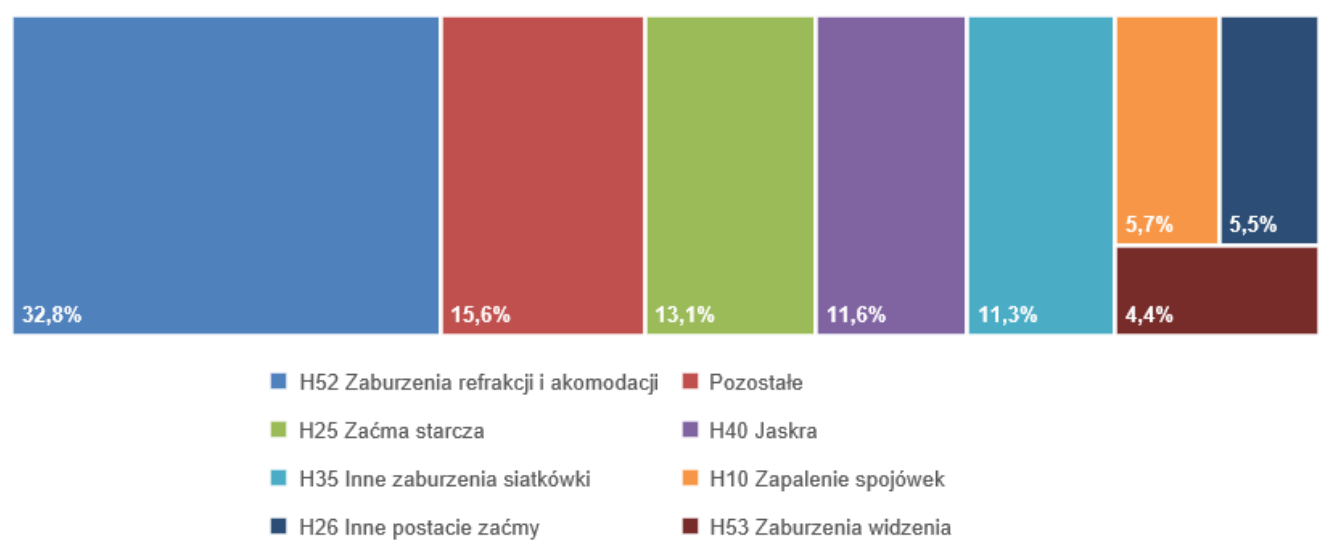


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

Analiza struktury rozpoznań okulistycznych u pacjentów w 2024 r., według klasyfikacji ICD-10 (3-znakowej) wskazuje, że największą grupę stanowią zaburzenia refrakcji i akomodacji (H52), które obejmują 33% wszystkich rozpoznań. Na drugim miejscu znalazły się choroby soczewki – zaćma starcza (H25) z udziałem 13% oraz inne postacie zaćmy (H26) stanowiące 5%, co łącznie daje 18% ogółu.

Znaczący udział mają również jaskra (H40, 12%) oraz inne zaburzenia siatkówki (H35, 11%), Zapalenie spojówek (H10) stanowi 6% wszystkich przypadków, a zaburzenia widzenia (H53) – 4%. Pozostałe jednostki chorobowe łącznie obejmują 16% rozpoznań, co wskazuje na zróżnicowany, lecz mniej liczny udział innych schorzeń okulistycznych w strukturze ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Wykres 8. Struktura wskazań wśród dorosłych korzystających w AOS ze świadczeń okulistycznych w podziale na ICD-10 w latach 2022–2024



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

Największą liczbę pacjentów objęto procedurą badania dna oka (ICD-9: 95.1902), którą wykonano u około 3,2 mln osób, co odpowiada blisko 90% wszystkich pacjentów korzystających z ambulatoryjnych świadczeń okulistycznych. Niewiele rzadziej wykonywano tonometrię (ICD-9: 89.11) – procedurę zrealizowaną u około 3,1 mln pacjentów (ok. 86% ogółu). Na trzecim miejscu znalazła się autorefraktometria (ICD-9: 95.1912), wykonana u podobnej liczby osób – 3,0 mln pacjentów, co stanowi około 85% wszystkich objętych opieką.

Pozostałe procedury, w tym m.in. porady lekarskie, badania w lampie szczelinowej, optyczna koherentna tomografia oka (OCT) oraz testy dodatkowe, takie jak pachymetria czy badanie widzenia barw, wykonywano u mniejszego odsetka pacjentów. Łącznie procedury spoza pierwszej trójki dotyczyły ok. 27% wszystkich pacjentów.

Komentarz analityka: Należy zauważyć, że pacjenci mogli mieć wykonane więcej niż jedną procedurę okulistyczną w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, natomiast wartość „ogółem” odnosi się do unikalnej liczby pacjentów, a nie do sumy wszystkich wykonanych świadczeń. W 2024 r. ambulatoryjną opieką okulistyczną objęto 3 546 378 pacjentów.

Tabela 18. Top 10 procedur okulistycznych najczęściej wykonywanych u pacjentów w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w 2024 r.

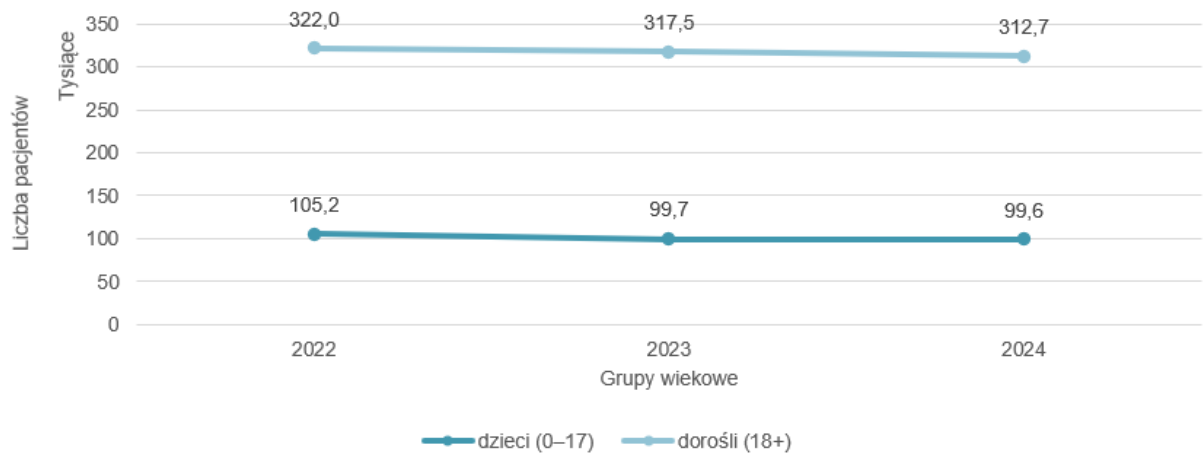
ICD-9 kod	ICD9 nazwa	Liczba pacjentów
95.1902	Badanie dna oka	3 177 665
89.11	Tonometria	3 056 113
95.1912	Autorefraktometria	3 015 056
89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta	1 928 183
95.1906	OCT – Optyczna koherentna tomografia oka	1 849 305
95.1913	Badanie w lampie szczelinowej	1 540 101
95.1901	Badanie ostrości wzroku	822 270
95.1910	Pachymetria	524 323
95.1908	Keratometria	418 762
95.06	Badanie widzenia barw	361 442
Pozostałe		948 904
Ogółem		3 546 378

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ

Wyroby optyczne wydawane na zlecenie

W latach 2022–2024 liczba pacjentów, która wykupiła wyroby optyczne wydawane na zlecenie spadła z 427 tys. do 412 tys. (o 3,5%). W tym czasie u dzieci zmniejszyła się ze 105 tys. do 100 tys. (o 5,3%), a u dorosłych z 322 tys. do 313 tys. (o 2,9%). W analizowanych latach udział dzieci wśród osób realizujących zlecenia na wyroby optyczne finansowane przez NFZ wynosił 21%, natomiast udział dorosłych – 79%.

Wykres 9. Liczba pacjentów kupująca wyroby optyczne wydawane na zlecenie w latach 2022–2024



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych z bazy ZPOSP.

W 2024 r. w grupie wiekowej dzieci (0–17 lat) zrefundowano łącznie 203 tys. wyrobów optycznych wydawanych na zlecenie dla 100 tys. pacjentów, na kwotę refundacji 7 mln zł oraz dopłat pacjentów w wysokości 10 mln zł. Największą liczbę stanowiły soczewki okularowe korekcyjne do dali – 199 tys. sztuk dla 98 tys. pacjentów (refundacja 6 mln zł, dopłaty 10 mln zł). Kolejne pozycje obejmowały m.in. soczewki okularowe do blizy (3 tys. sztuk, refundacja 168 tys. zł), soczewki kontaktowe twarde, hybrydowe lub miniskleralne (486 sztuk, refundacja 262 tys. zł) oraz epiprotezy oka (118 sztuk, refundacja 94 tys. zł). Pozostałe wyroby, takie jak lupy, soczewki kontaktowe miękkie, protezy oka, filtry medyczne, okulary lupowe, monookulary czy okulary lornetkowe, występowały w znacznie mniejszych ilościach, generując odpowiednio niższe kwoty refundacji i dopłat.

W omawianym roku w grupie osób dorosłych (18+) zrefundowano łącznie 844 tys. wyrobów optycznych wydawanych na zlecenie dla 313 tys. pacjentów, przy kwocie refundacji 23 mln zł oraz dopłatach pacjentów wynoszących 48 mln zł. Najlichniej występowały soczewki okularowe korekcyjne – do blizy (431 tys. sztuk, refundacja 9 mln zł, dopłaty 20 mln zł) oraz do dali (402 tys. sztuk, refundacja 9 mln zł, dopłaty 23 mln zł). Mniejsze liczby dotyczyły m.in. soczewki kontaktowej twardej, hybrydowej lub miniskleralnej (4 tys. sztuk, refundacja 2 mln zł), lup produkowanych seryjnie (2 tys. sztuk, refundacja 395 tys. zł) i okularów lupowych (1,5 tys. sztuk, refundacja 618 tys. zł). Pozostałe wyroby, takie jak okulary lornetkowe do blizy i do dali, protezy oraz epiprotezy oka, monookulary, filtry medyczne i soczewki kontaktowe miękkie, występowały w znacznie mniejszych liczbach, generując odpowiednio niższe kwoty refundacji i dopłat.

W obu grupach wiekowych (dzieci i dorośli) dominowały soczewki okularowe do dali i blizy, które stanowiły przeważającą część zrefundowanych wyrobów i ich kwot, podczas gdy pozostałe produkty występowały w mniejszych ilościach, a ich wartości finansowe były wyższe w przypadku dorosłych niż dzieci.

Tabela 19. Wyroby optyczne wydawane na zlecenie według grup wiekowych – liczba pacjentów i kwoty w 2024 r.

Grupy wiekowe	Nazwa wyrobów medycznych - optycznych	Liczba		Kwota (w zł)	
		pacjentów	wydanych wyrobów	refundacji	dopłat pacjentów
dzieci (0–17)	Soczewka okularowa korekcyjna do dali	98 156	199 168	6 349 495	9 747 049
	Soczewka okularowa korekcyjna do blizy	1 714	3 310	165 675	159 803
	Soczewka kontaktowa twarda albo hybrydowa, albo miniskleralna	266	486	262 440	232 379
	Epiproteza oka	110	118	94 400	188 400
	Lupa produkowana seryjnie	24	26	5 120	2 101
	Soczewka kontaktowa miękka	23	41	5 535	3 740
	Proteza oka	13	15	10 500	22 000

Grupy wiekowe	Nazwa wyrobów medycznych - optycznych	Liczba		Kwota (w zł)	
		pacjentów	wydanych wyrobów	refundacji	dopłat pacjentów
	Filtr medyczny krawędziowy powyżej 400 nm do 2 sztuk	12	26	2 340	16 702
	Okulary lupowe	10	10	4 000	2 114
	Monookular	7	7	2 800	1 437
	Okulary lornetkowe do blizy	5	5	2 000	398
	Okulary lornetkowe do dali	3	3	1 200	0
	Ogółem	99 618	203 215	6 905 505	10 376 123
dorośli (18+)	Soczewka okularowa korekcyjna do blizy	216 575	431 237	9 119 812	19 669 059
	Soczewka okularowa korekcyjna do dali	204 620	402 438	9 382 106	23 213 817
	Soczewka kontaktowa twarda albo hybrydowa, albo miniskleralna	2 287	3 926	2 119 860	3 065 556
	Lupa i lupa produkowana seryjnie	1 858	1 995	394 640	190 896
	Okulary lupowe	1 542	1 547	618 200	177 247
	Okulary lornetkowe do blizy	790	797	318 750	52 407
	Proteza oka	582	589	412 300	524 700
	Epiproteza oka	517	521	416 800	482 500
	Monookular	232	259	103 238	26 237
	Filtr medyczny krawędziowy powyżej 400 nm do 2 sztuk	210	396	35 640	93 875
	Okulary lornetkowe do dali	195	195	78 000	13 230
	Soczewka kontaktowa miękka	51	74	9 950	10 646
	Ogółem	312 656	843 974	23 009 296	47 520 171
	Razem dzieci i dorośli	412 274	1 047 189	29 914 802	57 896 294

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych z bazy ZPOSP

6.2. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Pismem z dn. 15.10.2025 r., znak: NFZ-DSOZ-SAOS.421.8.2025_2025_478935_AJA IK: 2151919, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przekazał do AOTMiT opinię w sprawie skutków finansowych zakwalifikowania świadczenia: „Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W swojej opinii Prezes NFZ wskazał, że:

- nie jest możliwe oszacowanie pełnych skutków finansowych wprowadzenia do finansowania doboru szkieł okularowych lub soczewek, ponieważ dotychczas dobór korekcji okularowej w istotnej części odbywa się zupełnie w systemie komercyjnym, a ten realizowany w ramach systemu ubezpieczeniowego, następuje w ramach porady lekarza okulisty po wykonaniu pełnego badania wzroku, zgodnie ze wskazaniami medycznymi i nie był sprawozdawany odrębnie, ale stanowił element porady;
- ze sprawozdawczości dotyczącej refundacji soczewek okularowych, wynika, że rocznie o refundację tego typu wyrobów ubiega się ok. 3,8 tys. osób, przy czym z uwagi na niskie dopłaty Funduszu do szkieł okularowych wiele osób wymagających korekcji wzroku, które dotychczas otrzymywały zlecenie od okulisty lub wykonywały okulary u optyka i w ich cenę wliczony był dobór szkieł przez optometrystę, nie ubiegało się o refundację;
- dodanie do rozporządzenia AOS procedur związanych z doбором okularów, oprócz odrębnego finansowania świadczenia w gabinetach optometrycznych, prawdopodobnie wymusi wyodrębnienie rozliczania porady obejmującej *stricto* dobór korekcji okularowej przez lekarza okulistę, zatem łączne skutki finansowe wprowadzenia ww. zmian będą wyższe, niż same koszty porad optometrycznych;
- odnosząc się do propozycji dodania wskazanych w piśmie procedur i świadczeń:
 - nie jest zasadne wprowadzenie do rozporządzenia AOS procedur: rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) i badanie oka - inne (95.09). Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności realizowana i finansowana jest w rodzaju rehabilitacja lecznicza,

- zasadne jest, w ramach porady optometrycznej, jedynie badanie wzroku oraz dobór korekcji z zastosowaniem procedur aktualnie zawartych w rozporządzeniu AOS oraz planowanych do wprowadzenia, przy czym powinny to być najwyżej dwa produkty rozliczeniowe, relatywnie nieskomplikowane rozliczeniowo i jednoznacznie ograniczające się do badania wzroku i doboru korekcji:
 - świadczenie podstawowe,
 - świadczenie kontrolnez określonym zakresem procedur i obowiązkiem realizacji co najmniej wskazanej liczby tych procedur oraz w uśrednionej cenie dla każdego świadczenia;
- zgodnie z aktualnym stanem prawnym, optometrysta nie posiada uprawnień do wystawienia zlecenia na soczewki korekcyjne z refundacją. Uprawnienie takie zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie ma lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie okulistyki.

6.3. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

6.3.1. Szacowane koszty świadczenia – założenia

Finansowanie obecnie

Na podstawie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 57/2023/DSOZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z późn. zm. porada wraz z badaniem wzroku oraz wypisaniem recepty realizowana jest przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Do jej rozliczenia dedykowane są odpowiednio nw. produkty:

- 5.30.00.0000041 W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu – 100 pkt, tj. 186 zł w przypadku wizyty pierwszorazowej,
- 5.30.00.0000012 W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu – 75 pkt, tj. 139,5 zł w przypadku kolejnych wizyt,
- 5.30.00.0000031 W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy – 82 pkt, tj. 152,5 zł¹⁷.

Źródła danych

W celu realizacji przedmiotowego zlecenia wykorzystano:

- informacje dotyczące czasu trwania wizyt przekazane w:
 - Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej,
 - Stanowisku eksperckim w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia „Porada optometryczna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przekazanym przez:
 - Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki,
 - [REDAKTOWANE] Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki (PTOO),
 - [REDAKTOWANE] Kliniki Okulistyki Instytutu Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka,
- pismo Ministerstwa Zdrowia do Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki (PTOO), sygn. DSZ.0212.647.2022.AD z dn. 30.09.2022 r. wskazujące, że optometrysta posiadający wykształcenie wyższe na poziomie magisterskim kwalifikuje się do grupy zawodowej lp. 5 – „(...) inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4 z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; (...)”¹⁸;
- dane dotyczące wynagrodzeń personelu medycznego z postępowania nr 82 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych za luty 2025 r., po aktualizacji do poziomu od 1 lipca 2025 r.
- dane finansowo-księgowe dotyczące kosztów infrastruktury za lata 2023 – 2024, po aktualizacji właściwymi wskaźnikami wzrostu kosztów od 1 lipca 2025 r,

¹⁷ Na podstawie średniej ceny od lipca 2025 - 1,86 zł/punkt

¹⁸ Strona internetowa: [Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki - PTOO.pl](https://polskieptoo.pl)

- informację przekazaną przez PTOO w korespondencji email z dnia 15.10.2025 r. dotyczącą szacunkowej liczby kilometrów, jaka należy uwzględnić w kosztach realizacji świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

Analiza danych

W ramach przesłanych przez ekspertów stanowisk pozyskano informacje m.in. w zakresie zaangażowania personelu medycznego w realizację świadczenia. Na ich podstawie określono średni czas zaangażowania personelu w ramach poszczególnych porad/wizyt:

- porada podstawowa w poradni – ok. 23 min,
- porada kontrolna w poradni – ok. 17 min,
- porada podstawowa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy – 35 min,
- porada kontrolna w miejscu pobytu świadczeniobiorcy – 25 min.

W przypadku realizacji przedmiotowego świadczenia w miejscu pobytu świadczeniobiorcy koniecznym jest uwzględnienie kosztów dojazdu optometrysty do pacjenta. W części dotyczącej liczby kilometrów i czasu dojazdu personelu medycznego, przyjęto informację przekazaną w korespondencji email przez [REDACTED] PTOO, tj. odległość 25 km, co przekłada się na czas dojazdu ok. 30 min.

Przyjmując założenie, że personel medyczny będzie poruszać się samochodem osobowym, przyjęto stawkę na poziomie 1,15 zł/km wynikającą z rozporządzenia Ministra Infrastruktury.

Szczegóły przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 20. Koszt dojazdu do miejsca pobytu świadczeniobiorcy

Czas [h] / Odległość [km]	Wartość wynagrodzenia za godz./ Stawka za km [zł]	Wartość wynagrodzenia [zł]/ Wartość za dojazd [zł]	Koszt dojazdu [zł]
0,5	91,00	45,50	74,25
25	1,15	28,75	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Z kolei, na podstawie danych z postępowania AOTMiT nr 82 Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, średnie wynagrodzenie uwzględniające koszty pracodawcy (tzw. brutto-brutto) od 1 lipca 2025 r. za godzinę w grupie zawodowej lp. 5 po odcięciu wartości skrajnych wynosi 91,00 zł.

Dodatkowo przeanalizowano cenniki komercyjne w kontekście porównania cen i czasu trwania porady u optometrysty, pozyskane wyniki przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 21. Czas trwania porady optometrysty i ceny komercyjne

Podmiot	Czas [min]	Cena [zł]	Źródło*
Optometrystka Karolina Żaglewska Optometrystka Warszawa	45-90	280	Cennik - Optometrystka
Instytut Oka	40	250	Okulista Warszawa cennik - Instytut Oka
Okulik	30	199	Badanie Wzroku Olsztyn - Optometria Salon optyczny Okulik
Kodano	20-40	200	Ile powinno trwać badanie optometryczne? - KODANO Blog
Vision Express	-	149	Ceny Badania Wzroku Vision Express
Optomed	-	100	Cennik naszego Centrum Okulistyki • Optomed
OKOLAB	-	140	Cennik – Centrum wzroku okoLAB
Centrum optyczno-optometryczne Terapia widzenia	60	280	Cennik - Optometrysta - Optyk - Okulista - Badanie wzroku - Terapia widzenia - Wrocław
Dobry Optometrysta	-	220-380	Cennik - DOBRY OPTOMETRYSTA
	-	300-420**	
Świat Oka. Centrum Okulistyczne	-	250	Cennik Świat Oka - Centrum Okulistyczne. Okulista Warszawa.
	-	300**	
Blink Blink	30-40	179	Profesjonalne badanie wzroku w Blink Blink
MUSCAT	30	89	Badanie wzroku Warszawa MUSCAT Praga
OKKO	30	129	Badanie wzroku w salonach optycznych OKKO Profesjonalna diagnostyka
Warszawski Szpital Okulistyczny	-	250	Cennik - Wszo.pl - klinika okulistyczna
Optegra	-	200	Cennik zabiegów Warszawa Ochota - Kliniki Okulistyczne Optegra

Podmiot	Czas [min]	Cena [zł]	Źródło*
Opticon	-	180-250	Cennik - okulista - poradnia okulistyczna dla dzieci i dorosłych Lublin
Wizjoner - okulistyka	-	300	Cennik - Wizjoner
Clinica dr Szulc	-	200	Cennik Usług, Zabiegów, Badań w Klinice Okulistycznej Dr Szulc
Family Optic	30	159	https://familyoptic.pl/blog/ile-powinno-trwac-badanie-optometryczne.html
Optiland	40	99	https://optiland.pl/pl/blog/Jak-przygotowac-sie-do-badania-optometrycznego-wzroku/62
Retina	45-60	180	https://retina.pl/uslugi/optometria/
Centrum Okulistyczne	-	150	Cennik Centrum Okulistyczne
Centrum Okulistyczne JASKRA	45	250	Małgorzata Chojnacka-Cipielewska - Umów wizytę online ZnanyLekarz.pl
Glamour Optics	60	220	Mgr Milena Kudzin - Umów wizytę online ZnanyLekarz.pl
Zakład Optyczny	-	200	Prywatna wizyta u okulisty, badania okulistyczne - cena Augustów - Zakład Optyczny
Polus	30-60	90	Cennik - Cena badania wzroku - Polus Optyk Olsztyn
MEDLOOK	30-45	150	Cennik - MEDLOOK
Visus	-	160	Cennik - Visus
Strefa Oczu	-	150	https://sferaoczu.asysto.pl/wizyta/krok1/?&&&
One Day Clinic	-	180	https://www.onedayclinic.pl/centrum-okulistyczno-optyczne-wroclaw/
OptOlens	20-40	150	Optometrysta - Salon Optyczno-Okulistyczny Optolens
Genius Eyes	-	150	Cennik - GeniusEyes Optyk Wrocław

Źródło: Opracowanie własne.

*dostęp w dn. 16.10.2025 r.

** wizyta pediatryczna

Infrastruktura

Ze względu na fakt, iż w zleceniu nie wskazano miejsca realizacji świadczenia, oszacowania kosztów infrastruktury dokonano w oparciu kody resortowe 1600 Poradnia okulistyczna, 1601 Poradnia okulistyczna dla dzieci, 1604 Poradnia leczenia zezu i 1605 Poradnia leczenia zezu dla dzieci zgodnie z obecnymi warunkami realizacji świadczeń w zakresie miejsca realizacji.

Koszt infrastruktury oszacowano na podstawie danych finansowo – księgowych za lata 2023 – 2024 przekazanych przez świadczeniodawców dla ww. kodów resortowych łącznie 94 obserwacji, które zostały zaktualizowane właściwymi wskaźnikami wzrostu kosztów od 1 lipca 2025 r. Wartość infrastruktury za godzinę po odcięciu wartości skrajnych metodą box plot wynosi 183,88 zł.

W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu pobytu pacjenta, do kalkulacji kosztów infrastruktury przyjęto 10% wartości infrastruktury za godzinę, jako koszt uwzględniający wydatki związane z organizacją i utrzymaniem niezbędnego miejsca do przechowywania dokumentacji medycznej oraz sprzętu wykorzystywanego podczas realizacji świadczeń poza placówką medyczną.

Tabela 21. Wynik analizy kosztów

Miejsce udzielania świadczenia	Rodzaj świadczenia	Czas porady [h]	Wartość wynagrodzenia za poradę [zł]	Wartość infrastruktury /infrastruktury z dojazdem za poradę [zł]	Wartość świadczenia [zł]
Poradnia	Wizyta podstawowa	0,39	35,49	71,71	107,20
	Wizyta kontrolna	0,28	25,48	51,49	76,97
Miejsce pobytu pacjenta	Wizyta podstawowa	0,58	52,78	84,92	137,70
	Wizyta kontrolna	0,42	38,22	81,97	120,19

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

6.3.2. Szacowane skutki finansowe

Populacja: pacjenci scharakteryzowani rozpoznaniem medycznym wg kodów ICD-10 z grupy H: H00–H59 odczuwający pogorszenie jakości widzenia

Liczebność populacji: opisana odrębnie dla poszczególnych oszacowań

Horyzont czasowy: 2 lata

Jednostkowy koszt świadczenia: Zgodnie z założeniami kosztowymi przyjętymi przez Wydział Taryfikacji do wyceny świadczenia „Porada optometryczna”, podzielono je na dwa typy porad różnicowane ze względu na miejsce realizacji świadczenia:

- poradni optometrycznej: podstawowa – 107,2 zł; kontrolna – 76,97 zł;
- miejscu pobytu pacjenta: podstawowa – 137,7 zł; kontrolna – 120,19 zł.

W analizie przyjęto stałą cenę za porady w kolejnych latach objętych prognozą.

Perspektywa: płatnika publicznego

6.3.3. Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego

Liczebność populacji: przyjęto założenia i wartości wskazane w opinii Konsultanta Krajowego ds. okulistyki:

- roczna liczba porad okulistycznych w AOS: 7 000 000.
- udział dzieci (0–17 lat): 5%, udział dorosłych: 95%.
- zakres przeniesienia świadczeń udzielanych przez lekarza okulistę w AOS na optometrystę: 20–30% wszystkich porad okulistycznych.
- struktura porad optometrycznych:
 - porady podstawowe (pierwszorazowe) – 80% wszystkich porad,
 - porady kontrolne (kolejne) – 20% wszystkich porad.
- przyjęto, że w drugim roku – liczba porad optometrycznych wzrasta maksymalnie o 10% względem roku pierwszego.

W szacunkach wykorzystano wartości dla populacji ogółem.

Tabela 20. Prognozowana liczba pacjentów na dwa kolejne lata na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i formularza uzupełniającego przekazanego przez Konsultanta Krajowego ds. okulistyki

Rok po wprowadzeniu wnioskowanej porady optometrycznej	Porada optometryczna wg typu:	Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady optometrycznej		
		Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem
I rok	Ogółem (20–30% z 7 mln porad AOS optometrycznych)			
	minimalny (20%)	70 000	1 330 000	1 400 000
	maksymalny (30%)	105 000	1 995 000	2 100 000
	Porada podstawowa (licząc 80% wizyt podstawowych)			
	minimalny (20%)	56 000	1 064 000	1 120 000
	maksymalny (30%)	84 000	1 596 000	1 680 000
	Porada kontrolna (licząc 20% wizyt kontrolnych)			
	minimalny (20%)	14 000	266 000	280 000
	maksymalny (30%)	21 000	399 000	420 000
II rok	Ogółem (przy wprowadzeniu zmian liczba porad optometrycznych powinna zwiększyć się o 10% maksymalnie)			

Rok po wprowadzeniu wnioskowanej porady optometrycznej	Porada optometryczna wg typu:	Przewidywana liczba pacjentów, która skorzystałaby z wnioskowanej porady optometrycznej		
		Pacjenci w wieku 0–17 lat	Pacjenci w wieku 18 lat i powyżej	Ogółem
	minimalny (20%)	77 000	1 463 000	1 540 000
	maksymalny (30%)	115 500	2 194 500	2 310 000
	Porada podstawowa			
	minimalny (20%)	61 600	1 170 400	1 232 000
	maksymalny (30%)	92 400	1 755 600	1 848 000
	Porada kontrolna			
	minimalny (20%)	15 400	292 600	308 000
	maksymalny (30%)	23 100	438 900	462 000

Źródło: Opinia Konsultanta Krajowego ds. okulistyki

Wyniki:

Z poniższej tabeli wynika, że szacowane koszty świadczeń udzielonych przez:

- optometrystów mogą wynieść w zależności od scenariusza odpowiednio w kolejnych dwóch latach:
 - 120 mln – 180 mln zł oraz 132 mln – 198 mln zł – dla porad podstawowych,
 - 22 mln – 32,3 mln zł oraz 24 mln – 36 mln zł – dla porad kontrolnych,
- okulistów mogą wynieść w zależności od scenariusza odpowiednio w kolejnych dwóch latach:
 - 208 mln – 312 mln zł oraz 229 mln – 344 mln zł – dla porad podstawowych,
 - 39 mln – 58 mln zł oraz 43 mln – 64 mln zł – dla porad kontrolnych.

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 21. Prognoza kosztów porad okulisty i optometrysty na dwa kolejne lata na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i formularza uzupełniającego przekazanego przez ekspertów

Rok	Scenariusz populacyjny	Liczba pacjentów		Koszty porad optometrysty (zł)		Koszty porad okulisty (zł)	
		Porada podstawowa	Porada kontrolna	Porada podstawowa	Porada kontrolna	Porada podstawowa	Porada kontrolna
I	minimalny (20%)	1 120 000	280 000	120 064 000	21 551 600	208 320 000	39 060 000
	maksymalny (30%)	1 680 000	420 000	180 096 000	32 327 400	312 480 000	58 590 000
II	minimalny (20%)	1 232 000	308 000	132 070 400	23 706 760	229 152 000	42 966 000
	maksymalny (30%)	1 848 000	462 000	198 105 600	35 560 140	343 728 000	64 449 000

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Wartość inkrementalnego kosztu dla płatnika wyliczono jako iloczyn różnicy jednostkowych kosztów porady optometrycznej i odpowiadającej jej porady okulistycznej oraz liczby porad przeniesionych do realizacji przez optometrystę. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 22. Prognoza kosztów inkrementalnych na dwa kolejne lata na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i formularza uzupełniającego przekazanego przez ekspertów

Rok	Scenariusz populacyjny	Koszty inkrementalne (zł) wg typu porady:		Koszt inkrementalny (zł) ogółem*
		Porada podstawowa	Porada kontrolna	
I	minimalny (20%)	-88 256 000	-17 508 400	-105 764 400
	maksymalny (30%)	-132 384 000	-26 262 600	-158 646 600
II	minimalny (20%)	-97 081 600	-19 259 240	-116 340 840
	maksymalny (30%)	-145 622 400	-28 888 860	-174 511 260

Objaśnienie: * - wartości ujemne oznaczają korzyść/zmniejszenie kosztu dla płatnika.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Szacowane koszty inkrementalne płatnika publicznego przy założeniu, że przyjęta do wyliczeń populacja nie zostanie przekierowana od optometrysty do okulisty i świadczenia dla danego pacjenta będą odbywały się jedynie w zakresie porad optometrycznych:

- w I roku obowiązywania ocenianego świadczenia oszczędności mogą wynieść:
 - ok. 105,8 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 158,6 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych),
- w II roku oszczędności te mogą wynieść odpowiednio:
 - ok. 116,3 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 174,5 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych).

6.3.4. Prognoza wydatków płatnika publicznego – oszacowanie własne AOTMiT

Liczebność populacji: oszacowana jako % udział pacjentów przechodzących z poradni okulistycznych do poradni optometrystów

Liczba pacjentów korzystających z porad okulistycznych w AOS, dla których świadczenia rozliczono za pomocą trzech produktów rozliczeniowych – W41, W12 i W31 zgodnie z założeniami Wydziału Taryfikacji¹⁹ wyniosła 1 884 426 osób (na podstawie danych z bazy SWIAD z 2024 roku).

Udział pacjentów przechodzących z poradni okulistycznych do poradni optometrystów – na podstawie opinii eksperckich:

- w pierwszym roku: maksymalnie 30% ogólnej liczby pacjentów korzystających z porad okulistycznych,
- w drugim roku: maksymalnie 50% ogólnej liczby pacjentów korzystających z porad okulistycznych.

Struktura i liczba porad optometrycznych:

- porady podstawowe (pierwszorazowe): 100% dla wszystkich pacjentów korzystających z porad optometrysty, w tym 0,05% udzielanych w miejscu pobytu pacjenta (na podstawie danych z bazy SWIAD z 2024 roku),
- porady kontrolne (kolejne): 20% pacjentów korzystających z porad optometrysty w ramach porady podstawowej (założenia na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki), w tym 0,05% udzielanych w miejscu pobytu pacjenta (na podstawie danych z bazy SWIAD z 2024 roku).

Wyniki:

Z poniżej tabeli wynika, iż koszt porad okulistycznych w obu analizowanych latach jest około 1,7 razy wyższy niż koszt porady optometrysty. W I roku koszty porady optometrysty wyniosłyby 69,3 mln zł, a okulisty 120,9 mln zł, natomiast w II roku odpowiednio 115,5 mln zł oraz 201,5 mln zł.

Tabela 23. Prognoza kosztów porad okulisty i optometrysty według AOTMiT na dwa kolejne lata

Rok	Proponowany produkt jednostkowy	Liczba porad	Koszty porad optometrysty (zł)	Koszty porad okulisty (zł)
I	Porada podstawowa w poradni	565 045	60 572 839	105 098 395
	Porada kontrolna w poradni	113 009	8 698 305	15 764 759
	Porada podstawowa w miejscu pobytu pacjenta	282	38 923	43 106
	Porada kontrolna w miejscu pobytu pacjenta	56	6 795	8 621
	Suma	678 392	69 316 861	120 914 882
II	Porada podstawowa w poradni	941 742	100 954 731	175 163 992
	Porada kontrolna w poradni	188 348	14 497 175	26 274 599
	Porada podstawowa w miejscu pobytu pacjenta	471	64 857	71 828
	Porada kontrolna w miejscu pobytu pacjenta	94	11 322	14 366
	Suma	1 130 655	115 528 084	201 524 784

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Inkrementalny koszt dla płatnika wyliczono jako różnicę między jednostkowymi kosztami porady okulistycznej i optometrycznej, pomnożoną przez liczbę świadczeń przeniesionych do realizacji przez optometrystę przy założeniu,

¹⁹ 5.30.00.0000041 – W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu – 100 pkt, tj. 186,00 zł (w przypadku wizyty pierwszorazowej), 5.30.00.0000012 – W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu – 75 pkt, tj. 139,50 zł (w przypadku kolejnych wizyt), 5.30.00.0000031 – W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy – 82 pkt, tj. 152,50 zł.

że przyjęta do wycień populacja nie zostanie przekierowana od optometrysty do okulisty i świadczenia dla danego pacjenta będą odbywały się jedynie w zakresie porad optometrycznych.

Szacowane koszty inkrementalne płatnika publicznego:

- w I roku obowiązywania ocenianego świadczenia oszczędności mogą wynieść: 51 598 021 zł,
- w II roku jego obowiązywania oszczędności mogą wynieść: 85 996 700 zł.

Ograniczenia dotyczące szacowania kosztów związanych z wdrożeniem porady optometrycznej w systemie ochrony zdrowia:

Szacunki kosztowe związane z wdrożeniem świadczenia obarczone są istotną niepewnością, wynikającą z następujących czynników:

- Brak obecności porady optometrycznej w koszyku świadczeń gwarantowanych uniemożliwia wiarygodne oszacowanie potencjalnej liczby pacjentów zainteresowanych świadczeniem na podstawie danych systemowych.
- Trudna do przewidzenia skala migracji pacjentów do porady optometrycznej. Nie wiadomo dokładnie, ilu pacjentów zdecyduje się na korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ, tak tych, którzy aktualnie korzystają z poradni okulistycznych, jak i tych korzystających z usług optometrysty na rynku komercyjnym.
- Nie jest możliwe precyzyjne oszacowanie udziału porad kontrolnych w ogólnej liczbie świadczeń optometrycznych.
- W analizie kosztowej przyjęto założenie braku dyskontowania ceny porady w kolejnych latach, co może wpływać na dokładność długoterminowych prognoz.
- Dostępne dane o kolejkach do ambulatoryjnych świadczeń okulistycznych nie odzwierciedlają pełnego zapotrzebowania na te usługi, ponieważ nie uwzględniają osób, które nie zostały zarejestrowane w systemie z powodu ograniczonej dostępności specjalistów. W efekcie rzeczywista liczba pacjentów zainteresowanych konsultacją okulistyczną może być znacznie wyższa niż wynika to z oficjalnych statystyk.

Z uwagi na wskazane powyżej ograniczenia, prognozowane koszty inkrementalne płatnika publicznego wynikające z ewentualnego wprowadzenia porady optometrycznej należy traktować z ostrożnością. Wymagane będzie systematyczne monitorowanie rzeczywistych wydatków płatnika publicznego związane z realizacją porady optometrycznej, jak również analiza zmian w strukturze ambulatoryjnych świadczeń okulistycznych udzielanych w ramach poradni okulistycznych.

7. Oszacowanie potencjału wykonawczego

Podmioty prowadzące praktyki optometrystów. W tabeli poniżej przedstawiono liczbę podmiotów prowadzących praktyki optometrystów zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Optometrii i Optyki (PTOO) w poszczególnych województwach (stan na 2025 r.) oraz dostępność tych podmiotów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

W Polsce działa łącznie 275 podmiotów zrzeszonych w PTOO, co odpowiada średnio jednemu podmiotowi na około 136,9 tys. mieszkańców, czyli 0,07 podmiotu na 10 000 mieszkańców. Najwięcej podmiotów zarejestrowano w województwach: śląskim (39), wielkopolskim (33) oraz dolnośląskim (28). Najmniejszą liczbę podmiotów odnotowano w województwach: podlaskim (6), zachodniopomorskim (8) oraz lubuskim (9).

Najmniej mieszkańców na jeden podmiot przypada w województwie opolskim – około 54,9 tys. osób (czyli ok. 0,18 podmiotu na 10 000 mieszkańców). Natomiast w województwach mazowieckim, łódzkim, podkarpackim, zachodniopomorskim i podlaskim na jeden podmiot przypada od ok. 262,4 tys. do ok. 189,2 tys. osób (0,04–0,05 podmiotu na 10 000 mieszkańców), co może sugerować relatywnie gorszą dostępność usług optometrystów w tych województwach.

Tabela 24. Liczba podmiotów prowadzących praktyki optometrystów zrzeszonych w PTOO w podziale na województwa oraz ich dostępność na 10 tys. mieszkańców w 2025 r.

Województwo	Liczba podmiotów prowadzących praktyki optometrystów zrzeszonych w PTOO *	Liczba mieszkańców**	Liczba podmiotów przypadających na 10 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	28	2 874 496	0,10
Kujawsko-Pomorskie	15	1 990 323	0,08
Lubelskie	12	2 003 475	0,06
Lubuskie	9	972 140	0,09
Łódzkie	11	2 354 135	0,05
Małopolskie	27	3 429 685	0,08
Mazowieckie	21	5 510 618	0,04
Opolskie	17	933 349	0,18
Podkarpackie	10	2 067 139	0,05
Podlaskie	6	1 135 201	0,05
Pomorskie	14	2 359 956	0,06
Śląskie	39	4 305 126	0,09
Świętokrzyskie	14	1 163 001	0,12
Warmińsko-Mazurskie	11	1 353 374	0,08
Wielkopolskie	33	3 484 177	0,09
Zachodniopomorskie	8	1 626 876	0,05
Polska	275	37 563 071	0,07

Objaśnienia: * - dane z Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki; ** - dane z GUS na 31.XII.2024

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://www.polskawliczbach.pl> i <https://ptoo.pl/cala-polska/>

Poradnie okulistyczne.²⁰ W Polsce w 2024 r. funkcjonowało 1 857 MUS-ów (Miejsc Udzielania Świadczeń) udzielających świadczeń okulistycznych i leczenia zeza. Najwięcej poradni okulistycznych zlokalizowano w województwach: śląskim (230), mazowieckim (174) oraz dolnośląskim (151). Poradnie okulistyczne dla dzieci występują najliczniej w województwach śląskim (36), mazowieckim (22) i łódzkim (15), natomiast poradnie zajmujące się leczeniem zeza – w województwach mazowieckim (13), małopolskim (8) i dolnośląskim (5). Odrębne poradnie leczenia zeza dla dzieci działają jedynie w województwach podlaskim i warmińsko-mazurskim (po jednej poradni w każdym). Dane te wskazują na istotne zróżnicowanie terytorialne dostępności świadczeń okulistycznych, ze szczególną przewagą województw obejmujących największe aglomeracje miejskie.

²⁰ W tym poradnie okulistyczne dla dorosłych i dla dzieci oraz poradnie leczenia zeza dla dorosłych i dla dzieci

Tabela 25. Liczba MUS, w których w 2024 r. udzielano świadczeń okulistycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w podziale na województwa oraz rodzaje poradni: okulistyczna, okulistyczna dla dzieci, leczenia zęza, leczenia zęza dla dzieci

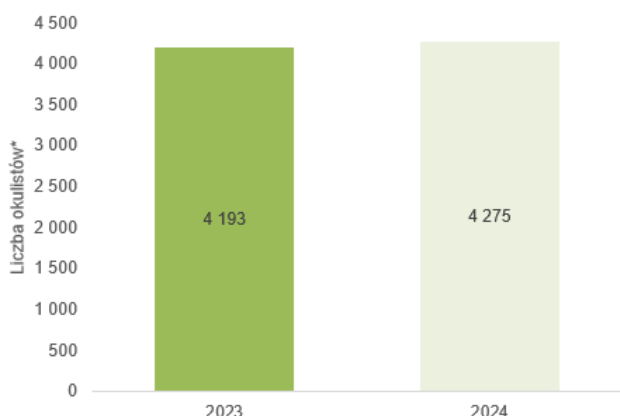
OW NFZ	Poradnia okulistyczna	Poradnia okulistyczna dla dzieci	Poradnia leczenia zęza	Poradnia leczenia zęza dla dzieci
Dolnośląskie	151	10	5	
Kujawsko-Pomorskie	73	3	3	
Lubelskie	73	15	3	
Lubuskie	31	2	2	
Łódzkie	100	15	3	
Małopolskie	101	8	8	
Mazowieckie	174	22	13	
Opolskie	48	5		
Podkarpackie	82	8	3	
Podlaskie	37	3	1	1
Pomorskie	61	3	5	
Śląskie	230	36	2	
Świętokrzyskie	47	6	2	
Warmińsko-Mazurskie	45	2		1
Wielkopolskie	106	10	4	
Zachodniopomorskie	56		1	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z bazy RUM-NFZ.

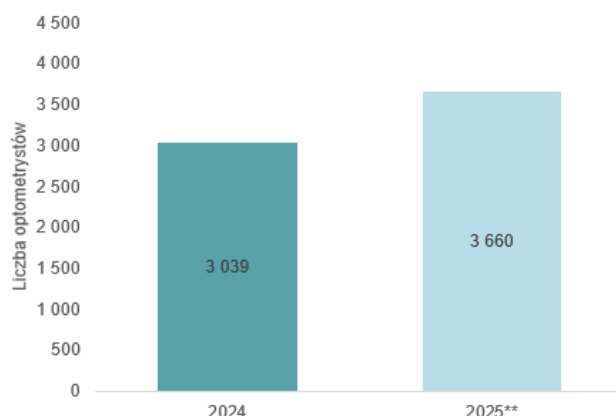
W latach 2023–2024 liczba okulistów utrzymywała się na stabilnym poziomie, wykazując niewielki wzrost – odnotowano przyrost o 82 specjalistów, co stanowi wzrost o 2%, osiągając w 2024 r. łączną liczbę 4,3 tys. osób posiadających tę specjalizację. W 2025 roku liczba optometrystów²¹ wzrosła do ok. 3,7 tys., co oznacza wzrost o 621 w porównaniu z rokiem 2024 (ok. 3,0 tys.). Dynamika wzrostu wyniosła 20,4%, co wskazuje na rosnące zainteresowanie tym zawodem w Polsce.

Wykres 9. Liczba lekarzy specjalistów z dziedziny okulistyki w latach 2023–2024 oraz optometrystów w latach 2024–2025 posiadających prawo wykonywania zawodu

a) liczba okulistów* w latach 2023–2024



b) liczba optometrystów w latach 2024–2025



Objaśnienia: * - Specjalizacje II stopnia oraz specjalizacje uzyskane tzw. „nowym trybem” (po roku 1999). ** - stan na 12.09.2025 r.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS [Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2024 r.](#) → [Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2024 r. Tablice w formacie XLSX](#) → tablica 2 i danych z bazy CeZ

²¹ Przedstawiono stan na 12.09.2025 r.; dane z CeZ dotyczące liczby optometrystów są dostępne od 2024 r., w związku z wprowadzeniem tej profesji do systemu ochrony zdrowia na mocy ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972, z późn. zm.).

8. Piśmiennictwo

Problem zdrowotny	
Partyka 2015	Partyka O., Wysocki M., Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyczna w Polsce, Przegl. Epidemiol., 2015
RIOZ 2016	Instytut Ochrony Zdrowia, 2016, Raport Instytutu Ochrony Zdrowia: Choroby oczu – problem zdrowotny, społeczny oraz wyzwanie cywilizacyjne w obliczu starzenia się populacji, Źródło: https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_choroby_oczu.pdf , data dostępu: 21.10.2025
Pacholec 2020	Pacholec M., Widzimy nie tylko oczami. Model koordynowanego wsparcia dla osób tracących wzrok w ich środowisku lokalnym, Instytut Tyflogiczny Polskiego Związku Niewidomych, Warszawa 2020
WHO 2019	World Health Organization, 2019, World report on vision, Źródło: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a1406549-82eb-468b-a5a7-1c30a233eb2f/content , data dostępu: 21.10.2025
Wytyczne	
AOA 2023	American Optometric Association, 2023, Comprehensive Adult Eye and Vision Examination. Second Edition, Źródło: https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Comprehensive%20Adult%20Eye%20and%20Vision%20Examination%2C%20Second%20Edition.pdf , data dostępu: 16.10.2025
ECOO 2013	European Council of Optometry and Optics, 2013, Guidelines for Optometric and Optical Services in Europe, Źródło: https://www.ecoo.info/wp-content/uploads/2014/01/Guidelines-for-Optometric-and-Optical-Services-in-Europe.pdf , data dostępu: 16.10.2025
PTO SODiLZ 2021a	Polskie Towarzystwo Okulistyczne Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Leczenia Zeza, 2021, Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku niedowidzenia u dzieci, Źródło: https://pto.com.pl/wp-content/uploads/2021/11/Wytyczne-PTO-dotyczace-postepowania-w-przypadku-niedowidzenia-u-dzieci.pdf , data dostępu: 16.10.2025
PTO SODiLZ 2021b	Polskie Towarzystwo Okulistyczne Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Leczenia Zeza, 2021, Wytyczne dotyczące postępowania w krótkowzroczności postępującej u dzieci i młodzieży, Źródło: https://pto.com.pl/wp-content/uploads/2021/12/Wytyczne-PTO-dotyczace-postepowania-w-krotkowzrocznosc-postepujacej-u-dzieci-i-mlodziezy.pdf , data dostępu: 16.10.2025
AOA 2017	American Optometric Association, 2017, Comprehensive Pediatric Eye and Vision Examination, Źródło: https://www.aoa.org/AOA/Documents/Practice%20Management/Clinical%20Guidelines/EBO%20Guidelines/Comprehensive%20Adult%20Eye%20and%20Vision%20Examination%2C%20Second%20Edition.pdf , data dostępu: 16.10.2025
RCO 2012	Royal College of Ophthalmologists, 2012, Źródło: https://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2021/08/2012-SCI-250-Guidelines-for-Management-of-Strabismus-in-Childhood-2012.pdf , data dostępu: 16.10.2025
PTOO 2025 standardy	Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki, 2025, Standard Badania Optometrycznego, Źródło: https://ptoo.pl/download/doc/Standard_Badania_Optometycznego_2025.pdf , data dostępu: 16.10.2025
ECOO 2025 standardy	European Council of Optometry and Optics, 2025, The Optometric Vision examination, Źródło: https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/08/ECOO-Contents-of-Vision-examination-Position-Paper-April-2025.pdf , data dostępu: 16.10.2025
PTOO 2025 wyposażenie	Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki, 2025, Wykaz zalecanego wyposażenia gabinetu w zakresie badania optometrycznego, Źródło: https://ptoo.pl/nowy-standard-wyposazenia-gabinetu/ , data dostępu: 16.10.2025
Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	
ECOO 2025	European Council of Optometry and Optics, 2025. Blue Book 2025. Trends in optics and optometry – comparative European data; Źródło: https://ecoo.info/wp-content/uploads/2025/10/BlueBook_2025_web.pdf , data dostępu: 16.10.2025
WHO ECCF 2022	World Health Organization, 2022, Eye care competency framework, WHO 2022, https://www.who.int/publications/i/item/9789240048416 , data dostępu: 16.10.2025

9. Załączniki

9.1. Dostępność optycznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Tabela 26. Aktualna dostępność do wyrobów optycznych wykonywanych na zamówienie lub produkowanych seryjnie w ramach wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Kod	Wyroby medyczne*	Limit finansowania ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania
O.01.01	Soczewka okularowa korekcyjna do blizy	25 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder do $\pm 2,00$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			30% dorośli		raz na 2 lata
		100 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną, sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder od $\pm 2,25$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			10% dorośli		raz na 2 lata
		350 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną, sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder od $\pm 2,25$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			10% dorośli		raz na 2 lata
O.01.02	Soczewka okularowa korekcyjna do dali	25 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder do $\pm 2,00$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			30% dorośli	wady wzroku wymagające korekcji: sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną, sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder od $\pm 2,25$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	raz na 2 lata
		100 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera od $\pm 10,00$ dptr i cylinder od 0,00 dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			10% dorośli	wady wzroku wymagające korekcji: sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder do $\pm 2,00$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	raz na 2 lata
		350 zł	0% dzieci do ukończenia 18. r.ż.	wady wzroku wymagające korekcji: sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną, sfera do $\pm 6,00$ dptr i cylinder od $\pm 2,25$ dptr, w tym soczewka z mocą pryzmatyczną	według wskazań medycznych, nie częściej niż raz na 6 miesięcy
			10% dorośli		raz na 2 lata
O.02.01	Soczewka kontaktowa twarda albo hybrydowa, albo miniskleryalna	600 zł	10%	stożek rogówki; anizometropia powyżej 4 dptr; afakia	raz na rok

Kod	Wyroby medyczne*	Limit finansowania ze środków publicznych	Wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych	Kryteria przyznawania	Okres użytkowania
O.03.01	Soczewka kontaktowa miękka	150 zł	10%	stożek rogówki; anizometropia powyżej 4 dptr; afakia	raz na rok
O.04.01	Epiproteza oka	800 zł	0%	zmiany wielkości i kształtu gałki ocznej wymagające uzupełnienia epiprotezą	dzieci do ukończenia 18. roku życia według wskazań medycznych dorośli raz na 5 lat
O.05.01	Proteza oka	700 zł	0%	brak gałki ocznej	dzieci do ukończenia 18. roku życia według wskazań medycznych dorośli raz na 5 lat
O.06.01	Lupa produkowana seryjnie	200 zł	0%	umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich osobom niedowidzącym przy chorobach siatkówki lub osobom niedowidzącym, gdy ostrość wzroku po korekcie w lepszym oku nie przekracza Vis 0,3	raz na 3 lata
O.07.01	Monookular	400 zł	0%	umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich osobom niedowidzącym przy chorobach siatkówki lub osobom niedowidzącym, gdy ostrość wzroku po korekcie w lepszym oku nie przekracza Vis 0,3	raz na 5 lat
O.08.01	Okulary lupowe	400 zł	0%	umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich osobom niedowidzącym przy chorobach siatkówki lub osobom niedowidzącym, gdy ostrość wzroku po korekcie w lepszym oku nie przekracza Vis 0,3	raz na 5 lat
O.09.01	Okulary lornetkowe do blizy	400 zł	0%	umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich osobom niedowidzącym przy chorobach siatkówki lub osobom niedowidzącym, gdy ostrość wzroku po korekcie w lepszym oku nie przekracza Vis 0,3	raz na 5 lat
O.09.02	Okulary lornetkowe do dali	400 zł	0 %	umożliwienie obserwacji jednoocznej lub dwuocznej przedmiotów bliskich i dalekich osobom niedowidzącym przy chorobach siatkówki lub osobom niedowidzącym, gdy ostrość wzroku po korekcie w lepszym oku nie przekracza Vis 0,3	raz na 5 lat
O.10.01	Filtr medyczny krawędziowy powyżej 400 nm do 2 sztuk	100 zł za sztukę	10%	achromatopsja; albinizm; aniria; zwyrodnienie plamki żółtej w postaci wysiękowej	raz na 3 lata

Objaśnienia: * Okulista jest jedyną osobą uprawnioną do wystawiania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby optyczne. Limit cen napraw wyrobów optycznych wynosi 0 zł.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie RMZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U.2025.1038 t.j. z dnia 2025.07.31).

9.2. Szczegółowe zestawienie otrzymanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 27. Kluczowe przyczyny wskazywane przez ekspertów, dla których wnioskowane świadczenie powinno lub nie powinno być wdrożone do systemu ochrony zdrowia

Ekspert/ towarzystwo naukowe	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Kluczowe przyczyny, dla których wnioskowane świadczenie:	a) powinno być wdrożone do systemu opieki zdrowotnej i finansowane ze środków publicznych na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) Porada optometryczna obejmująca podstawowe – wstępne badania okulistyczne, a w konsekwencji umożliwiającą dobór okularów spowodować powinna w znacznym stopniu odciążenie gabinetów okulistycznych	
	b) nie powinno być wdrożone do systemu opieki zdrowotnej i finansowane ze środków publicznych na poziomie AOS Nie udzielono odpowiedzi	
		Brak.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 28. Stanowisko własne w kwestii założeń wnioskowanego świadczenia na poziomie AOS

Eksperci/ towarzystwa naukowe:	
(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Stanowisko własne:	
Założenia świadczenia są prawidłowe, nie powinny jednak dotyczyć małych dzieci (do wieku szkolnego). Ze względu na odmienną fizjologię widzenia pacjentów najmłodszych (do 6 roku życia), ww świadczenia nie powinny dotyczyć grupy dzieci do 6 roku życia (najlepiej powyżej 7 roku życia). Do 7 roku życia wszelkie nieprawidłowe postępowania mogą spowodować nieodwracalne skutki w narządzie wzroku.	Wprowadzenie świadczenia optometrycznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) stanowi racjonalny i uzasadniony kierunek rozwoju systemu ochrony zdrowia. Optometryści, jako wykwalifikowani specjaliści w zakresie diagnostyki wzroku, mogą skutecznie odciążać lekarzy okulistów w opiece nad pacjentami stabilnymi, nie wymagającymi interwencji medycznej, a jedynie okresowej kontroli funkcji wzrokowych oraz doboru odpowiednich wyrobów medycznych (np. okularów korekcyjnych, soczewek kontaktowych). Takie rozwiązanie pozwoli na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia oraz skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u okulisty dla pacjentów wymagających pilnej konsultacji, leczenia chorób przewlekłych lub prowadzenia terapii złożonych. Obecny model, w którym pacjenci stabilni kierowani są na pełną konsultację okulistyczną w celu uzyskania recepty na wyrób medyczny, jest nieefektywny i prowadzi do blokowania dostępu do świadczeń specjalistycznych dla osób z poważniejszymi schorzeniami. Włączenie konsultacji optometrycznej w zakres świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwi przeprowadzenie badań przesiewowych i wstępnej diagnostyki profilaktycznej przez optometrystów, a w przypadkach wymagających leczenia – szybkie przekierowanie pacjenta do lekarza okulisty. Model taki jest zgodny z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która wskazuje, że integracja usług optometrycznych z publicznym systemem ochrony zdrowia zwiększa efektywność diagnostyczną, poprawia dostępność świadczeń i przyczynia się do wcześniejszego wykrywania chorób wzroku, takich jak jaskra, AMD czy retinopatia cukrzycowa. Włączenie świadczenia optometrycznego do AOS i jego finansowanie ze środków publicznych jest integralnym elementem strategii poprawy efektywności i jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Pozwoli na skrócenie kolejek do specjalistów, zwiększenie dostępności badań wzroku, wcześniejsze rozpoznawanie schorzeń oraz racjonalne wykorzystanie kompetencji poszczególnych grup zawodowych w systemie ochrony zdrowia.
Pozostałe uwagi do wnioskowanego świadczenia:	
Podsumowując świadczenia optometryczne są potrzebne, powinny odciążać gabinety okulistyczne z doboru okularów. Optometrysta nie powinien jednak ordynować leków (w tym na własną rękę leków rozszerzających źrenicę), nie powinien również leczyć schorzeń okulistycznych. Po zbadaniu pacjenta, doborze okularów i stwierdzeniu jakichkolwiek patologii w ostrości wzroku, stanie anatomicznym struktur oka powinien skierować pacjenta dalszą diagnostykę i leczenie do lekarza okulisty.	Brak.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii ekspertów i towarzystw naukowych

Tabela 29. Zastosowanie wnioskowanego świadczenia w kontekście priorytetów zdrowotnych, skutki następstw choroby lub stanu klinicznego określonego w Karcie Świadczenia, a także istotność wnioskowanego świadczenia

Eksperci/ towarzystwa naukowe:	
(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Priorytety zdrowotne:	

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)		(PTOO)
Uzasadnienie: Zastosowanie wnioskowanego świadczenia dotyczy wszystkich pacjentów, a nie wyszczególnionych powyżej.	• cukrzyca • zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania • opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 • leczenie pacjentów geriatrycznych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych • poprawa diagnostyki Uzasadnienie: Zastosowanie wniosku jest związane z priorytetem ochrony narządu zmysłu - narządu wzroku.	
Skutki następstw choroby lub stanu zdrowotnego określonego w Karcie Świadczenia		
• przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba • obniżenie jakości życia Uzasadnienie: Szerszy dostęp do świadczenia powinno umożliwić wcześniejsze wykrycie chorób przewlekłych (np. jaskra) oraz umożliwi łatwiejszy dostęp do doboru okularów	• niezdolność do pracy • przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba • obniżenie jakości życia Uzasadnienie: Choroby okulistyczne przewlekłe, w tym jaskra, retinopatia cukrzycowa lub zwyrodnienie plamki (AMD), często rozwijają się bezboleśnie i bez wyraźnych objawów we wczesnym stadium. Powoduje to odkładanie wizyty kontrolnej okulistycznej przez pacjenta do czasu rozwinięcia się stanu i bezpośredniego wpływu na życie codzienne. Zaniedbanie we wczesnym wykryciu (profilaktyce) lub rozpoczęciu leczenia może prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń wzroku, co w konsekwencji może prowadzić do niezdolności do pracy, braku samodzielności jednostki lub spadku ogólnej jakości życia.	
Istotność:		
• poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość Uzasadnienie: Szerszy dostęp do świadczenia powinno umożliwić wcześniejsze wykrycie chorób przewlekłych (np. jaskra) oraz umożliwi łatwiejszy dostęp do doboru okularów	• zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi • poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość Uzasadnienie: Utworzenie świadczenia w postaci konsultacji optometryzty dostępnej bez konieczności posiadania skierowania od lekarza POZ przyczyni się do zwiększenia dostępności profilaktyki chorób narządu wzroku oraz podniesienia świadomości zdrowotnej społeczeństwa w tym zakresie. Rozwiązanie to umożliwi wcześniejsze wykrywanie stanów patologicznych i nieprawidłowości wzrokowych, które wymagają dalszej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego. Wczesna interwencja diagnostyczna pozwala na ograniczenie negatywnych skutków nieleczonych schorzeń okulistycznych, a w konsekwencji – na zmniejszenie kosztów systemowych wynikających z leczenia zaawansowanych powikłań chorobowych i utraty funkcji wzroku.	

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 30. Doprecyzowanie populacji docelowej w zakresie rozpoznań określonych kodami ICD-10, ujętej w Karcie Świadczenia jako „grupa H”

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Rozpoznanie wg kodów ICD-10:		
H00-H59	H00-H59	H00, H01, H04, H18(H18.6), H25, H49, H50, H51, H52, H53, H55

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Liczba pacjentów, którzy skorzystaliby z wnioskowanego świadczenia, w podziale na wskazane rozpoznanie		
1,4-2,5 mln w I roku leczenia (oszacowanie własne)	Nie potrafię oszacować - brak danych	H49 Zezy porażenne - ok. 20 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H50 Innepostaciezeza - 24 tys. wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 80 - 90 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H51 Innezaburzeniachruchów obuoczných - 2 tys. wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 90 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H52 Zaburzeniarefrakcji i akomodacji - 1,5 mln wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 1800-2000 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H53 Zaburzeniawidzenia - 190 tys. wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 70 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H55 Oczopląsi i inne nieregularne ruchy oczu - ok. 30 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H00 Jęczmień i gradówka - 80 tys wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 10 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H01 Inne stany zapalne powiek - 140 tys wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 15 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H18 Inne patologie rogówki - H18.6 stożek - ok. 120 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H25 Zaćma starcza - ok. 690 tys. wizyt w 2024 r. (MPZ*); ok. 100-120 pacjentów rocznie na 1 os. (oszacowanie własne) H04 Patologie układu łzowego - ok. 120 pacjentów rocznie na 1 os. (dla Zespołu Suchego Oka) (oszacowanie własne)
Dodatkowy komentarz (jeżeli zawarto w opinii):		
Porada powinna być rozliczona na podstawie procedur ICD-9 przeprowadzonych w trakcie wizyty W03 i W04. Ze względu na charakter profilaktyczny wizyty u optometrysty powinna być konieczność sprawozdawania również rozpoznań według słownika ICD-10. Optometrysta na podstawie tego słownika z rozpoznaniem wstępnym kieruje pacjenta do okulisty na leczenie w AOS lub do szpitala. Z tego powodu powinien mieć pełną dostępność do słownika ICD-10	–	–

Objaśnienia: * - Mapa potrzeb zdrowotnych na rok 2024, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, basiw.mz.gov.pl

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii ekspertów i towarzystw naukowych

Tabela 31. Różnice między poradą optometryczną podstawową a poradą optometryczną kontrolną w odniesieniu do zakresu proponowanych czynności optometrystry w ramach wnioskowanej porady, wraz z określeniem średniego czasu trwania tych porad w warunkach ambulatoryjnych

Eksperti/ towarzystwa naukowe:	Zakres czynności zaproponowany w Karcie Świadczenia:										
	przeprowadzenie wywiadu	badanie obiektywne refrakcji i keratometrii	badanie subiektywne refrakcji	badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego	pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem	badanie przedniego odcinka oka	przesiewowe badanie dna oka	postawienie rozpoznania, sformułowanie zaleceń	omówienie planu postępowania i instruktaż użytkownika wyrobu medycznego	wydanie zlecenia na zaopatrzenie pacjenta w wyroby medyczne z grupy „O”	średni czas trwania porady w warunkach ambulatoryjnych
Porada optometryczna – PODSTAWOWA											
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	W tabeli można tylko wykazać różnic między poradą W03 i W04 na konkretnym przykładzie jak wyżej. Do wykazania wszystkich różnic tabela powinna być skonstruowana w inny sposób. Na wizycie nr 1 pacjent był zbadany w stopniu spełniającym zakres wizyty W04 i miał dobraną soczewkę na gałkę twardą. Optometrysta wydał soczewkę i umówił się na wizytę kontrolną, by zobaczyć, jak soczewka sprawuje się na oku więc zbadał tylko przedni odcinek oka, by upewnić się jak jest soczewka tolerowana i poinstruował pacjenta jaki jest dalszy plan, jak ma wyglądać higiena i plan wizyt. Na wizycie nr 2 po 7 dniach nie musiał badać wszystkiego od początku i wykonał wizytę W03. Zarówno w W03 jak i w W04 można wykonać wszystkie procedury tylko zakres wykonywania tych procedur różni się ilościowo. W W04 koniecznie trzeba dobrać pomoce optyczne lub zbadać ostrość wzroku pacjenta i można, ale nie trzeba wykonywać inne procedury z listy W0 oraz koniecznie trzeba zrobić badanie przedniego i tylnego odcinka oka oraz można, ale nie trzeba wykonać również inne procedury z listy W1. Natomiast w zakresie wizyty W03 starczy tylko wykonać jedną procedurę z W0 oraz starczy tylko wykonać jedną procedurę z W01. Wizyta W04 jest podstawową wizytą optometrystry i wymaga nie tylko od optometrystry dobrania okularów, ale również wykonanie procedur o charakterze profilaktycznym, czyli badanie przedniego odcinka i tylnego odcinka oka w celu postawienia wczesnych rozpoznań. Wizyta W03 ma charakter ograniczony, np. wiemy, że pacjent ma jaskrę i pacjent przyszedł skontrolować sobie ciśnienie wewnątrzgałkowe po zmianie leków u okulisty.										
[REDAKOWANE] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	25 min
[REDAKOWANE] (PTOO)	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	30 min
Porada optometryczna – KONTROLNA											
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	jw.										
[REDAKOWANE] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	tak	nie	nie	tak	tak	tak	tak	nie	nie	nie	20 min
[REDAKOWANE] (PTOO)	tak	nie	nie	nie	tak	nie	nie	tak	tak	tak	15 min

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii ekspertkich i towarzystw naukowych

Tabela 32. Możliwość realizacji wnioskowanej porady w populacji pediatrycznej oraz odsetek dzieci, obecnie korzystających ze świadczeń okulistycznych, który mógłby skorzystać z wnioskowanej porady

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDAKTOWANO] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDAKTOWANO] (PTOO)
20–30% obecnie badanych dzieci jest badanych w gabinetach optometrystów w ramach prywatnych usług. Po wprowadzeniu optometrystów do systemu będzie to około 50% dzieci	Tak, ale powyżej 7 roku życia. Szacunkowo można określić, że nawet 50% dzieci z krótkowzrocznością szkolną może korzystać z porady optometrycznej	Zgodnie z mapami zapotrzebowania dostępnymi na stronie Ministerstwa Zdrowia na 1,5 mln wizyt z zaburzeniami refrakcji i akomodacji 2024, ponad 200 tys. to wizyty w poradniach okulistycznych pediatrycznych. Na podstawie danych są to wizyty, gdzie wskazano, że dani pacjenci pediatryczni mieli zaburzenia refrakcji lub akomodacji, które mogłyby być zaopatrywane przez optometrystów współpracujących z poradniami okulistycznymi.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 33. Informacje dotyczące badań wchodzących w skład zakresu wnioskowanej porady w kontekście możliwości ich realizacji u dzieci ze wskazaniem, jakie procedury medyczne powinny być wykonywane, jak również doprecyzowanie szczególnych wymagań, które byłyby niezbędne do ich przeprowadzenia

Eksperci/ towarzystwa naukowe:	Zakres czynności zaproponowany w Karcie Świadczenia					
	badanie obiektywne refrakcji i keratometrii	badanie subiektywne refrakcji	badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego	pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem	badanie przedniego odcinka oka	przesiewowe badanie dna oka
Możliwość realizacji u dzieci:						
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
[REDAKTOWANO] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
[REDAKTOWANO] (PTOO)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Procedury medyczne będące elementem danego badania u dzieci:						
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	-keratometria (95.1908) -skiaskopia (95.1911) -autorefraktometr (95.1912) -badanie oka - inne (95.09)	-ocena ostrości wzroku (95.1901) -dopasowanie i wydanie okularów (95.31) -przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) -badanie oka - inne (95.09) -konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż (95.36) -rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78)	-badanie widzenia barw (95.06) -test schirmera (95.1915) -badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916) -badanie oka - inne (95.09)	-tonometria (89.11)	-badanie w lampie szczelinowej (95.1913)	-badanie dna oka (95.1902)

Eksperti/ towarzystwa naukowe:	Zakres czynności zaproponowany w Karcie Świadczenia					
	badanie obiektywne refrakcji i keratometrii	badanie subiektywne refrakcji	badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego	pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem	badanie przedniego odcinka oka	przesiewowe badanie dna oka
[REDAKTOWANE] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	-keratometria (95.1908) -skiaskopia (95.1911) -autorefraktometr (95.1912)	-ocena ostrości wzroku (95.1901) -dopasowanie i wydanie okularów (95.31) -przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) -badanie oka - inne (95.09)	-badanie widzenia barw (95.06) -test schirmera (95.1915) -badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916) -badanie oka - inne (95.09)	-tonometria (89.11)	-badanie w lampie szczelinowej (95.1913)	-badanie dna oka (95.1902)
[REDAKTOWANE] (PTOO)	-skiaskopia (95.1911), -keratometria (95.1908), -autorefraktometria (95.1912)	-ocena ostrości wzroku (95.1901), -dopasowanie i wydanie okularów (95.31), -przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32)	-badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916)	-tonometria (89.11)	-badanie w lampie szczelinowej (95.1913)	-badanie dna oka (95.1902)
Szczególne wymagania do przeprowadzenia badania (np. minimalny wiek pacjenta, sedacja, mydriaza)						
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	• Wiek dzieci powyżej 3 r.ż. • Sedacja we współpracy i na zlecenie lekarza – w klinikach, oddziałach okulistycznych, gdzie zatrudniony jest optometrysta oraz okulisci, bez możliwości wykonywania samodzielnie w ramach wolnego zawodu • Mydriaza we współpracy i na zlecenie lekarza w klinikach, oddziałach i gabinetach okulistycznych, gdzie zatrudniony jest optometrysta oraz okulisci					
[REDAKTOWANE] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	• Wiek powyżej 7 roku.życia	• Wiek powyżej 7 r.ż • Mydriaza na zlecenie i pod kontrolą lekarza okulisty	• Wiek powyżej 7 r.ż • Mydriaza na zlecenie i pod kontrolą lekarza okulisty	• Wiek powyżej 7 roku.życia	• Wiek powyżej 7 r.ż • Mydriaza na zlecenie i pod kontrolą lekarza okulisty	• Wiek powyżej 7 r.ż • Mydriaza na zlecenie i pod kontrolą lekarza okulisty
[REDAKTOWANE] (PTOO)	• Mydriaza na zlecenie lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki	• Testy dostosowane do badania dzieci	–	–	–	–

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 34. Kwestie związane z wymaganym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji wnioskowanego świadczenia

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDAKTOWANE] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDAKTOWANE] (PTOO)
1) czy wszystkie ujęte w Karcie Świadczenia wymagania dotyczące sprzętu i aparatury medycznej (obowiązkowe i dodatkowe) powinny być wymagane do realizacji badań oraz czy gabinety optometryczne będą w stanie zapewnić ten sprzęt do realizacji porady optometrycznej?		

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Podstawową usługą świadczoną przez optometrystę jest usługa okularowa. Do zapewnienia świadczenia optometrysta powinien posiadać wyposażenie obowiązkowe pozwalające wykonać wizytę W03 i W04. Wyposażenie obowiązkowe jest trochę tylko mniej zasobne od wyposażenia podstawowego gabinetu okulistycznego i nie powinno stanowić ograniczenia dla tworzącego się gabinetu optometrycznego. W każdym wolnym zawodzie jego przedstawiciele się specjalizują. Jeżeli optometrysta będzie chciał wykazywać zaopatrzenie pacjenta w soczewki twarde, episkleralne czy będzie chciał dobrać pomoce dla słabowidzących i wgłębiać się w diagnostykę strabologiczną będzie musiał nabyć odpowiednie tablice, zestawy soczewek próbnych opisane jako wyposażenie dodatkowe.	Gabinet optometryczny powinien być wyposażony w podstawowy sprzęt, który jest używany również w gabinetach okulistycznych.	Tak, optometryści, którzy zgodnie z zapisami ustawy o niektórych zawodach medycznych wykonują zawód medyczny i świadczą opiekę nad pacjentami z zaburzeniami wzroku posiadają niezbędne wyposażenie. Na obecny stan porad optometrycznych w sektorze prywatnym, każdy gabinet optometryczny przewyższa wyposażeniem minimalny (podstawowy) zakres wyposażenia do badania wzroku.
2) czy wyposażenie techniczne do badania wzroku dodatkowe powinno być uwzględnione w warunkach realizacji ocenianej porady docelowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia?		
W warunkach stawianych dla nowego gabinetu optometrycznego nie powinno się wymagać posiadania wyposażenia dodatkowego opisanego w karcie potrzeby zdrowotnej. Do świadczenia podstawowej usługi okularowej opisaną w wizytach W03 i W04 polegającej na doborze okularów wystarczające jest wyposażenie podstawowe.	Ze względu na podstawowe świadczenie optometryczne – dobór okularów – gabinet powinien być wyposażony w foropter	Tak, minimalne wyposażenie jest zgodne z Medycyną Opartą na Faktach (ang. EBM) i zapewnia, że jednostka przystępująca do kontraktu o świadczenie konsultacji optometrycznej będzie w stanie przeprowadzić wszelkie niezbędne badania zawarte w karcie potrzeby zdrowotnej.
3) wymagany sprzęt i aparatura medyczna niezbędne do realizacji poszczególnych badań w ramach wnioskowanego świadczenia w warunkach ambulatoryjnych, w kontekście sprzętu i aparatury medycznej wskazanych w Karcie Świadczenia		
• badanie obiektywne refrakcji i keratometrii		
<u>Podstawowe</u> : zestaw do obiektywnego badania refrakcji: refraktometr optyczny i/lub skioskop; keratometr lub keratograf; punktowe źródło światła	refraktometr, keratometr, skioskop z listwami	skioskop, autorefraktometr i keratometr lub autorefrakto-keratometr
• badanie subiektywne refrakcji		
<u>Podstawowe</u> : odpowiednie testy do badania ostrości wzroku dali i bliży, kaseta szkieł próbnych wraz z oprawą probierczą, pupilometr lub żrenicówka, frontofokometr (dioptromierz), przesłona <u>Dodatkowe</u> : testy do balansu z daleka i blisko, zestawy do badania forii stowarzyszonej (np. test Malletta, Karta Wessona, Karta Saladina), karty wrażliwości na kontrast (np. Peli Robson, FACT test), zmodyfikowane testy do badania osób słabowidzących	foropter, rzutnik optotypów, kaseta okularowa, oprawki próbne, tablica do badania ostrości do bliży	tablice do badania, kaseta okulistyczna, oprawa probiercza
• badanie funkcji wzrokowych i widzenia obuocznego		
<u>Podstawowe</u> : test Amslera lub podobny; przyrządy i testy do badania widzenia obuocznego, w tym przyrządy do pomiaru forii/tropii oraz testy stereoskopowe; testy widzenia barwnego <u>Dodatkowe</u> : listwy pryzmatyczne i/lub prymaty kostkowe; zestaw pomocy wzrokowych dla osób słabowidzących; zestaw soczewek	testy do widzenia barwnego, testy do widzenia stereoskopowego do bliży, okulary polaryzacyjne i czerwono-zielone do sprawdzania widzenia obuocznego (dodatek do rzutnika optotypów)	prysłona, listwy pryzmatyczne, okulary czerwono-zielone, test Titmus lub inny test widzenia przestrzennego

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
diagnostycznych sztywnych i/lub hybrydowych lub miniskleralnych i/lub ortokorekcyjnych		
• pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem		
Podstawowe: tonometr bezkontaktowy	tonometr	tonometr bezkontaktowy
• badanie przedniego odcinka oka		
Podstawowe: biomikroskop - lampa szczelinowa	biomikroskop - lampa szczelinowa	lampa szczelinowa
• przesiewowe badanie dna oka		
Podstawowe: oftalmoskop lub inne urządzenie do badania tylnego odcinka oka	oftalmoskop, soczewka do badania dna oka w lampie szczelinowej	oftalmoskop ręczny lub soczewka Volk
Dodatkowe: zestaw do oftalmoskopii pośredniej		

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 35. Opinie ekspertów i towarzystw naukowych odnośnie do tego, czy zakres badań ujęty we wnioskowanej poradzie będzie wymagał od optometrysty podania pacjentowi produktów leczniczych rozszerzających źrenicę i porażających akomodację

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
1) badania zaproponowane w Karcie Świadczenia, dla których konieczne będzie zastosowanie produktów leczniczych rozszerzających źrenicę i porażających akomodację, ze wskazaniem kryteriów włączenia i wyłączenia pacjenta do wykonania tego badania z użyciem tych produktów leczniczych		
Nie każde badanie refrakcji i dobór okularów wymaga podawania substancji mydriatycznych czy podawania znieczulenia do worka spojówkowego. W przypadku takiej konieczności optometrysta powinien skierować pacjenta do lekarza okulisty, bądź jeżeli współpracuje z okulistą w ramach jednej jednostki organizacyjnej uzyskać od niego zlecenie na podanie takie badania.	Rozszerzenie źrenicy może być potrzebne przy badaniu dna oka, ocenie przezierności soczewki oraz do badania refrakcji (oceny wysokości wady wzroku) szczególnie u dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych	Produkty lecznicze rozszerzające źrenicę znajdują zastosowanie w obiektywnym badaniu refrakcji oraz przesiewowym badaniu dna oka.
2) podanie tych produktów leczniczych powinno wynikać ze zlecenia lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, czy z samodzielnej decyzji optometrysty,		
Podawanie produktów leczniczych działających mydriatycznie powinno wynikać ze zlecenia lekarza	Podanie kropli powinno wynikać wyłącznie z zalecenia lekarza okulisty i pod jego kontrolą	Na zlecenie lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki.
3) sposób pozyskiwania przez optometrystę tych produktów leczniczych celem wykonania badania wymagającego rozszerzenia źrenic i porażenia akomodacji		
Optometrysta pracujący w ramach wykonywania wolnego zawodu nie powinien mieć dostępności do wystawiania zapotrzebowań na leki. Dostępność ta jest możliwa w ramach współpracy z lekarzem okulistą na jego zlecenie lub w ramach wspólnej organizacji, w której są zatrudnieni lekarze okuliści oraz optometryści	Krople powinny być pozyskiwane na zlecenie lekarza okulisty, z którym współpracuje optometrysta.	Wystawienie zapotrzebowania na produkt leczniczy potwierdzone podpisem lekarza specjalisty współpracującego z optometrystą.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 36. Opinie ekspertów i towarzystw naukowych odnośnie do możliwości realizacji porady optometrycznej również w miejscu pobytu pacjenta (np. w domu)

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Miejsce udzielania świadczenia a zasadach ogólnych dla AOS – w gabinecie optometrycznym, teleporada, w domu pacjenta. Wskazania na zasadach ogólnych jak dla AOS a) teleporada, kiedy optometrysta uzna, że bezpośrednie badanie nie jest konieczne – w praktyce W03: konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż (95.36) lub ocena ostrości wzroku (95.1901) z użyciem tablic prezentowanych na komputerze oraz badanie widzenia barw (95.06) - omówienie stanu pooperacyjnego, gdy optometrysta współpracuje z okulistą -wystawienie skierowania, wystawienie zaświadczenia, jeżeli stan chorego jest znany -omówienia stanu znanego optometryście wcześniej i zaplanowanie postępowania b) wizyta w domu chorego, jeżeli wymaga tego stan zdrowia pacjenta i świadczeniodawca ma możliwość ich wykonania – w praktyce zarówno W03 jak i W04 - ciężki stan ogólny chorego, po świeżych operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie -niepełnosprawność ruchowa, chory leżący -niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy	Porada optometryczna powinna być przeprowadzana w gabinecie optometrycznym	Wizyty realizowane w miejscu pobytu pacjenta mogą dotyczyć pacjentów obłożnie chorych, z upośledzeniem narządu ruchu, pacjentów przebywających w domach opieki i domach pomocy społecznej, osób z ograniczeniem wolności lub osób z wykluczeniem komunikacyjnym. Szacowana ilość osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej na rok 2024 to ok. 80 tys. (Główny Urząd Statystyczny - Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2024 r.). PTOO szacuje, że ok. 80% pensjonariuszy wymagałoby zaopatrzenia w wyroby medyczne i badanie wzroku.
Proponowane warunki realizacji porady optometrycznej w miejscu pobytu pacjenta – PORADA PODSTAWOWA		
1) <u>Kryteria kwalifikacji i wyłączenia do udzielenia porady w miejscu pobytu pacjenta:</u> Wymaga tego stan zdrowia pacjenta i świadczeniodawca ma możliwość ich wykonania - ciężki stan ogólny chorego, po świeżych operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie - niepełnosprawność ruchowa, chory leżący - niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy 2) <u>Przebieg/etapy porady w miejscu pobytu pacjenta</u> Pełny zakres porady W04 3) <u>Czas trwania porady w miejscu pobytu pacjenta</u> 25 minut 4) <u>Zakres badań z zaproponowanych w Karcie Świadczenia</u>	Nie widzę podstaw do wykonywania porady w miejscu pobytu pacjenta	1) <u>Kryteria kwalifikacji i wyłączenia do udzielenia porady w miejscu pobytu pacjenta:</u> niepełnosprawność ruchowa, upośledzenie umysłowe, ubezwłasnowolnienie, przymusowe pozbawienia wolności 2) <u>Przebieg/etapy porady w miejscu pobytu pacjenta</u> - Przybycie do pacjenta, - przygotowanie stanowiska pracy - wykonanie badania wzroku - wypełnienie dokumentacji medycznej - wydanie zaleceń i zapotrzebowań 3) <u>Czas trwania porady w miejscu pobytu pacjenta</u> 45 min 4) <u>Zakres badań z zaproponowanych w Karcie Świadczenia</u> - wywiad

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
W0 - lista oftalmiczna • wydanie innych pomocy przy niedowidzeniu (95.33) • konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż (95.36) • rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) • dopasowanie i wydanie okularów (95.31) • przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) • ocena ostrości wzroku (95.1901) • badanie oka - inne (95.09) W1 - lista podstawowa • tonometria (89.11) • badanie widzenia barw (95.06) • badanie w lampie szczelinowej (95.1913) • badanie dna oka (95.1902) • keratometria (95.1908) • skiaskopia (95.1911) • autorefraktometr (95.1912) • test schirmera (95.1915) • badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916) 5) <u>Niezbędny sprzęt i aparatura medyczna do wykonania badań</u> Wszystkie konieczne do przeprowadzenia badania instrumenty dostępne są na rynku w postaci aparatury do przednoszenia do badania dzieci i dorosłych. 6) <u>Inne dodatkowe aspekty (jeżeli są wymagane)</u> Zarówno teleporady jak i wizyty w domu pacjenta powinny mieć miejsce w sytuacjach nadzwyczajnych. Realizacja tego typu porad zwłaszcza w domu pacjenta wymaga odpowiedniego sprzętu najczęściej zminiaturyzowanego, którego koszty są większe. Podobnego sprzętu wymagają badania u dzieci.		2. badanie obiektywne 3. badanie subiektywne 4. wydanie zaleceń 5. przesiewowe badanie dna oka 6. wydanie zapotrzebowania na wyroby medyczne 5) <u>Niezbędny sprzęt i aparatura medyczna do wykonania badań</u> 1. autorefraktometr mobilny 2. tablice do blizy 3. kaseta okulistyczna i oprawa probiercza 4. oftalmoskop bezpośredni 6) <u>Inne dodatkowe aspekty (jeżeli są wymagane)</u> (nie wskazano w opinii)
Proponowane warunki realizacji porady optometrycznej w miejscu pobytu pacjenta – PORADA KONTROLNA		
1) <u>Kryteria kwalifikacji i wyłączenia do udzielenia porady w miejscu pobytu pacjenta:</u> Wymaga tego stan zdrowia pacjenta i świadczeniodawca ma możliwość ich wykonania • ciężki stan ogólny chorego, po świeżych operacjach lub urazach uniemożliwiających poruszanie • niepełnosprawność ruchowa, chory leżący	Nie widzę podstaw do wykonywania porady w miejscu pobytu pacjenta	1) <u>Kryteria kwalifikacji i wyłączenia do udzielenia porady w miejscu pobytu pacjenta:</u> niepełnosprawność ruchowa, upośledzenie umysłowe, ubezwłasnowolnienie, przymusowe pozbawienia wolności 2) <u>Przebieg/etapy porady w miejscu pobytu pacjenta</u> 1. Przybycie do domu pacjenta, 2. przygotowanie stanowiska pracy,

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
• niewidomy lub słabowidzący, gdy samodzielny dojazd lub z pomocą osób trzecich jest niemożliwy 2) <u>Przebieg/etapy porady w miejscu pobytu pacjenta</u> Pełny zakres porady W03 3) <u>Czas trwania porady w miejscu pobytu pacjenta</u> 25 minut 4) <u>Zakres badań z zaproponowanych w Karcie Świadczenia</u> W0 - lista oftalmiczna • wydanie innych pomocy przy niedowidzeniu (95.33) • konsultacja oftalmologiczna/ instruktaż (95.36) • rehabilitacja ociemniałych, niedowidzących osób z poważnymi wadami wzroku (93.78) • dopasowanie i wydanie okularów (95.31) • przepisanie, dopasowanie i wydanie soczewek kontaktowych (95.32) • ocena ostrości wzroku (95.1901) • badanie oka - inne (95.09) W1 - lista podstawowa • tonometria (89.11) • badanie widzenia barw (95.06) • badanie w lampie szczelinowej (95.1913) • badanie dna oka (95.1902) • keratometria (95.1908) • skiaskopia (95.1911) • autorefraktometr (95.1912) • test schirmera (95.1915) • badanie widzenia obuocznego na synoptoforze (95.1916) 5) <u>Niezbędny sprzęt i aparatura medyczna do wykonania badań</u> Wszystkie konieczne do przeprowadzenia badania instrumenty dostępne są na rynku w postaci aparatury do przednoszenia do badania dzieci i dorosłych. 6) <u>Inne dodatkowe aspekty (jeżeli są wymagane)</u> Zarówno teleporady jak i wizyty w domu pacjenta powinny mieć miejsce w sytuacjach nadzwyczajnych. Realizacja tego typu porad zwłaszcza w domu pacjenta wymaga odpowiedniego sprzętu najczęściej zminiaturyzowanego, którego koszty są większe. Podobnego sprzętu wymagają badania u dzieci.		3. przeprowadzenie wywiadu, instruktażu i regulacji wyrobu medycznego 4. wypełnienie dokumentacji medycznej 5. wydanie zaleceń i zapotrzebowani 3) <u>Czas trwania porady w miejscu pobytu pacjenta</u> 25 min 4) <u>Zakres badań z zaproponowanych w Karcie Świadczenia</u> 1. wywiad 2. kontrola wydanego wyrobu medycznego 3. wydanie zaleceń 4. wydanie zapotrzebowania na wyroby medyczne 5) <u>Niezbędny sprzęt i aparatura medyczna do wykonania badań</u> 1. tablice do blizy 2. kaseta okulistyczna i oprawa probiercza 6) <u>Inne dodatkowe aspekty (jeżeli są wymagane)</u> (nie wskazano w opinii)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 37. Sytuacje kliniczne, w których optometrysta prowadziłby porady kontrolne oraz krotkości tych porad na pacjenta w skali roku kalendarzowego – ze wskazaniem ewentualnych różnic między dziećmi a dorosłymi, jeżeli zasadne

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Porada kontrolna W03 wykonana po doborze - skomplikowanych okularów – 1/w roku - soczewek kontaktowych miękkich - 3/w roku - soczewek twardych, hybrydowych, miniskleralnych, ortokorekcyjnych – 3/w roku Porada kontrolna W03 u chorych z rozpoznaną jaskrą - kontrola ciśnienia wewnątrzgałkowego 5/ w roku Porada kontrolna W03 u chorych z chorobą zezową, zaburzeniami ustawienia oczu – 4/w roku Porada kontrolna W03 związana z prowadzeniem rehabilitacji u słabowidzących – 2/w roku Nie ma uzasadnienia wykazywania różnic między osobami dorosłymi i dziećmi	Główną poradą optometryczną jest dobór okularów/ soczewek kontaktowych. Konieczność takich badań wynosi 1-2 porady na 2 lata. U dzieci (starszych niż 7 lat) porady powinny być przeprowadzane co 9 miesięcy (ze względu na wzrost i zmiany refrakcji w tym wieku)	1. Populacja pediatryczna - w związku z dynamicznymi zmianami w układzie wzrokowym oraz postępem wad wzroku w wieku rozwojowym zalecane jest wykonanie wizyt kontrolnych co 6 miesięcy. Zakładana jest jedna wizyta pełna i jedna wizyta kontrolna w ciągu roku. Możliwe przyczyny częstych kontroli wzrokowych to progresja krótkowzroczności, kontrola wyrobu medycznego (okulary/ soczewki), stożek rogówki (kontrola keratometrii), soczewki kontaktowe 2. Populacja dorosła 1 - w związku z potrzebą kontroli wyrobów medycznych w postaci soczewek kontaktowych lub postępu ektaźji rogówki część populacji dorosłych powinna mieć przechodzić dwie wizyty w ciągu roku: jedna wizyta podstawowa i jedna kontrola. Przyczyny częstszych kontroli to m. in. kontrola soczewek kontaktowych, kontrola stożka rogówki, kontrola wyrobu medycznego (okulary), zaćma, kontrola ciśnienia (jaskra), kontrola tylny odcinek (cukrzyca, AMD)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 38. Prognozowany odsetek pacjentów korzystających obecnie z poradni okulistycznych, który będzie korzystać wyłącznie z porady optometrycznej po jej wprowadzeniu jako świadczenia gwarantowanego (ogółem oraz odrębnie dla populacji pediatrycznej i dorosłych)

Eksperti/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Odsetek pacjentów korzystających z porady optometrystów zależy jest od wyceny świadczenia i ilości zakontraktowanych usług z NFZ. W chwili obecnej wszystkie porady optometryczne są przeprowadzane w ramach usług komercyjnych oraz w AOS okulistycznym. W początkowym okresie 2–4 lata należy utrzymać poradę okularową również w AOS okulistycznym, a w późniejszym ją wygaszać. W tym okresie do 40% porad okularowych powinna być kontraktowana z optometrystami. Poprzez zwiększenie dostępności również w przypadku porad u dzieci poniżej 18 r.ż	Nie mam takiej wiedzy, mogę jedynie określić szacunkowo, że może to być grupa ok 20% osób dorosłych i nawet ok 50% dzieci-młodzieży powyżej 7 roku życia	Polskie Towarzystwo Optometrii i Optyki na podstawie poniższych źródeł zakłada, że ogółem 35-60% pacjentów mogłoby korzystać wyłącznie z porady optometrycznej, z czego wśród osób dorosłych nawet 40-65% wymaga zaopatrzenia przez optometrystę, a wśród dzieci i młodzieży 20-40%. Dostępna literatura nie zawiera jednoznacznych, ogólnokrajowych danych dla Polski pozwalających na precyzyjne określenie tych wskaźników — poniższe wartości to oszacowanie własne oparte na dostępnych międzynarodowych badaniach i programach pilotażowych.²²

²² Literatura: 1. Programy „minor eye conditions”/ MECS (W. Brytania) — real-world: w ewaluacji systemu MECS około 64% pacjentów było zaopatrywanych w praktyce optometrycznej, a tylko 18.9% było kierowanych do szpitalnego systemu okulistycznego. (Konstantakopoulou E, Edgar DF, Harper RA, Baker H, Sutton M, Janikoun S, Larkin G, Lawrence JG. Evaluation of a minor eye conditions scheme delivered by community optometrists. *BMJ Open*. 2016 Aug 10;6(8):e011832. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011832. PMID: 27515757; PMCID: PMC4985875.)

2. Przeglądy badań nad optometrycznymi ścieżkami opieki i wirtualnymi klinikami: przeglądy i badania wykazują, że w trybach wirtualnej/współdzielonej opieki 34–48% przypadków wstępnie ocenianych nie wymagało skierowania do bezpośredniej konsultacji okulistycznej; w optometryczno-współdzielonych modelach przekierowanie do okulisty bywało na poziomie ~20%. Wyniki te wskazują na możliwość znacznej redukcji

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
zwiększy się także odsetek wizyt w AOS dla dzieci i młodzieży wskutek przesunięć z rynku prywatnego. W chwili obecnej wizyty dziecięce w AOS ogólnie bez rozбивania na specjalizację stanowią mniej niż 2% wszystkich wizyt według NIK.		

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 39. Opinie ekspertów i towarzystw naukowych odnośnie do zabezpieczenia realizacji porady w przypadku jej wprowadzenia jako świadczenia gwarantowanego w skali całego kraju przy obecnych zasoby optometrystów

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki liczba optometrystów w Polsce szacowana jest na około 3,5 tys. Taka liczba optometrystów jest wystarczająca, by zabezpieczyć poradę okularową w Polsce na początku wdrożenia porady. Według danych PTOO jest to liczba mniejsza niż populację niż w innych krajach. Dlatego porada okularowa w początkowym okresie powinna być również dostępna w AOS okulistyczny.	Nie mam aktualnych danych dotyczących liczby optometrystów w danych rejonach kraju. Należy jednak spodziewać się stale wzrastającej liczby optometrystów ze względu na wchodzące na rynek pracy kolejne roczniki	Tak, zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Optometrii i Optyki, w każdym województwie obecnie trwają przygotowania do otworzenia się możliwości kontraktowych na porady optometryczne. Ministerstwo Zdrowia na maj 2025 potwierdza, że zarejestrowanych, w Centralnym Rejestrze Osób wykonujących Zawody Medyczne, znajduje się 3500 optometrystów. Liczba ta sukcesywnie rośnie w związku z kolejną falą absolwentów wkraczających na rynek. Województwa z największym odsetkiem specjalistów to Wielkopolskie (469 - 1,34/ 10 tys.), Dolnośląskie (453 - 1,33/ 10 tys.), Kujawsko-Pomorskie (238 - 1,15/ 10 tys), Mazowieckie (591 - 1,09/ 10 tys.) oraz Śląskie (385 - 1,00/ 10 tys.).
Miejsca – rejonu kraju – w których dostęp do tej porady może być utrudniony:		
Nie posiadam takiej wiedzy	Nie mam danych, ale można się spodziewać, że liczba optometrystów nie będzie proporcjonalna w różnych regionach kraju	Tak, zgodnie z rozkładem rejestracji optometrystów w RIZM, najmniejsza ich ilość znajduje się w województwie Lubelskim (103 - 0,49/10 tys), Podkarpackiem (117 - 0,55/ 10 tys), Podlaskim (68 -

skierowań. (Carmichael J, Abdi S, Balaskas K, Costanza E, Blandford A. The effectiveness of interventions for optometric referrals into the hospital eye service: A review. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2023 Nov;43(6):1510-1523. doi: 10.1111/opo.13219. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37632154; PMCID: PMC10947293.)

3. Analizy jakości skierowań do okulisty: jedne analizy wykazały, że nawet około ~40% skierowań do okulisty mogło być nieadekwatnych (np. stanowiły refrakcyjne problemy lub normalne badanie). To pokazuje, jaki potencjał ma preselekcja przez optometrystę w zmniejszeniu niepotrzebnych wizyt okulistycznych. (Carrasco Solís R, Rodríguez Griñolo MR, Ponte Zúñiga B, Mataix Albert B, Lledó de Villar ML, Martínez de Pablos R, Rodríguez de la Rúa Franch E. Analysis of patient referrals from primary care to ophthalmology. The role of the optometrist. *J Optom.* 2024 Oct-Dec;17(4):100521. doi: 10.1016/j.optom.2024.100521. Epub 2024 Sep 25. PMID: 39326123; PMCID: PMC11460443.)

4. Dane pediatryczne i trafność skierowań: badania wskazują, że optometryści mają wyższą trafność ocen pediatrycznych w porównaniu z innymi specjalistami (np. pediatra, lekarz rodzinny) — mniejszy odsetek nieprawidłowych skierowań i wyższa trafność rozpoznania. To sugeruje, że optometryści mogą istotnie przejąć część opieki pediatrycznej, lecz ze względu na specyfikę dzieci (konieczność specjalistycznych badań, wyższe ryzyko złożonych schorzeń rozwojowych) odsetek zastępowalności będzie niższy niż u dorosłych. (Voa K, Lee GY, Jindani Y, et al. Letter to the editor: accuracy of referrals to Canadian pediatric ophthalmology services. *Optom Vis Sci.* October 10, 2022.)

5. Rekomendacje WHO / polityczne uzasadnienie integrowania optometrii: WHO w raporcie *World Report on Vision* rekomenduje integrowanie opieki wzrokowej w systemie ochrony zdrowia i rozwijanie pierwotnych usług wzrokowych — to potwierdza zasadność polityczną i systemową przesunięcia części popytu na optometrystów. (WHO, *World Report on Vision* (2019) — rekomendacje dotyczące integrowania opieki wzrokowej i roli usług podstawowych/wczesnej diagnostyki)

Eksperci/ towarzystwa naukowe:		
Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas (Konsultant Krajowy ds. okulistyki)	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
		0,58/ 10 tys), Świętokrzyskim (77 - 0,62/10 tys) oraz Warmińsko-Mazurskim (91 - 0,64/10 tys).

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 40. Potencjalne problemy (kliniczne, systemowe, organizacyjne i in.) związane z możliwością realizacji wnioskowanego świadczenia w AOS

Eksperci/ towarzystwa naukowe:	
[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Głównym problemem może być nierówny dostęp do optometrystów w różnych rejonach kraju Drugim zagrożeniem może być chęć leczenia różnych schorzeń przez personel (optometrystów), który nie jest do tego przygotowany – brak studiów medycznych	Największym problemem, który może spowodować zakłócenia w możliwości realizacji świadczeń w AOS jest nierównomierne rozłożenie praktyk optometrycznych. Zazwyczaj są one skupione w okolicach dużych ośrodków miejskich, zwłaszcza miast akademickich, gdzie optometria jest nauczana. Z opieki nad narządem wzroku wykluczeni są pacjenci mieszkający w małych miejscowościach, na wsiach i w gminach, gdzie nie ma np. salonu optycznego lub wydzielonego gabinetu w przychodni, w którym mógłby przyjmować optometrysta.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 41. Mocne i słabe strony wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej

Perspektywa:	Eksperci/ towarzystwa naukowe:	
	[REDACTED] (PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	[REDACTED] (PTOO)
Mocne strony / Korzyści		
pacjentów	Łatwiejszy dostęp do podstawowych badań okulistycznych	- zwiększenie dostępności opieki nad narządem wzroku - zwiększenie profilaktyki chorób oczu - zwiększenie finansowania wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie - możliwość uzyskania skierowania do lekarza okulisty od optometrysty
świadczeniodawców / systemu ochrony zdrowia	Odciążenie gabinetów okulistycznych (dobór okularów u optometrystów)	- zwiększenie profilaktyki narządu wzroku - zmniejszenie obciążenia lekarzy specjalistów pacjentami zdrowymi - skrócenie czasu oczekiwania na konsultację specjalistyczną
perspektywy płatnika publicznego	Pewne oszczędności wynikające z odciążenia gabinetów lekarzy okulistów	- mniejszy koszt świadczeń w zakresie okulistyki na jednego specjalistę - zwiększenie przepływu finansowego w systemie - dystrybucja środków w systemie będzie bardziej celowana
Słabe strony / Ograniczenia i ryzyka		
pacjentów	Nie zawsze w pełni kompetentne porady odnośnie schorzeń okulistycznych (kompetentne porady dotyczące doboru okularów)	- ograniczenie optometrystów w zaopatrywaniu w wyroby farmaceutyczne na receptę - brak możliwości bezpośredniego skierowania do innych specjalności lekarskich - brak możliwości skierowania na badania obrazowe i laboratoryjne finansowane ze środków publicznych

Perspektywa:	Eksperti/ towarzystwa naukowe:	
	(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
świadczeniodawców / systemu ochrony zdrowia	Możliwość pomyłek diagnostycznych różnych schorzeń okulistycznych	- potrzeb zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego - potrzeba finansowania wyposażenia gabinetów - potrzeba dodatkowe finansowania wyposażenia w mniejszych praktykach z kontraktem - duże nakłady na dostosowanie do wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia
perspektywy płatnika publicznego	Możliwe pomyłki diagnostyczne i konieczność wypłacania odszkodowań na rzecz niezadowolonych pacjentów	- zwiększenie udziału finansowania w wyrobach medycznych wydawanych na zlecenie - finansowanie konsultacji optometrycznej

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

Tabela 42. Pozostałe uwagi do wnioskowanego

Eksperti/ towarzystwa naukowe:	
(PTO Sekcja Okulistyki Dziecięcej i Strabologii)	(PTOO)
Podsumowując świadczenia optometryczne są potrzebne, powinny odciążyć gabinety okulistyczne z doboru okularów. Optometrysta nie powinien jednak ordynować leków (w tym na własną rękę leków rozszerzających źrenicę), nie powinien również leczyć schorzeń okulistycznych. Po zbadaniu pacjenta, doborze okularów i stwierdzeniu jakichkolwiek patologii w ostrości wzroku, stanie anatomicznym struktur oka powinien skierować pacjenta dalszą diagnostykę i leczenie do lekarza okulisty.	Brak

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. przekazanych opinii eksperckich i towarzystw naukowych

9.3. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia w przypadku populacji pediatrycznej

W przypadku szacowania dla populacji pediatrycznej skutku finansowego wprowadzenia „Porady optometrycznej”, założenia analizy są tożsame z przedstawionymi w rozdziale 6.3. Poniżej przedstawiono wyniki oszacowań.

9.3.1. Oszacowanie wydatków płatnika publicznego na podstawie Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i opinii Konsultanta Krajowego

Tabela 43. Prognoza kosztów inkrementalnych na dwa kolejne lata dla dzieci w wieku 0–17 na podstawie lat Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej i formularza uzupełniającego przekazanego przez ekspertów

Rok	Scenariusz populacyjny	Koszty inkrementalne (zł) wg typu porady:		Koszt inkrementalny (zł) ogółem*
		Porada podstawowa	Porada kontrolna	
I	minimalny (20%)	-4 412 800	-875 420	-5 288 220
	maksymalny (30%)	-6 619 200	-1 313 130	-7 932 330
II	minimalny (20%)	-4 854 080	-962 962	-5 817 042
	maksymalny (30%)	-7 281 120	-1 444 443	-8 725 563

Objaśnienie: * - wartości ujemne oznaczają korzyść/zmniejszenie kosztu dla płatnika.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Szacowane oszczędności inkrementalne płatnika publicznego przy założeniu, że pacjenci pediatrycznie (dzieci w wieku 0–7 lat) nie zostaną przekierowani od optometrysty do okulisty i świadczenia dla danego pacjenta będą odbywały się jedynie w zakresie porad optometrycznych:

- w I roku obowiązywania ocenianego świadczenia szacowane oszczędności mogą wynieść:
 - ok. 5,3 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 7,9 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych),
- w II roku szacowane oszczędności mogą wynieść odpowiednio:
 - ok. 5,8 mln zł (w scenariuszu minimalnym 20% z 7 mln porad okulistycznych),
 - ok. 8,7 mln zł (w scenariuszu maksymalnym 30% z 7 mln porad okulistycznych).

9.3.2. Prognoza wydatków płatnika publicznego – oszacowanie własne AOTMiT

Tabela 44. Prognoza kosztów porad okulisty i optometrysty dla dzieci w wieku 0–17 według AOTMiT na dwa kolejne lata

Rok	Proponowany produkt jednostkowy	Liczba porad	Koszty porad optometrysty (zł)	Koszty porad okulisty (zł)
I	Porada podstawowa w poradni	92 007	9 863 137	17 113 278
	Porada kontrolna w poradni	18 401	1 416 354	2 566 992
	Porada podstawowa w miejscu pobytu pacjenta	46	6 338	7 019
	Porada kontrolna w miejscu pobytu pacjenta	9	1 106	1 404
	Suma	110 463	11 286 935	19 688 693
II	Porada podstawowa w poradni	153 345	16 438 561	28 522 131
	Porada kontrolna w poradni	30 669	2 360 590	4 278 320
	Porada podstawowa w miejscu pobytu pacjenta	77	10 563	11 698
	Porada kontrolna w miejscu pobytu pacjenta	15	1 844	2 340
	Suma	184 106	18 811 558	32 814 488

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Inkrementalny koszt dla płatnika w populacji dzieci wyliczono jako różnicę między jednostkowymi kosztami porady okulistycznej i optometrycznej, pomnożoną przez liczbę świadczeń przeniesionych do realizacji przez optometrystę.

Szacowane oszczędności są przy założeniu, że pacjenci pediatryczni nie zostaną przekierowani od optometrysty do okulisty i świadczenia dla danego pacjenta będą odbywały się jedynie w zakresie porad optometrycznych.

Koszty inkrementalne płatnika publicznego mogą wynieść:

- w I roku obowiązywania ocenianego świadczenia: ok. 8 401 758 zł oszczędności,
- w II roku jego obowiązywania: ok. 14 002 930 zł oszczędności.