



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 310/2017 z dnia 3 listopada 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych” realizowany przez gminę Polska Cerekiew.

Uzasadnienie

Na negatywną opinię Prezesa wpływa przede wszystkim fakt związany z wyborem interwencji. Zaplanowane badanie profilu lipidowego nie znajduje uzasadnienia z uwagi na nieścisłości w zakresie określenia problemu zdrowotnego ocenianego projektu i kryteriów kwalifikacji populacji docelowej. Ponadto poważnym ograniczeniem jest brak wskazania liczebności populacji docelowej, co uniemożliwia prawidłowe oszacowanie kosztów i nie pozwala na ocenę efektów zdrowotnych w populacji. Dodatkowo należy wskazać, że projekt programu został opracowany w zbyt ogólny sposób. W związku z tym pojawia się szereg wątpliwości dotyczących poszczególnych elementów programu, które omówiono poniżej.

Cele programowe nie spełniają kryteriów określonych zasadą SMART i wymagają przeformułowania. Zastrzeżenia budzą rozbieżności związane z faktem, czy oceniany program ma na celu poprawę stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców gminy jedynie w zakresie chorób naczyniowych mózgu, czy będzie dotyczyć szerszego spektrum chorób, co wynikałoby z tytułu programu. Mierniki efektywności także wymagają korekty, przy czym warto pamiętać, że są to narzędzia mające za zadanie pełną ocenę skutków programu.

Należy oszacować liczebność populacji docelowej i uzasadnić jej wybór w odniesieniu do wieku adresatów programu. Warto także zastanowić się nad uszczegółowieniem kryteriów kwalifikacji do programu, w szczególności w odniesieniu do przeprowadzenia wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą.

Odnosząc się planowanych interwencji należy także wskazać, że badanie profilu lipidowego znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych, w związku z czym istnieje ryzyko powielania świadczeń już finansowanych ze środków publicznych. Należałoby również uszczegółowić zakres i sposób realizacji działań edukacyjnych.

Nie określono całkowitego budżetu programu, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Wskazano jedynie koszt jednostkowy dla uczestnika, ale nie uzasadniono jego wyceny i nie podano składowych kosztowych.

Przedmiot opinii



Przedmiotem opinii jest program polityki zdrowotnej dotyczący zapobiegania chorobom naczyniowym mózgu, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu. Planowany koszt całkowity realizacji programu nie został oszacowany, zaś okres realizacji przypada na rok 2018.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Opiniowany projekt wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126): zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu. Opis problemu zdrowotnego oraz sytuacja epidemiologiczna zostały przedstawione w sposób ogólnikowy. W projekcie nie odniesiono się do lokalnych danych epidemiologicznych.

Zgodnie z aktualnymi danymi epidemiologicznymi i opiniami eksperckimi, najczęściej rozpoznawanym zespołem chorobowym w grupie chorób naczyniowych mózgu jest udar. Jednostka ta występuje we wszystkich grupach wiekowych i na wszystkich kontynentach, mając często charakter nieodwracalny i będący przyczyną inwalidztwa w populacji osób powyżej 40 roku życia. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 2014), udar na przestrzeni lat 2000-2012 był drugą przyczyną zgonów osób dorosłych, zaraz po chorobach serca. Polska jest drugim po Federacji Rosyjskiej krajem w Europie z największym odsetkiem zgonów z powodu udarów.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z map potrzeb zdrowotnych dla Polski odsetek hospitalizowanych pacjentów z udarem niedokrwiennym (w ośrodkach nieleczących trombolitycznie) wynosił 19%. Z kolei, w przypadku pacjentów z krwotokiem śródczaszkowym (podpajęczynówkowym) odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedurę „embolizacja” wynosił 22%, natomiast odsetek hospitalizacji, w czasie których sprawozdano procedurę neurochirurgia - 17%.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców gminy Polska Cerekiew w zakresie chorób ośrodkowego układu nerwowego”. Założenie główne wydaje się być bardzo ambitne, ale jednocześnie trudne do osiągnięcia i zmierzania, biorąc pod uwagę zaplanowane interwencje w projekcie programu i okres realizacji. Ponadto cel główny nie jest w pełni zgodny z regułą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto należy podkreślić, że ww. założenie programu odnosi się ogólnie do schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, tymczasem w tytule projektu/problemie zdrowotnym opisano tylko choroby naczyniowe mózgu. Zatem nie jest do końca jasne, czy oceniany program ma na celu poprawę stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców gminy jedynie w zakresie chorób naczyniowych mózgu czy będzie dotyczyć szerszego spektrum chorób. Dodatkowo sformułowano 3 cele szczegółowe, które również nie spełniają kryteriów zasady SMART. Zostały przedstawione zbyt ogólnie i powielają elementy celu głównego, a powinny charakteryzować się dużą szczegółowością i stanowić uzupełnienie założenia głównego.

Mając na uwadze zastrzeżenia do celów programowych należy także doprecyzować mierniki efektywności. W ramach opisu mierników efektywności założono, że zostanie „oceniona profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności schorzeń ośrodkowego układu nerwowego”. Kwestia „oceny profilaktyki” pozostaje niezrozumiała. W projekcie nie odniesiono się do żadnych mierników w zakresie podniesienia świadomości zdrowotnej mieszkańców. Wspomniano jedynie o zobowiązaniu potencjalnych uczestników do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Zastosowanie metody kwestionariuszowa może być istotnym narzędziem w zakresie oceny

jakości działań w programie, ale niekoniecznie w kierunku oceny realizacji założonych celów. Zasadnym byłoby uwzględnienie pomiaru poziomu wiedzy uczestników nt. chorób ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przed i po wdrożeniu działań edukacyjnych w programie, celem określenia ewentualnej poprawy świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby w wieku 35-67 lat zamieszkujące na terenie gminy Polska Cerekiew. Według danych przedstawionych w projekcie gminę Polska Cerekiew zamieszkuje 4 090 osób, co nieznacznie różni się od danych GUS, zgodnie z którymi w 2016 r. w ww. gminie zamieszkiwały 4 123 osoby, z czego 2 024 osób stanowili mieszkańcy w wieku od 35 do 69 roku życia. W projekcie nie określono liczebności populacji kwalifikującej się do programu, ani populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia. Z uwagi na fakt, że nie wskazano liczby/odsetka osób, które mają uczestniczyć w projekcie nie jest możliwa ocena, czy realizacja programu przełoży się w istotny sposób na uzyskanie trwałych efektów zdrowotnych w populacji.

Nie podano przyczyn wyboru wskazanej grupy wiekowej. Odnalezione rekomendacje/wytyczne nie precyzują dokładnego wieku populacji, w której należy rozpocząć działania prewencyjne w kierunku chorób naczyniowych mózgu. W perspektywie rozwiązań międzynarodowych, tj. funkcjonującej w Wielkiej Brytanii, Francji, Kanadzie czy Australii tzw. „szybkiej diagnostyki TIA” nie ogranicza się działań profilaktycznych i diagnostycznych do określonych grup wiekowych. Z kolei, większość przeglądów/metaanaliz włączonych do analizy skuteczności klinicznej, odnosi się do grupy osób starszych tj. powyżej 50-60 r.ż. Aktualne dane epidemiologiczne wskazują natomiast, że największa liczba udarów mózgu w Polsce odnotowywana jest w grupie od 60 do 80 r.ż. (NIK 2016). Statystyki ZUS z 2012 r. przedstawiają, że najwyższy odsetek osób ubezpieczonych, które otrzymały przynajmniej jedno zaświadczenie lekarskie z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobami naczyń mózgowych, to osoby od 50 do 59 r.ż.

Interwencja

Wśród planowanych interwencji przewiduje się:

- kampanię informacyjno-edukacyjną skierowaną do wszystkich mieszkańców gminy,
- badanie gospodarki lipidowej.

Odnosząc się do planowanych działań edukacyjnych należy podkreślić, że nie przedstawiono szczegółów wspomnianej interwencji i ewentualnego ukierunkowania na modyfikację czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu. Do projektu nie załączono wzoru materiałów informacyjnych. Nie jest jasne, jakie narzędzia zostaną zastosowane w akcji informacyjno-edukacyjnej, kto będzie za nią dokładnie odpowiedzialny oraz jaki jest szczegółowy zakres tematyczny.

Należy podkreślić, że działania edukacyjne są zalecane przez liczne towarzystwa naukowe. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zaznacza, że dużą rolę w edukacji społeczeństwa szczególnie w grupie ryzyka chorób naczyniowych, mają lekarze pierwszego kontaktu. Część wytycznych wskazuje, że edukacja w kierunku wczesnego rozpoznawania np. objawów udaru mózgu powinna być prowadzona dla całego społeczeństwa, najlepiej w formie kampanii informacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do grup podwyższonego ryzyka. Eksperci kliniczni sugerują, że ciągła edukacja pacjentów, szczególnie ukierunkowana na walkę z modyfikacyjnymi czynnikami ryzyka odgrywa ogromną rolę w profilaktyce chorób naczyń mózgowych. Dlatego też zasadnym wydaje się precyzyjne i rzetelne przygotowanie realizacji edukacji zdrowotnej w programie polityki zdrowotnej.

Uwzględnienie badań profilu lipidowego jako świadczenia profilaktycznego w chorobach naczyniowych mózgu i/lub ogólnie w schorzeniach OUN nie znajduje uzasadnienia z uwagi nieścisłości w zakresie określenia problemu zdrowotnego ocenianego projektu i kryteriów kwalifikacji populacji docelowej. W projekcie nie odniesiono się do żadnych grup ryzyka, w których będą wykonywane badania profilu lipidowego. Warto zaznaczyć, że wytyczne Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (PTL), Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLR) oraz Polskiego Towarzystwa

Kardiologicznego (PTK 2016) przedstawiają bezpośredni związek między stężeniem cholesterolu całkowitego (TC), cholesterolu związanego z lipoproteinami o małej gęstości (LDL-C) oraz stężeniem cholesterolu całkowitego minus stężenie cholesterolu frakcji HDL (nie HDL C) a ryzykiem zawału serca, udaru mózgu czy zgonu z przyczyn sercowo naczyniowych. Zgodnie z zaleceniami ww. towarzystw/organizacji naukowych badania przesiewowe w kierunku zaburzeń lipidowych, a nie bezpośrednio w kierunku chorób naczyniowych mózgu, powinny być wykonywane u osób z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, zespół uzależnienia od tytoniu, cukrzyca, nadwaga, obciążający wywiad rodzinny) oraz u wszystkich mężczyzn powyżej 40 r.ż. i kobiet powyżej 50 r.ż. Regularne (co 3-5 lat) oznaczenia profilu lipidowego powinny być przeprowadzane u osób, pozostających w grupach ryzyka, tj. z rozpoznaną chorobą sercowo naczyniową, hipercholesterolemią rodzinną, rodzinnym obciążeniem przedwczesnymi, rozpoznaną cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, rozpoznanymi chorobami o podłożu autoimmunologicznym, reumatologicznym i zapalnym, przewlekłe palących papierosy, zakażonych HIV lub w trakcie terapii antyretrowirusowej (ang. highly active antiretroviral therapy, HAART). Ponadto badanie to znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z czym istnieje ryzyko powielania świadczeń gwarantowanych.

Warto zaznaczyć, że w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych, w tym udarów mózgu, rekomendacje podkreślają ogromny wpływ modyfikacji czynników ryzyka, tj. zaprzestania palenia tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu, wprowadzenie odpowiedniej diety bogatej w warzywa i owoce, zwiększenie i regularność aktywności fizycznej, zażywanie przypisanych leków zgodnie z zaleceniami lekarza, szczególnie w przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym. Zastosowane w ww. zakresie interwencje powinny mieć charakter zindywidualizowany (szczególnie w ramach prewencji wtórne udarów), zaleca się wdrażanie technik wpływających na zmianę zachowania, tj. narzędzi motywacyjnych i edukacyjnych, np. poradnictwo.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu. Są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań. Należy podkreślić, że planowanie monitorowania i ewaluacji powinno być poprzedzone szczegółowym przeanalizowaniem lokalnej sytuacji zdrowotnej, co umożliwi sformułowanie celów oraz wskaźników rezultatu.

Ocena zgłaszalności do programu zostanie dokonana na podstawie „odsetka wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznaných środków”. Wskaźnik ten pośrednio może świadczyć o zgłaszalności do programu, jednak zasadnym wydaje się uwzględnienie mierników takich jak: odsetek/ liczba uczestników programu; liczba osób, która nie została uwzględniona w działaniach programu z określonych powodów (tym samym warto monitorować powody nieobjęcia populacji docelowej działaniami w programie).

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie „ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w kierunku schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu”. Zatem można przypuszczać, że na podstawie ww. ankiety zostanie dokonana ocena jakości świadczeń w programie. Jednak wzór kwestionariusza nie został załączony do projektu i nie była możliwa jego weryfikacja. Należy zauważyć, że ww. ankieta oceny poziomu świadomości społecznej będzie miała istotne znaczenie jako narzędzie w zakresie ewaluacji programu, a niekoniecznie w ocenie jakości świadczeń. Warto także rozważyć możliwość zgłaszania pisemnych uwag do programu.

Ewaluacja programu wymaga doprecyzowania w kontekście uwag dotyczących celów programowych i mierników efektywności. Określono, że ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie liczby osób z prawidłowym bądź patologicznym wynikiem oraz zgłaszalności do programu. Nie uwzględniono oceny efektów kampanii edukacyjnej, która powinna być przeprowadzona

dwuetapowo, w celu dokonania analizy zmiany stanu świadomości problemu zdrowotnego przed i po przeprowadzeniu interwencji. Dzięki takiej ocenie możliwe jest wiarygodne stwierdzenie, czy nastąpiła zmiana stanu świadomości populacji docelowej nt. problemu zdrowotnego oraz działań profilaktycznych w tym zakresie, czyli nabycie odpowiednich postaw. Dodatkowo oczekuje się zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia, związanych z chorobami OUN. Jednakże nie przedstawiono dotychczasowych danych związanych z wydatkami na opiekę zdrowotną związaną z leczeniem mieszkańców na choroby OUN. Oszacowanie redukcji kosztów związanych z leczeniem może być mało wiarygodne ze względu na krótki horyzont czasowy (program jednoroczny). Ponadto w tak niewielkiej skali, jaką jest gmina, redukcja kosztów może być także trudna do wykrycia.

Warunki realizacji

W treści projektu programu przedstawiono jego części składowe, etapy oraz działania organizacyjne.

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Należy uszczegółowić kompetencje i wymagania niezbędne do realizacji programu.

Zaplanowano akcję informacyjną na temat programu. Projekt programu przewiduje spontaniczną zgłaszalność i dobrowolność udziału.

Kryteria kwalifikacji wymagają doprecyzowania. W ramach ocenianego projektu przewidziano przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą. Jednak nie jest jasne czy będzie to element kwalifikacji do dalszych badań i przez kogo dany wywiad zostanie przeprowadzony.

Uzupełnienia wymaga sposób postępowania z uczestnikiem programu, którego wyniki lipidogramu są w normie, natomiast pacjent charakteryzuje się innymi czynnikami ryzyka choroby naczyniowej mózgu, jak np. nadciśnienie tętnicze, niski poziom aktywności fizycznej, palenie tytoniu etc. Natomiast potencjalny pacjent z nieprawidłowymi wynikami badania otrzyma zalecenia dotyczące dalszej diagnostyki i leczenia w ramach NFZ, co wydaje się postępowaniem prawidłowym.

Odnosząc się do sposobu zakończenia udziału w programie, należy wspomnieć, że w projekcie nie wskazano, czy uczestnik będzie mógł zrezygnować z udziału w programie na każdym jego etapie.

Nie oszacowano kosztu całkowitego realizacji programu. Koszt jednostkowy określono na 27 zł. Jednakże nie jest jasne, czy uwzględniono w nim działania edukacyjne i wywiad z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą. Mając na uwadze ww. kwotę można domniemywać, że przedstawiony koszt jednostkowy dotyczy jedynie badania profilu lipidowego. Program ma być finansowany ze środków budżetu gminy. Sygnalizowano także możliwość pozyskania środków finansowych z innych źródeł, jednak nie wskazano z jakich dokładnie. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby naczyniowe mózgu są obecnie uznane za jeden z czołowych problemów zdrowotnych na równi z chorobą niedokrwienną serca i nowotworami. Wśród najczęstszych schorzeń wymienia się przede wszystkim zawał mózgu (in. udar mózgu), który współcześnie uznawany jest za jedną z głównych przyczyn zgonów w populacji ludzi dorosłych i główną przyczyną niepełnosprawności/inwalidztwa. Powoduje on wysokie koszty leczenia, rehabilitacji, ale też generuje ogromne koszty społeczne. Choroby naczyniowe mózgu są jednostkami o bardzo zróżnicowanej etiopatogenezie w związku z czym wymagają szybkiego i interdyscyplinarnego podejścia do diagnostyki i leczenia.

Alternatywne świadczenia

W dn. 25 stycznia 2017 r. wydano pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (nr 13/2017) o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)” realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Program ten dot. m.in. działań edukacyjnych w zakresie chorób naczyń mózgowych oraz badań diagnostycznych i dokładnego wywiadu w zakresie ww. schorzeń.

Zakres świadczeń gwarantowanych w chorobach naczyniowych mózgu został określony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ocena technologii medycznej

W zakresie oceny omawianych interwencji odnaleziono wytyczne: Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN 2012), Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz European Society of Cardiology (PTK/ESC 2016), Intercollegiate Stroke Working Party Royal College of Physicians (ISWP 2016), American Heart Organization (AHA 2013), European Stroke Organization (ESO 2008), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 2008), American Heart Organization i American Stroke Organization 2014, National Stroke Foundation oraz National Health and Medical Research Council (NSF NHMRC 2010), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2016).

Odnalezione wytyczne towarzystw/organizacji naukowych wskazują na zasadność prowadzenia edukacji zdrowotnej w kierunku chorób naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu. PTN 2012 podkreśla, że niezbędne jest wdrożenie kształcenia personelu medycznego. Edukacja w kierunku wczesnego rozpoznawania objawów udaru mózgu czy TIA dla populacji ogólnej powinna być prowadzona w formie kampanii informacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do grup podwyższonego ryzyka (ISWP 2016). PTK zaznacza, że dużą rolę w edukacji społeczeństwa szczególnie w grupie ryzyka chorób naczyniowych, mają lekarze pierwszego kontaktu.

W ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych, w tym udarów mózgu, rekomendacje podkreślają ogromny wpływ modyfikacji czynników ryzyka, tj. zaprzestania palenia tytoniu, ograniczenie spożywania alkoholu, wprowadzenie odpowiedniej diety bogatej w warzywa i owoce, zwiększenie i regularność aktywności fizycznej, zażywanie przypisanych leków zgodnie z zaleceniami lekarza, szczególnie w przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym (PTK ESC 2016, AHA ASA 2014, PTN 2012). Zastosowane w ww. zakresie interwencje powinny mieć charakter zindywidualizowany (szczególnie w ramach prewencji wtórnej udarów), zaleca się wdrażanie technik wpływających na zmianę zachowania, tj. narzędzi motywacyjnych i edukujących np. poradnictwo (NSF NHMRC 2010).

Wczesne rozpoznanie objawów chorób naczyń mózgowych, a przede wszystkim udarów mózgu i TIA ma duże znaczenie dla życia pacjenta i jego jakości. Jak wskazują wytyczne PTN 2012 niezbędne jest natychmiastowe podjęcie właściwych działań, do których należą: rozpoznanie objawów sugerujących udar przez samego chorego lub jego otoczenie, wezwanie pogotowia i dowiezienie chorego do wcześniej powiadomionego oddziału/pododdziału udarowego; ustalenie rodzaju udaru i jak najszybsze wdrożenie właściwego leczenia (najpóźniej do 4,5 godz. od pierwszych objawów choroby; do 4 godz. wg NICE 2016).

Zalecenia kliniczne, co do diagnostyki i profilaktyki zwężenia tętnic szyjnych, sugerują, iż w przeciwieństwie do pacjentów z objawami nieprawidłowego funkcjonowania naczyń mózgowych lub zwężenia tętnic szyjnych, u pacjentów bezobjawowych badanie USG duplex nie jest wskazane. Towarzystwa naukowe wskazują również, że USG duplex nie jest zalecane jako rutynowy przesiew u pacjentów bezobjawowych bez manifestacji klinicznych objawów miażdżycy. USPSTF 2014 nie rekomenduje skriningu w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych w populacji ogólnej dorosłych. Metoda USG duplex wiąże się z ryzykiem. U 1% osób poddanych zabiegowi angiografii występuje nieśmiertelny udar. Występuje pewna nieścisłość w odnalezionych dowodach naukowych, opinie ekspertów międzynarodowych wykazują, iż u pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych lub podejrzeniem zwężenia tętnic szyjnych jako badanie diagnostyczne zaleca się właśnie USG duplex.

Eksperti kliniczni stwierdzają, że choroby naczyń mózgowych w związku ze znacznym wydłużaniem się długości życia społeczeństwa, stają się narastającym problemem społecznym i cywilizacyjnym,

będącym przyczyną wzrastającej śmiertelności i inwalidztwa zwykle do końca życia. Ciągła edukacja pacjentów, szczególnie ta kładąca nacisk na walkę z modyfikowalnymi czynnikami ryzyka tj. nadciśnieniem tętniczym, paleniem tytoniu, zaburzeniami gospodarki lipidowej i węglowodanowej, odgrywa ogromną rolę w profilaktyce chorób naczyń mózgowych. W opinii jednego z ekspertów przesiew populacji prowadzony na podstawie checklisty i badania lekarskiego bez wątplenia przyczynią się do lepszej identyfikacji osób zagrożonych wystąpieniem chorób naczyń mózgowych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), z uwzględnieniem raportu: OT.441.307.2017 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych” realizowany przez: gminę Polska Cerekiew, Warszawa, październik 2017, Aneksu do raportów szczegółowych „Wczesna diagnostyka chorób naczyń – wspólne podstawy oceny”, marzec 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 358/2017 z dnia 30 października 2017 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych” (gm. Polska Cerekiew).