



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 169/2019 z dnia 22 listopada 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób
naczyniowych OUN na lata 2020-2022” realizowanego przez miasto
Kędzierzyn-Koźle**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN na lata 2020-2022”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia związana jest ze znacznym poziomem ogólności na którym został zaprojektowany program oraz z wyborem interwencji i populacji docelowej. Odnalezione wytyczne oraz rekomendacje nie wskazują określonej w programie interwencji jako zalecanej, w ramach wykrywania chorób naczyniowych OUN w populacji ogólnej. W projekcie programu nie wskazano na zawężenie populacji docelowej, a jedynym kryterium jakie wskazano, są ograniczenia wiekowe, których zakresu, nie uzasadniono. Warto również mieć na uwadze, że do programu zaplanowano włączyć jedynie 3% populacji docelowej, a dodatkowo brak jest spójności między określoną liczbą osób, która będzie mogła wziąć udział w programie oraz tą, która wynika z założeń budżetu programu. Ponadto działania edukacyjne zostały opisane jedynie powierzchownie, co uniemożliwia ocenę ich wartości.

Ponadto, poniżej przedstawiono uwagi dotyczące pozostałych elementów projektu:

- Cele programu nie zostały poprawnie określone, ponieważ są zbyt ogólne, zaplanowane w postaci działań oraz nie są spójne z zadeklarowanymi w programie interwencjami. Dodatkowo, nie przytoczono żadnego poprawnie sformułowanego miernika efektywności.
- Ewaluacja również została niepoprawnie zaplanowana.
- W ramach budżetu nie oszacowano kosztów akcji informacyjnej.
- Wskazana w programie interwencja jest obecnie świadczeniem gwarantowanym, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 138 000 zł, a wskazany okres realizacji to rok 2020-2022.

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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) 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

W projekcie, w sposób zdawkowy, przedstawiono problem zdrowotny jakim są choroby naczyniowe oraz udary niedokrwienne mózgu. W treści projektu przedstawiono charakterystykę, etiologię oraz możliwe do przeprowadzenia badania diagnostyczne.

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W projekcie programu odniesiono się w sposób zdawkowy do danych epidemiologicznych, które zostały oparte o program polityki zdrowotnej realizowany przez miasto w poprzednich latach.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych z 2016 roku w ramach podgrupy rozpoznań udar niedokrwienny mózgu w województwie opolskim wskaźnik chorobowości szpitalnej wynosił 220,4 na 100 tys. ludności, a wskaźnik chorobowości ambulatoryjnej wynosił 80,2 na 100 tys. Ludności.

W 2016 roku w województwie opolskim odnotowano 2,09 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako udar niedokrwienny mózgu, co stanowiło 43,34% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest *poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle w zakresie chorób ośrodkowego układu nerwowego*. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Proponowane założenie składa się w istocie z dwóch odrębnych celów. Zostało sformułowane również na bardzo dużym poziomie ogólności, w związku z czym utrudnione będzie dobranie prawidłowych mierników efektywności. Dodatkowo poprawa stanu zdrowia nie będzie możliwa do osiągnięcia, ponieważ program zakłada jedynie przeprowadzenie badań diagnostycznych i zdawkowo opisanych działań edukacyjnych.

W treści projektu programu wymieniono także 3 cele szczegółowe:

- (1) „wczesne wykrywanie niektórych schorzeń OUN”;
- (2) „zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy”;
- (3) „zwiększenie świadomości i wiedzy w zakresie chorób ośrodkowego układu nerwowego”.

Pierwszy cel szczegółowy został sformułowany w postaci działania. Drugi cel nie odnosi się do efektu zdrowotnego. Z kolei trzeci cel szczegółowy jest powieleniem założenia głównego.

W projekcie programu zaproponowano 4 mierniki efektywności, tj.:

- (1) „procentowa liczba osób biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu”
- (2) „liczba osób z prawidłowym wynikiem badania”
- (3) „liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi”
- (4) „świadczeniobiorcy biorący udział w programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności schorzeń ośrodkowego układu nerwowego”.

Należy zaznaczyć, że mierniki powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących

w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Pierwszy i czwarty miernik dotyczący procentowej liczby osób biorących udział w programie oraz zadowolenia z przeprowadzonej edukacji nie odnoszą się do celów programu, natomiast mogą być wykorzystane podczas monitorowania programu. Drugi i trzeci miernik również nie odnoszą się do celów, jednak możliwe jest ich wykorzystanie podczas procesu ewaluacji. Należy podkreślić, że nie przytoczono żadnego prawidłowo sformułowanego miernika efektywności.

Populacja docelowa

Populację docelową będą stanowić kobiety i mężczyźni w wieku od 43 do 73 lat. W programie oszacowano, że liczebność populacji podlegającej jst, wynosi ok. 24 500 osób w omawianej grupie wiekowej. Przedstawione dane są zbliżone do informacji zawartych na stronie internetowej GUS. Oszacowano, że z programu co roku przebadanych zostanie ok. 733 osób, co stanowi ok. 3% populacji docelowej rocznie. Jednak biorąc pod uwagę zaplanowany budżet oraz koszty jednostkowe możliwe będzie objęcie programem ok. 650 osób rocznie. Nie wskazano jednak przyczyn wyboru określonej grupy wiekowej.

Kryteriami kwalifikacji do programu będą: wiek od 43 do 73 lat oraz zameldowanie na pobyt stały lub czasowy na terenie miasta.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano wykonanie działania edukacyjnych oraz wykonanie USG Doppler tętnic szyjnych.

Działania edukacyjne

W ramach programu edukacją mają być objęci wszyscy mieszkańcy miasta. Zorganizowane zostaną spotkania „promujące badania profilaktyczne podczas, których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich, które mają stanowić dodatkową formę diagnostyki niezależnie od głównej interwencji projektu”. Nie przytoczono większej liczby szczegółów w zakresie działań edukacyjnych.

USG Doppler tętnic szyjnych

Zgodnie z wytycznymi USPSTF 2014 powyższe badanie nie jest rekomendowane jako skryning w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych w populacji ogólnej dorosłych. W dokumencie podkreślono, że nie odnaleziono bezpośrednich dowodów na korzyści wynikające ze skryningu w kierunku wykrycia zwężenia tętnic szyjnych. W kontekście zastosowania testu diagnostycznego w postaci USG duplex, odnaleziono 3 metaanalizy oraz 3 badania pierwotne oceniające dokładność oraz rzetelność testu. W jednej z metaanaliz odnotowano czułość USG duplex na 98% (95% CI: 97-100%) oraz swoistość na poziomie 88% (95% CI: 76-100%) w diagnozowaniu zwężenia tętnic szyjnych (50% lub więcej zwężenia światła naczynia). Czułość i swoistość w przypadku 70% lub większego zwężenia światła naczynia wyniosła odpowiednio 90% (95% CI: 84-94%) oraz 94% (95% CI: 88-97%). Należy jednak podkreślić, że pełne wnioskowanie na podstawie powyższych danych jest niemożliwe, ze względu na brak określenia liczebności pacjentów bezobjawowych włączonych do badań.

We wspólnym stanowisku 12 towarzystw naukowych z 2012 podkreślono, że zasadność stosowania badania USG duplex w ocenie zwężenia tętnicy szyjnej u pacjentów z omdleniem bez wyraźnych przyczyn sercowych jest uważane za niewłaściwe. Rekomendacje podkreślają natomiast, że istnieje duża zgodność co do zastosowania metody USG duplex w celu oceny pacjentów z objawami klinicznymi ze strony naczyń mózgowych.

Rekomendacje kliniczne w odniesieniu do USG duplex nie jest zalecają tego badania jako rutynowego narzędzia przesiewowego u pacjentów bezobjawowych bez manifestacji klinicznych objawów miażdżycy. Wykonanie omawianego badania jest natomiast zasadne podczas procesu diagnostycznego, u osób z podejrzeniem występowania zwężenia tętnic szyjnych.

Podsumowując, należy stwierdzić, że badanie dopplerowskie tętnic szyjnych nie jest zalecane w populacji ogólnej osób bez objawów choroby.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357), badanie USG Doppler jest świadczeniem gwarantowanym.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

Ocena zgłaszalności ma być prowadzona w oparciu o analizę: „odsetka wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków”. Dodatkowo jeden wskaźnik przedstawiony w punkcie dot. mierników efektywności również może zostać wykorzystany podczas oceny zgłaszalności („liczba osób biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu”).

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji. Do projektu nie załączono wzoru ankiety, zatem nie było możliwe zweryfikowanie jej treści.

W treści projektu odniesiono się do ewaluacji, jednak wskazano jedynie dwa wskaźniki („liczba osób z prawidłowym wynikiem badania” oraz „liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi”).

W związku z powyższym niemożliwe będzie kompleksowe określenie efektywności programu. Dodatkowo ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera ogólny opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu oraz warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W projekcie zaplanowano wybór realizatora w drodze konkursu co jest zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W projekcie wskazano zarówno koszty całkowite, jak i jednostkowe. Koszt diagnostyczny u jednego pacjenta oszacowano na ok. 75 zł. Na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć ok. 1 250 zł rocznie. Nie oszacowano kosztów akcji informacyjnej.

Wskazano, że całkowity koszt programu wyniesie 138 000 zł (46 000 zł rocznie). Określono, że „środki finansowe przeznaczone na realizację programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych gminy”. Program będzie finansowany ze środków budżetu miasta Kędzierzyn-Koźle.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Klinicznie zwężenie i niedrożność tętnic szyjnych mogą przebiegać bezobjawowo lub w postaci zespołów neurologicznych jako: zaburzenia ruchowe po stronie przeciwnej niż zwężenie, zaburzenia czuciowe po stronie przeciwnej niż zwężenie, zaburzenia mowy, zaburzenia widzenia po stronie zwężenia, inne objawy (napadowy ból i zawroty głowy, zaburzenia równowagi, krótkotrwałe utraty świadomości, zaburzenia pamięci). W badaniach przedmiotowych można czasami stwierdzić szmer nad tętnicami szyjnymi.

Udar mózgu definiowany jest jako nagłe, ogniskowe, naczyniopochodne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego), którego warunkiem rozpoznania jest potwierdzenie obecności ogniska udarowego w badaniach neuroobrazowych lub utrzymywanie się objawów ogniskowych ponad 24 godziny przy wykluczeniu innych przyczyn zaburzeń neurologicznych. Wyróżnia się udar niedokrwienny (80–90% przypadków) oraz krwotoczny (10–20% przypadków). Udar niedokrwienny oznacza epizod ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (mózgu, siatkówki lub rdzenia kręgowego). W przypadku udaru krwotocznego mózgu dochodzi do pęknięcia naczynia i wynaczynienia krwi do mózgu lub przestrzeni podpajęczęcej.

Następstwem udaru są różne ubytki neurologiczne. Należy tu wymienić przede wszystkim niedowład, problemy z utrzymaniem równowagi oraz zaburzenia poznawcze.

U chorych, którzy przeżyli epizody niedokrwienia i nie wykonano u nich endarterektomii lub stentowania tętnic szyjnych ryzyko udaru w ciągu 2 lat wynosi 9%, a w ciągu 5 lat 32%. U tych chorych nie wykazano przewlekłego efektu działania leków przeciwkrzepliwych. Po udanym leczeniu chirurgicznym lub wewnątrznaczyniowym u chorych objawowych ryzyko udaru wynosi 0,5%/rok. Dotychczas nie wykazano aby endarterektomia istotnie wydłużała czas przeżycia chorych.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357), badanie USG Doppler jest świadczeniem gwarantowanym.

Ocena technologii medycznej

W ramach oceny technologii medycznej odnaleziono wytyczne oraz rekomendacje następujących towarzystw:

- AANN – ang. American Association of Neuroscience Nurses
- ACCF – ang. American College of Cardiology Foundation
- ACR – ang. American College of Radiology
- AHA – ang. American Heart Association
- AIUM – ang. American Institute of Ultrasound in Medicine
- ASA – ang. American Stroke Association
- ASE – ang. American Society of Echocardiography
- ASN – ang. American Society of Nephrology
- ASNR – ang. American Society of Neuroradiology
- CNS – ang. Congress of Neurological Surgeons
- ICAVL – ang. Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories
- SAIP – ang. Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention
- SCAI – ang. Society for Cardiovascular Angiography and Interventions
- SCCT – ang. Society of Cardiovascular Computed Tomography
- SIR – ang. Society of Interventional Radiology
- SNIS – ang. Society of NeuroInterventional Surgery
- SVM – ang. Society for Vascular Medicine
- SVS – ang. Society for Vascular Surgery
- SVU – ang. Society for Vascular Ultrasound
- USPSTF – ang. U.S. Preventive Services Task Force

Podsumowanie rekomendacji/wytycznych:

- Badanie przesiewowe w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych w populacji ogólnej dorosłych nie jest zalecane (USPSTF 2014, ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012, ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/ SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS 2011).

- Istnieje duża zgodność co do zastosowania metody USG duplex w celu oceny pacjentów z objawami klinicznymi ze strony naczyń mózgowych. Siedem z ośmiu wskazań ocenia się jako właściwe, jedno wskazanie jako niepewne. Zastosowanie ultrasonografii naczyń mózgowych jest właściwe do oceny pacjenta z podejrzeniem niewydolności kręgowo-podstawnej, chociaż do pełnego zobrazowania może być potrzebne badanie dopplerowskie. Międzynarodowe wytyczne dotyczące zarządzania pacjentem z miażdżycą tętnic szyjnych i kręgowych rekomendują inny typ obrazowania niż ultrasonografia, np. angiografię MR oraz angiografię CT. Ultrasonografia tętnic szyjnych została określona jako najwłaściwsza do oceny podejrzenia rozwarstwienia ściany tego naczynia wynikającego z rozwarstwienia łuku aorty i przedłużająca się do tętnicy szyjnej. USG nie jest zalecane w wypadku diagnozowania rozwarstwienia ściany tętnicy szyjnej wynikającego z urazu. W takich wypadkach zaleca się badanie MRA i CTA (ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012).
- Zasadność stosowania badania USG duplex w ocenie zwężenia tętnicy szyjnej u pacjentów z omdleniem bez wyraźnych przyczyn sercowych jest uważane za niewłaściwe. Jest mało prawdopodobne, iż udar mózgu spowoduje omdlenie, jednak zanotowano przypadki ciężkiego (dwustronnego) zwężenia tętnic szyjnych lub tętnicy kręgowej lub podobojczykowej. Efektywność badania ultradźwiękowego w tej serii przypadków niepewna, co sugeruje przeprowadzenie dalszych badań w tym kierunku (ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012).
- U pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych lub podejrzeniem zwężenia tętnic szyjnych zalecane jest badanie USG duplex (klasa I, poziom wiarygodności – C - bardzo ograniczona populacja, wniosek na podstawie opisów przypadków, opinii ekspertów, standardowej praktyki). Uzasadnione jest zastosowanie USG duplex do oceny hemodynamiki tętnic szyjnych u pacjentów bezobjawowych ze szmerami oraz powtarzanie badania co roku u pacjentów ze zdiagnozowanym zwężeniem tętnic szyjnych w stopni wyższym niż 50% (klasa: IIa, poziom wiarygodności: C) (ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS 2011).
- Badanie USG duplex może być uzasadnione i zalecane u pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych i objawową PAD, chorobą wieńcową, miażdżycą tętnic szyjnych, ale ponieważ tacy pacjenci są już leczeni w kierunku prewencji niedokrwienia nie jest pewne wskazanie do przeprowadzenia badania. Badanie USG duplex może być zalecane także u pacjentów bezobjawowych posiadających 2 lub więcej czynni ryzyka miażdżycy (nadciśnienie, hiperlipidemia, palenie, miażdżycy w wywiadzie rodzinnym ujawniająca się przed 60r.ż lub udar). (klasa IIb, poziom wiarygodności: C) (ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS 2011).
- USG duplex nie jest zalecane jako rutynowy przesiew u pacjentów bezobjawowych bez manifestacji klinicznych objawów miażdżycy (poziom wiarygodności: C). USG duplex nie jest zalecane w rutynowej ocenie pacjentów chorych psychiatrycznie lub neurologicznie niezwiązanych z ogniskowym niedokrwieniem mózgu, rakiem mózgu, chorobą degeneracyjną, infekcją lub zapaleniem mózgu, zaburzeniami psychiatrycznymi. (poziom wiarygodności: C). Rutynowe obrazowanie podczaszkowych tętnic szyjnych nie jest rekomendowane u pacjentów nie mających ryzyka rozwoju miażdżycy tętnic szyjnych ani udokumentowanych testów naczyniowych (poziom wiarygodności: C). (ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS 2011).

Podsumowanie dowodów naukowych dot. skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa/efektywności kosztowej:

Skuteczność kliniczna

Najdokładniejszą metodą wykrywania zwężenia tętnic (w co najmniej 50%) lub ich zablokowania jest kontrastowa angiografia z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego. Z większości badań wynika iż wrażliwość i specyficzność metody wynosi ponad 90%. Angiografia rezonansu magnetycznego związana jest z największą liczbą działań niepożądanych, chociaż na ogół były łagodne.

Najpoważniejsze działania niepożądane związane były z angiografią z użyciem kontrastu. Wyniki trzech badań wykazały, iż pacjenci bez przeciwwskazań do angiografii z użyciem rezonansu magnetycznego preferowali tę metodę niż angiografię kontrastową (Collins 2007).

W jednej z metaanaliz odnotowano czułość USG duplex na 98% (95% CI: 97-100%) oraz swoistość na poziomie 88% (95% CI: 76-100%) w diagnozowaniu zwężenia tętnic szyjnych (50% lub więcej zwężenia światła naczynia). Czułość i swoistość w przypadku 70% lub większego zwężenia światła naczynia wyniosła odpowiednio 90% (95% CI: 84-94%) oraz 94% (95% CI: 88-97%). Należy jednak podkreślić, że pełne wnioskowanie na podstawie powyższych danych jest niemożliwe, ze względu na brak określenia liczebności pacjentów bezobjawowych włączonych do badań (USPSTF 2014).

Badanie ultrasonograficzne płytki miażdżycowej i grubości błony środkowej tętnicy szyjnej jest korzystne do określenia ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów bezobjawowych. Jest metodą bezinwazyjną i pozwala wykryć choroby naczyń i zidentyfikować zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Szczególną uwagę należy zwrócić na wykonanie pomiaru, interpretację i raportowanie, które są niezbędne w dobrej praktyce klinicznej (Stein 2008).

Efektywność kosztowa

Brakuje wystarczających danych dotyczących efektywności kosztowej leczenia i diagnostyki w zwężeniu tętnic szyjnych. Niektóre badania przemawiają za efektywnością leczenia za pomocą angioplastyki i stentów, w innych wskazuje się angiografię z użyciem CT lub MR (Shenoy 2012).

Wielodyscyplinarne oświadczenie National Stroke Association ogłosiło iż masowy screening w bezobjawowym zwężeniu tętnic szyjnych nie jest efektywny kosztowo. The American Stroke Association/American Heart Association Stroke Council określiło, iż należy przeprowadzić selekcję pacjentów, ponieważ screening w populacji ogólnej nie jest opłacalny (Kim 2008).

W 2007 roku ASN przedstawiło kompleksowe rekomendacje oparte na dowodach naukowych dotyczące screening'u w populacji generalnej pacjentów z bezobjawowym zwężeniem tętnic szyjnych. Screening w populacji generalnej nie jest kosztowo-efektywny ale powinien być zalecany u pacjentów bezobjawowych w wieku powyżej 65 r.ż z co najmniej trzema czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (nadciśnienie, choroba wieńcowa, palenie tytoniu, hiperlipidemia) (Kim 2008).

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.156.2019 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN na lata 2020-2022” realizowany przez: Miasto Kędzierzyn-Koźle, data ukończenia raportu: listopad 2019, Aneksu do raportów szczegółowych: „Wczesna diagnostyka chorób naczyń – wspólne podstawy oceny”, marzec 2013 r., oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 375/2019 z dnia 18 listopada 2019 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN” (m. Kędzierzyn-Koźle).