

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 30/2021 z dnia 7 czerwca 2021 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas I szkół
podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym
2022/2023”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas I szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2022/2023”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Zarówno populacja docelowa programu, jak i zaplanowane interwencje określono zgodnie z wytycznymi. Należy zauważyć, iż aktualnie istnieje znaczne narażenie na zarówno zdarzenia, jak i bodźce, które wpływają na pogorszenie zdolności słyszenia, oraz ściśle związanej z funkcjonowaniem narządu słuchu, umiejętności mowy czy funkcjonowania zmysłu równowagi.

W programie przewidziano m.in. przeprowadzenie działań edukacyjnych. Jest to interwencja, która wymaga jednak bardziej dokładnego rozważenia, gdyż poruszane zagadnienia mogą istotnie wpłynąć na postępowanie zarówno rodziców/opiekunów prawnych, jak i nauczycieli. W wyniku podjętych działań mogą oni m. in.: wcześniej zauważyć zachowania, które mogą wskazywać na nieprawidłowości funkcjonowania zmysłu słuchu u dzieci. Dlatego też, koniecznym jest przeprowadzenie pre- i post testów, które umożliwiłyby ocenę nabytej wiedzy oraz pozwoliłyby na ewaluację opiniowanego programu.

Należy również bardziej szczegółowo określić sposób postępowania, w przypadku uzyskania wyniku badania wskazującego na niedosłuch u dziecka, jak np. możliwość skierowania do poradni specjalistycznej. W projekcie wskazano jedynie na postawienie diagnozy przez lekarza poprzez omówienie uzyskanego wyniku badania.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić w opisie projektu również poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny wymaga przeformułowania a cele szczegółowe doprecyzowania oraz wskazania uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.
- Mierniki efektywności należy zdefiniować tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- Wskazane jest przedstawienie dokładniejszego opisu poszczególnych etapów programu oraz jego warunków realizacji.

- Punkt dotyczący monitorowania wymaga skorygowania z wykorzystaniem wskaźników omówionych poniżej. Należy także uzupełnić opis oceny zgłaszalności do programu.
- Większość wskaźników dotyczących ewaluacji nie została zaplanowana w sposób poprawny, przez co dokonanie oceny efektów po zakończeniu działań będzie uniemożliwiać obiektywną i rzetelną ocenę wpływu programu na poprawę stanu zdrowia. Wymaga to skorygowania w ostatecznej wersji programu przekazanej do realizacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki i wczesnego wykrywania wad słuchu wśród dzieci. Całkowity budżet programu oszacowano na 172 028 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2022-2023.

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 2020 r., poz. 1398 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

Opiniowany program realizuje następujący priorytet zdrowotny (mając na uwadze możliwość wdrożenia wczesnej diagnostyki i leczenia wad słuchu): „*tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania*”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, jakim są wady słuchu występujące u dzieci. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono informację na temat możliwych przyczyn ubytku słuchu oraz klasyfikację zaburzeń jego funkcjonowania ze względu na stopień ubytku słuchu oraz z uwagi na jego lokalizację.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali światowej, ogólnopolskiej i wojewódzkiej. Przedstawiono dane z badań Światowej Organizacji Zdrowia z 2019 roku, dane epidemiologiczne Głównego Urzędu Statystycznego oraz informacje z Systemu Informacji Oświatowych w woj. śląskim. Odwołano się do map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych, zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy choroby narządu słuchu i równowagi w roku 2016 wyniosła 352,8 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 918,1. W województwie śląskim zapadalność wyniosła 42,8 tys. W analizowanej podgrupie rejestrowaną chorobowość oszacowano na 3 098,7 (8,1/100 tys.) osób w Polsce, a w województwie śląskim liczba chorych wynosiła 383,8 osób.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „*wykrycie zaburzeń słuchu u jak największej liczby dzieci, minimum 3% uczęszczających do klas pierwszych szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego w roku szkolnym 2022/2023*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny programu został sformułowany w sposób ogólny i nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego. Wykrycie zaburzeń słuchu bez podjęcia dalszych

interwencji nie przekłada się na poprawę stanu zdrowia i jakości życia uczestników programu. Cel główny wymaga więc przeformułowania.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie czynników ryzyka uszkodzenia słuchu oraz metod zapobiegania uszkodzeniom słuchu u co najmniej 60% rodziców/opiekunów prawnych dzieci uczestniczących w programie”,
- 2) „zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie czynników ryzyka uszkodzenia słuchu oraz metod zapobiegania uszkodzeniom słuchu u co najmniej 60% wychowawców klas pierwszych i nauczycieli nauczania wczesnoszkolnego szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu bielskiego”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

W celach szczegółowych nr 1 i 2 dotyczących zwiększenia poziomu wiedzy rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli, nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. Cele są możliwe do zrealizowania ze względu na zaplanowane działania edukacyjne, jednakże w programie nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post testów, które umożliwiłyby ocenę nabytej wiedzy. Powyższe uniemożliwia więc wyznaczenie stopnia realizacji celu. Tym samym założenia szczegółowe programu wymagają korekty.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „liczba uczniów, u których wykonano badanie audiometryczne w stosunku do populacji objętej programem”,
- 2) „odsetek dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego słuchu skierowanych do dalszej diagnostyki w ramach środków publicznych”,
- 3) „odsetek osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi skierowanymi do rodziców/opiekunów prawnych u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat zaburzeń słuchu”,
- 4) „odsetek osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi skierowanymi do wychowawców klas pierwszych i nauczycieli nauczania wczesnoszkolnego, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat zaburzeń słuchu”.

Mierniki efektywności 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. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji. Wskaźniki 1, 3 i 4 nie spełniają funkcji mierników efektywności, jednak mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Wskaźnik nr 2 odnosi się pośrednio do celu głównego. W związku z powyższym, ten element programu należy skorygować i przedstawić wskaźniki bezpośrednio odnoszące się do celu głównego oraz celów szczegółowych.

Reasumując, cel główny wymaga przeformułowania a cele szczegółowe doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami. Punkt dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią dzieci uczęszczające do I klasy szkoły podstawowej na terenie powiatu bielskiego w roku szkolnym 2022/2023, a także ich rodzice/opiekunowie prawni oraz wychowawcy klas I. W projekcie programu na podstawie danych uzyskanych z Centrum Obsługi Placówek Oświatowych wskazano, że populacja kwalifikująca się do programu wyniesie 1 600 dzieci.

W działaniach edukacyjnych zaplanowano udział 1 600 rodziców/opiekunów prawnych oraz ok. 69 wychowawców klas I.

Kryteria włączenia do programu obejmują: status ucznia I klasy szkoły podstawowej z terenu powiatu bielskiego, zamieszkanie na terenie powiatu bielskiego oraz pisemna zgoda rodzica na udział dziecka w programie.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić: brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego dziecka na udział w programie, pisemne oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka o stwierdzonej wadzie i ubytku słuchu oraz objęciu leczeniem specjalistycznym w zakresie wad i ubytków słuchu.

W projekcie wskazano również, że *„dzieci zgłaszające się na badania powinny być zdrowe, gdyż np. infekcja czy przeziębienie może zakłócić i zniekształcić wynik badania.”*

Odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (AAP 2021, ECS 2012, AAA 2011). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: w wieku 8 i 10 lat (AAP 2021, AAA 2011) oraz w wieku 11 lat (ASHA 2016).

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu, interwencjami zaplanowanymi w programie są:

- spotkania edukacyjno-informacyjne kierowane do rodziców/opiekunów prawnych oraz do wychowawców klas pierwszych szkół podstawowych i nauczycieli nauczania wczesnoszkolnego,
- badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej dla obydwu uszu u dzieci z I klas szkoły podstawowej.

Działania edukacyjne

W programie zaplanowano przeprowadzenie edukacji zdrowotnej przez *„personel posiadający odpowiednie uprawnienia oraz doświadczenia zawodowe”* oraz wskazano na możliwość przeprowadzania wykładów w postaci stacjonarnej lub zdalnej. Ze względu na ogólny opis interwencji należy uszczegółowić zakres poruszanych zagadnień dotyczących profilaktyki wad słuchu, doprecyzować formę, liczbę, czy częstotliwość planowanych zajęć, określić maksymalną liczbę uczestników oraz zapewnić, aby przekazywane materiały edukacyjno-informacyjne (ulotki, plakaty) zawierały informacje zweryfikowane przez specjalistów, np. audiologa, otolaryngologa.

W rekomendacji ASHA 2016 wskazuje się, że każdy program przesiewowy z zakresu wad słuchu powinien zawierać część edukacyjną skierowaną do rodziców, gdzie zostaną poruszone kwestie dotyczące realizacji przesiewowego badania słuchu, prawdopodobieństwa wystąpienia ubytku słuchu u dzieci oraz dalszych procedur, jeżeli zaistnieje potrzeba ich wykonania

Badanie przesiewowe

Interwencją przewidzianą do realizacji w ramach programu jest audiometria tonalna.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi jest to badanie pierwszego wyboru w przypadku badań przesiewowych w kierunku wad słuchu. Rekomenduje się stosowanie jej w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych (m. in. AAP 2009, AAA 2011). Zgodnie z rekomendacjami stanu Alaska (2016) badanie to powinno być wykonywane wśród dzieci w wieku przedszkolnym, dzieci/młodzieży znajdującej się w następujących przedziałach wiekowych: 6-7, 8-9, 10-11, 12-13, 15-16 r.ż. oraz dodatkowo w drugim roku od ukończenia edukacji przedszkolnej (7-8 r.ż.), jeśli pozwalają na to możliwości.

Co istotne, wspomniane badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB (ASHA 2016, AAP 2010). W projekcie programu nie wskazano dla jakich tonów badanie zostanie przeprowadzone, co należy uzupełnić. Należy podkreślić, że w jednej rekomendacji (ASHA 2016) zakwestionowano zasadność prowadzenia badania 500 Hz (potencjalna możliwość zakłócenia wyniku przez odgłosy z otoczenia).

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (ASHA 2016) rodzice/opiekunowie prawni powinni mieć dostęp do edukacji oraz konsultacji w zakresie prowadzonych badań przesiewowych. Wskazano również, że do zadań osób odpowiedzialnych za badanie (w przypadku wskazanych wytycznych – audiologa) powinno należeć wyselekcjonowanie oraz dostarczenie stosownych materiałów edukacyjnych rodzinom dzieci uczestniczących w badaniach. Także skierowanie działań edukacyjnych do wychowawców/nauczycieli znajduje swoje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych (AAP 2016). Sugerują one bowiem zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania mogące świadczyć o występowaniu u danego ucznia problemów ze słuchem. Do zachowań tych zaliczane są m.in.: próby o powtarzanie treści, odwracanie głowy bokiem w kierunku mówiącego, obserwowanie ust osoby mówiącej, zbyt głośne mówienie, niewyraźna mowa, nieuwaga podczas rozmowy, trudności ze zrozumieniem i wykonywaniem poleceń, skłonność do izolowania się.

W projekcie programu wskazano, iż za przeprowadzenie badań odpowiedzialny będzie lekarz specjalista (lub w trakcie specjalizacji) z dziedziny: audiologii i foniatrii, laryngologii/otolaryngologii/otolaryngologii dziecięcej lub osobę, która posiada niezbędne kwalifikacje do wykonywania tychże badań (pielęgniarka, protetyk słuchu). Należy zaznaczyć, że wytyczne ASHA 2016 rekomendują, aby program badań przesiewowych był zaprojektowany, zaimplementowany i nadzorowany przez audiologa. Zaleca się, aby w proces badania przesiewowego zaangażowany był zespół ograniczony do: lekarza audiologa, patologa mowy i języka, a także personelu pomocniczego nadzorowanego przed audiologa.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540), kompleksowa ocena stanu zdrowia, obejmująca diagnostykę wad słuchu, powinna być wykonywana u dzieci w ramach testów przesiewowych prowadzonych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w I klasie gimnazjum (obecnie 7 klasa szkoły podstawowej) oraz w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego (w wyniku niewykonania badania w terminie testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej).

Podsumowując, działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi wytycznymi w przedmiotowym zakresie. Niemniej należy doprecyzować zapisy projektu w odniesieniu do zaplanowanych działań, w szczególności części edukacyjnej, oraz wskazać dla jakich częstotliwości zostanie przeprowadzone badanie.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami 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 uzyskanych w programie realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma zostać przeprowadzona na podstawie analizy liczby wyrażonych zgód na udział w programie. Wskazano, że „liczba dzieci uczestniczących w programie zostanie odniesiona do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu oraz zakładanej populacji

docelowej”. Wymienione powyżej mierniki efektywności nr 1, 3 i 4 mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przedstawiona na podstawie wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

W ramach ewaluacji zaplanowano analizę: „liczby przebadanych dzieci w stosunku do populacji objętej programem”, „liczby dzieci, u których wykryto wadę słuchu wraz z podziałem na rodzaj wykrytej wady”, „nabytej wiedzy poprzez wypełnienie ankiet przez uczestników (rodziców/opiekunów prawnych)”. Należy wskazać, że pierwszy wskaźnik zaproponowany przez wnioskodawcę odnosi się bardziej do monitorowania. W przypadku trzeciego wskaźnika, dołączona ankieta ma za zadanie poznanie uwag oraz opinii na temat programu, jednak nie umożliwi ona sprawdzenia wiedzy rodziców/opiekunów prawnych. Ponadto, tak jak wspomniano powyżej, w programie nie zaplanowano przeprowadzenia pre- i post testów, w związku z czym weryfikacja stopnia nabytej wiedzy będzie niemożliwa do określenia.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej.

Warunki realizacji

W projekcie bardzo ogólnie opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu. W sposób ogólny odniesiono się również do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Edukacja oraz badanie audiometryczne ma zostać przeprowadzone przez wykwalifikowany personel posiadający odpowiednie uprawnienia oraz doświadczenie zawodowe, o którym wspomniano powyżej w treści niniejszej opinii.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie na pisemną prośbę rodzica/opiekuna prawnego uczestnika.

Zaplanowano przeprowadzenie kampanii informacyjnej przez realizatora oraz Wydział Zdrowia w Starostwie Powiatowym w Bielsku-Białej (informacje na stronach internetowych powiatu bielskiego, BIP, w lokalnych mediach, portalach społecznościowych oraz podmiotach prowadzących działalność leczniczą na terenie powiatu).

Całkowity budżet programu oszacowano na 172 028 zł, a koszty jednostkowe na kwotę 107 zł (koszt działań edukacyjno-informacyjnych oszacowano na 12 zł, koszt badania audiometrycznego – 40 zł, koszt konsultacji lekarskiej – 50 zł oraz koszt monitorowania i sprawozdawania programu – 5 zł).

Program będzie finansowany ze środków powiatu bielskiego. Powiat będzie ubiegał się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie na podstawie art. 48d ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Słuch jest jednym ze zmysłów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju dzieci. Nieleczony ubytek słuchu może mieć negatywny wpływ zarówno na rozwój mowy, języka, jak również rozwój kognytywny – a w następstwie – na osiągnięte wyniki w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym, u których występuje niewielki ubytek słuchu, istnieje ryzyko wystąpienia problemów w szkole, w społeczeństwie, a także problemów z zachowaniem.

Wada wymowy, która może pojawić się m. in. w wyniku wad czy ubytku słuchu, jest zjawiskiem, polegającym na występowaniu różnego rodzaju nieprawidłowości podczas mówienia. Zaburzenie mowy może przejawiać się w opuszczaniu, zastępowaniu czy deformowaniu realizowanego dźwięku. Zadaniem logopedy jest nie tylko określenie stopnia i rodzaju nieprawidłowości występującej w wymowie, ale również zaplanowanie przyszłej terapii oraz prowadzenie działań prewencyjnych w tym zakresie. Klasyfikacja zaburzeń mowy jest trudna do ustalenia ze względu na to, iż logopedia jest dziedziną interdyscyplinarną oraz ciągle rozwijającą się. Do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń mowy u dzieci należą: dyslalia, palatolalia, alalia, dyzartria, oligofazja, mutyzm, jąkanie oraz gęłkot. Statystycznie przyjmuje się, iż 8-9% dzieci ma zaburzenia mowy dźwiękowej.

Alternatywne świadczenia

Kompleksowa ocena stanu zdrowia obejmująca diagnostykę wad słuchu znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Zgodnie z treścią załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia, badania w kierunku wad słuchu (badanie orientacyjne szeptem) wykonywane są w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego oraz w klasie I gimnazjum.

Powyższe działania reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013 poz. 540).

Ponadto na podstawie Rozporządzenia 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.) aktualnie dostępnym świadczeniem gwarantowanym jest porada specjalistyczna – audiologa i foniatri.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Nieleczony ubytek słuchu powyżej 20 dB może mieć negatywny wpływ na rozwój mowy, języka oraz rozwój kognytywny, a w następstwie na osiągnięcia w nauce. W przypadku dzieci w wieku szkolnym nawet z niewielkim ubytkiem słuchu, i które wydają się funkcjonować prawidłowo, istnieje istotne ryzyko problemów w szkole, w społeczeństwie i problemów z zachowaniem. Dlatego też identyfikacja nawet niewielkiego ubytku słuchu jest istotna i umożliwia podjęcie efektywnego leczenia zanim powstaną znaczące uszkodzenia (ECS 2012).

Odnalezione wytyczne są zgodne, że podstawową populacją docelową powinny być wszystkie dzieci w wieku od 4 do 7 lat (AAP 2016, ECS 2012, AAA 2011). Dodatkowo uczniowie mogą być poddawani badaniom okresowym będąc w późniejszych klasach: 8 i 10 lat (AAP 2016, AAA 2011) oraz w wieku 11 lat (ASHA 2016).

Nieprawidłowości rozwojowe, problemy behawioralne (np. autyzm, opóźnienia w rozwoju) mogą uniemożliwiać otrzymanie dokładnych wyników w audiometrycznym badaniu przesiewowym. W tej sytuacji konieczne jest skierowanie dziecka do otolaryngologa lub audiologa dziecięcego, który posiada odpowiednie kompetencje oraz aparaturę umożliwiającą właściwe przeprowadzenie badania

(AAP 2009), badaniem pierwszego wyboru powinna być audiometria tonalna, rekomendowana do stosowania w populacji dzieci w wieku 3 lat i starszych. (m. in. AAP 2016, AAA 2011).

Badanie powinno być wykonywane dla obydwu uszu dla tonów o częstotliwości: 1000, 2000 i 4000 Hz przy 20 dB (ASHA 2016, AAP 2010).

Natychmiastowe badanie przesiewowe powtórzone tego samego dnia u dzieci, które miały niezadowolający wynik podczas początkowego skryningu na poziomie 20 dB może wpłynąć na ograniczenie skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich. Wykonanie audiometrii tonalnej i tympanometrii tego samego dnia również redukuje liczbę skierowań z powodu przypadków fałszywie dodatnich (AAP 2016).

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Audiometria tonalna (ang. pure tone sweep) wydaje się być odpowiednim narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych (Bamford 2007).

Badania skryningowe z użyciem otoemisji akustycznej oraz audiometria tonalna mogą zidentyfikować utratę słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (Prieve 2015).

Czynniki takie jak wiek dziecka i kompetencje osoby przeprowadzającej badanie znamienne wpływają na dokładność badania skryningowego (Prieve 2015).

Zautomatyzowana audiometria progowa charakteryzuje się zbliżoną niezawodnością i dokładnością co audiometria progowa manualna (Mahomed 2013).

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 2020 r., poz. 13988 z późn. zm), z uwzględnieniem Aneksu do raportów szczegółowych: Badania przesiewowe słuchu u dzieci w wieku szkolnym –wspólne podstawy oceny” z września 2016r., raportu AOTMiT nr OT.431.30.2021 „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas I szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2022/2023”, data ukończenia: czerwiec 2021 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 70/2021 z dnia 7 czerwca 2021 roku o projekcie programu „Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas I szkół podstawowych z terenu powiatu bielskiego w roku szkolnym 2022/2023”.