



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 70/2019 z dnia 29 maja 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania
żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej” realizowanego przez
województwo warmińsko-mazurskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej”.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej był już przedmiotem oceny Agencji w 2018 r. oraz w 2019 r. i uzyskał wówczas negatywne opinie Prezesa Agencji. Pomimo, że w obecnym programie wykluczono populację z niskim ryzykiem wystąpienia choroby zakrzepowo –zatorowej (zgodnie z główną uwagą w opinii 38/2019), realizacja programu nie znajduje uzasadnienia. Tak jak wskazano w poprzedniej Opinii Prezesa, określona w obecnym programie grupa ryzyka, to w większości osoby pozostające pod opieką lekarza specjalisty, które powinny być zaopiekowane w systemie, ze względu na występowanie choroby podstawowej, zaś świadczenia oferowane w ramach programu dostępne są w ramach świadczeń gwarantowanych i zgodnie ze standardem postępowania powinny być wykonywane są w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego we wskazanej populacji.

Fakt, że programem nie będą objęte osoby pozostające pod opieką poradni angiologicznej, poradni chorób naczyń lub poradni kardiologicznych, nie wyklucza, że pozostała część populacji nie została zaopiekowana w zakresie ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej m.in. w przypadku osób po złamaniach, zabiegach chirurgicznych czy chemioterapii. Tym samym wątpliwe jest, aby programem udało się objąć zaplanowaną liczebność populacji docelowej.

Ponadto mając na uwadze dane dot. zapadalności na chorobę zakrzepowo-zatorową, opisane powyżej aspekty związane z populacją docelową, brak informacji o sposobie zapraszania pacjentów do programu, istnieje ryzyko, że program nie przeloży się na widoczne efekty kliniczne w określonej populacji.

Ponadto wątpliwości budzi sposób zaplanowanej rekrutacji do programu. Wskazano, że do etapu obejmującego wykonanie badań przesiewowych będą kwalifikowane osoby na podstawie wyników ankiety dotyczącej występowania medycznych kryteriów włączenia do badania, przeprowadzonej przez pielęgniarkę. Jednak nie jest jasne w jaki sposób i w jakich okolicznościach ten wywiad zostanie przeprowadzony. Do projektu nie załączono wzoru ankiety, której wyniki będą stanowiły podstawę do kwalifikacji pacjenta do programu. W związku z czym nie jest możliwa jej weryfikacja.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej powinny być bardziej skupione na profilaktycznych działaniach edukacyjnych zwiększających świadomość społeczeństwa w zakresie



analizowanego problemu zdrowotnego, nie zaś na prowadzeniu działań diagnostycznych, mogących nieść więcej ryzyka niż korzyści zdrowotnych.

Odnosząc się do pozostałych elementów programu, należy wskazać, że występuje niespójność pomiędzy zakładaną wartością docelową wskazaną w celu szczegółowym, a odnoszącym się do tego celu miernikiem.

Biorąc powyższe pod uwagę, Prezes Agencji podtrzymuje stanowisko z poprzednich opinii dotyczących omawianego programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący profilaktyki i wykrywania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 2 996 862,71 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

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 2018 r., poz. 1510 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

Oceniany program 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 dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przedmiotowy program odnosi się do problemu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki i wykrywania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz sytuację epidemiologiczną w skali ogólnoświatowej, krajowej i regionalnej, odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Według danych zawartych w MPZ, w 2014 r. w województwie warmińsko-mazurskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem zakrzepica lub zatorowość płucna wyniosła 0,73 tys.

Zapadalność na żyłną chorobę zakrzepowo-zatorową (ŻChZZ) wynosi 1-2/1 000 osób rocznie. Na podstawie danych z Ameryki Północnej i Europy Zachodniej można sądzić, że w Polsce co roku ok. 57 000 osób zapada na zakrzepicę żył głębokich (ZŻG), zaś ok. 36 000 na zatorowość płucną (ZP). Liczba zachorowań zwiększa się z wiekiem i jest ponad 3-krotnie większa wśród osób w wieku ≥ 65 lat niż wśród młodszych dorosłych w wieku 45-55 lat, a u osób w wieku >80 lat sięga 5/1 000 osób rocznie. Ok. 70% przypadków ŻChZZ dotyczy osób w wieku >60 lat.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie o 100 przypadków wykrywalności żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u aktywnych zawodowo mieszkańców w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40. roku życia”.

W projekcie wskazano także 2 cele szczegółowe: „zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u osób aktywnych zawodowo oraz osób aktywnych zawodowo powyżej 40 roku życia w latach 2019-2022”, „wzrost świadomości 20% osób aktywnych zawodowo w wieku 18-64 lat, mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022, w zakresie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, profilaktyki oraz diagnostyki”.

Wskazane cele programowe są zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Większość wskazanych mierników efektywności zostały sformułowane w sposób prawidłowy. Jednak występuje niespójność pomiędzy zakładaną wartością docelową wskazaną w celu szczegółowym – „zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej”, a odnoszącym się do tego celu miernikiem – „spadek o 100 przypadków hospitalizacji z powodu powikłań wynikających z żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej”. Powyższe wymaga poprawy.

Populacja docelowa

Populację docelową programu w zakresie planowanych działań diagnostycznych stanowią aktywni zawodowo mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40. roku życia. Natomiast działania edukacyjne zostaną skierowane do wszystkich aktywnych zawodowo mężczyzn w wieku 18-64 lata i kobiet w wieku 18-59 lat.

W projekcie, na podstawie danych GUS oszacowano, że liczebność populacji docelowej programu w latach 2019-2020 wyniesie ok. 655 tys. osób. W tej grupie aktywni zawodowo mężczyźni w wieku 40-64 lata to ok. 211 tys. osób, a kobiety w wieku 40-59 lat to ok. 166 tys., czyli łącznie ok. 377 tys. osób. Działaniami diagnostycznymi planuje się objąć do 10% populacji powyżej 40. roku życia, co stanowi około 37,5 tys. mieszkańców, w całym okresie trwania programu.

Podstawowymi kryteriami formalnymi do udziału w programie będą: status zamieszkiwania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, wiek 18-64 lata w przypadku działań edukacyjnych oraz pisemna zgoda na udział w programie.

Do etapu obejmującego wykonanie badań przesiewowych będą kwalifikowane osoby na podstawie wyników ankiety dotyczącej występowania medycznych kryteriów włączenia do badania, przeprowadzonej przez pielęgniarkę. Na podstawie wyników ankiety uczestnicy zostaną zakwalifikowani do jednej z 3 grup w zależności od stopnia występowania ryzyka choroby na: silne, umiarkowane i słabe ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowotnych związanych z chorobą zakrzepowo-zatorową

Z części diagnostycznej zostaną wykluczone osoby w przypadku niskiego lub skrajnie niskiego ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-żyłnej. Ponadto z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką poradni angiologicznej, poradni chorób naczyń lub też poradni kardiologicznych, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie.

Oprócz konieczności spełnienia powyższych kryteriów, o włączeniu do programu będzie decydować także kolejność zgłoszeń.

Przedstawiony w programie podział czynników ryzyka jest zgodny z wytycznymi European Society of Cardiology (ESC 2014). Należy jednak podkreślić, że rekomendacje ESC odnoszą się jedynie do ostrej zatorowości płucnej, która stanowi jedynie część przypadków żyłnej zatorowości.

W projekcie uwzględniono uwagę Prezesa Agencji – z programu zostaną wykluczeni pacjenci z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, prowadzący siedzący tryb życia, starsi wiekowo, otyli czy też posiadający żylaki (niskie ryzyko). Niemniej jednak nadal niejasny pozostaje sposób zgłaszania się uczestników do programu. Z opisu przedstawionego w projekcie, wynika, że osoby chcące skorzystać z projektu będą się zgłaszać spontanicznie i na podstawie wyników ankiety kwalifikacyjnej, będą włączani do programu. Warto jednak zaznaczyć, że wskazane osoby z silnymi i umiarkowanymi czynnikami ryzyka wskazują na grupy pacjentów, którzy będą pozostawać pod opieką specjalistów z danych dziedzin (np. onkolog, angiolog, ortopeda, chirurg, kardiolog), w związku z czym realizacja badań przesiewowych w tym zakresie powielać będzie działania realizowane w ramach opieki specjalistycznej. Uwaga ta znalazła się również w uzasadnieniu poprzedniej opinii Prezesa.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz badań przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrycie choroby żyłnej zakrzepowo-zatorowej.

Działania edukacyjne będą realizowane w formie wykładów na temat promocji zdrowia. Wskazano zakres tematyczny, częstotliwość spotkań, odniesiono się do kompetencji osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie edukacji oraz liczby uczestników ww. działań.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi „Konsensusu Polskiego” z 2017 r. ponawiane działania edukacyjne w połączeniu z systemem zachęt, ostrzeżeń, a jeżeli to możliwe – również skomputeryzowanego, elektronicznego alarmowania powinny zapewnić jak najlepsze wykorzystanie profilaktyki ŻChZZ.

Wśród osób zakwalifikowanych do badań przesiewowych będzie realizowane wstępne badanie lekarskie, które zostanie przeprowadzone przez lekarza specjalistę, w celu zebrania wywiadu w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego oraz rodzinnego występowania zaburzeń sercowo-naczyniowych. Rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych badań opierać się będzie na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa zakrzepicy, oszacowanego za pomocą jednej ze skal klinicznych np. skali Wellsa, oznaczeniu stężenia D-dimeru oraz wykonaniu testu diagnostycznego. Uzyskany wynik prawdopodobieństwa klinicznego podejrzenia ZŻG podczas badania lekarskiego dzieli pacjentów na 3 kategorie: dużego, umiarkowanego i małego prawdopodobieństwa ZŻG. Dalsze postępowanie diagnostyczne będzie zależne od tego, do której pacjent trafi do grupy. W przypadku pacjentów z małym i umiarkowanym prawdopodobieństwem klinicznym oznaczone zostanie stężenie D-dimeru. U osób, u których podejrzenie ZŻG zostanie ocenione jako „wysoce prawdopodobne”, wykonane zostanie badanie ultrasonograficzne układu żył głębokich (KP 2017).

Opisane w projekcie postępowanie jest zgodne z odnalezionymi wytycznymi (NICE 2012). Ultrasonografia z oceną dopplerowską jest obecnie najczęściej wykonywanym badaniem w diagnostyce chorób żył kończyn dolnych (AIUM 2015, ESVS 2015, PTChN/PTF 2013). Warto zaznaczyć, że zaproponowanie stosowania skali klinicznej do oceny prawdopodobieństwa klinicznego ZŻG oraz zaplanowanie badania stężenia D-dimeru wśród uczestników programu jest uwzględnieniem uwagi Prezesa z poprzedniej wersji programu.

Uczestnik programu po wykonaniu kompleksowej oceny stanu zdrowia ukierunkowanej na wczesne wykrycie choroby żyłnej zakrzepowo-zatorowej zostanie poinformowany przez lekarza o wynikach badań oraz otrzyma zalecenia dalszego postępowania poza programem.

Należy wskazać, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej badania: USG naczyń kończyn dolnych – doppler należą do świadczeń gwarantowanych w ramach AOS. Zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania ww. świadczenia.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zawiera opis monitorowania oraz ewaluacji programu.

W ramach oceny zgłaszalności monitorowana będzie: liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych oraz liczba uczestników działań edukacyjnych. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz konkretnego realizatora programu oraz do liczebności zakładanej populacji docelowej. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu.

Ocena jakości świadczeń ma być przeprowadzona na podstawie analizy wyników anonimowych ankiet satysfakcji, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja programu zostanie dokonana na podstawie mierników efektywności. Należy pamiętać, że ocena efektywności programu stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową, wykraczającą znacznie poza okres trwania programu, co zostało uwzględnione w programie.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis jego organizacji z wyszczególnieniem kolejnych etapów programu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie określono tryb zapraszania do programu. W tym celu zaplanowano akcję informacyjną w celu dotarcia do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników programu,

spełniających kryteria włączenia do programu. Informacje o planowanych działaniach będą przekazywane za pomocą np. lokalnych mediów, stron internetowych jst oraz poszczególnych placówek medycznych, plakatów i ulotek. Jednak do projektu nie załączono wzorów materiałów akcydensowych, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści.

Koszt całkowity został określony na 2 996 862,71 zł. W projekcie oszacowano koszty jednostkowe interwencji o charakterze diagnostycznym. Łączny koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych oszacowano na ok. 396 480 zł.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób ICD-10, choroby układu sercowo-naczyniowego mają przypisany kod I00-I99. Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ), czyli zakrzepica żył głębokich (ICD-10: I80) i jej najgroźniejsze powikłanie – zator tętnicy płucnej (ICD-10: I26) stanowi niezwykle ważny, interdyscyplinarny problem współczesnej medycyny.

Pojęcie triady Virchowa, która obejmuje czynniki sprzyjające ŻChZZ: zastój żylny, zmiany składników krwi oraz zmiany w śródbłonku, jest tak samo aktualne dziś, jak w czasie wprowadzenia go w XIX wieku. Wystąpienie ŻChZZ wymaga często współistnienia co najmniej 2 czynników.

Choroby tętnic i żył obwodowych są istotnym problemem wśród chorób układu krążenia. Objawy przewlekłej choroby żyłnej występują u 49% dorosłej populacji Polski, w tym 38% mężczyzn i 51% kobiet. Czynne lub zagojone owrzodzenie żyłne goleni - najbardziej zaawansowana postać choroby - dotyczy 1,5% dorosłej populacji.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357), badania: USG naczyń kończyn dolnych – doppler oraz flebografia żył kończyny dolnej należą do świadczeń gwarantowanych w ramach AOS.

Ocena technologii medycznej

Wnioski z odnalezionych wytycznych klinicznych

Odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących towarzystw/institucji/organizacji: KP – Konsensus Polski 2017; NICE – National Institute for Health and Care Excellence 2012; PTU – Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne 2014; PTChN – Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej/PTF – Polskie Towarzystwo Flebologiczne 2013; ESVS – European Society for Vascular Surgery 2015; AIUM – The American Institute of Ultrasound in Medicine 2015.

Zgodnie z wytycznymi KP 2017, NICE 2012 rekomenduje się przyjęcie za podstawę rozpoznania ŻŻG schematu diagnostycznego opartego na ocenie prawdopodobieństwa klinicznego ŻŻG, wykorzystującego stężenie D-dimeru oraz kompresyjne badanie ultrasonograficzne układu żył głębokich.

W przypadku pacjentów, u których podejrzewa się ŻŻG, należy wykonać ocenę klinicznego prawdopodobieństwa ŻŻG, oszacowanego za pomocą skali Wellsa dot. ŻŻG (NICE 2012).

Według wytycznych PTU 2014 ultrasonografia w skali szarości (2D) w połączeniu z obrazowaniem w kolorze (color Doppler) zapisem widma (PW Doppler) pozostaje podstawową techniką oceny zmian w każdym łóżysku naczyniowym. Diagnostyka zakrzepicy żył kończyn dolnych, a także przygotowanie pacjenta do operacji żyłaków kończyn dolnych opiera się na diagnostyce.

Ultrasonografia z oceną dopplerowską jest obecnie najczęściej wykonywanym badaniem w diagnostyce chorób żył kończyn dolnych. Podstawowymi wskazaniem do wykonywania tego badania są żylna choroba zakrzepowo-zatorowa oraz przewlekła niewydolność żylna (PTChN/PTF 2013).

ESVS 2015 zaleca wykonanie badania USG duplex Doppler w diagnostyce żyłaków nawrotowych w celu identyfikacji źródła i przyczyny nawrotów. W ocenie pacjentów z zespołem pozakrzepowym lub klinicznym podejrzeniem innych przyczyn niedrożności żył biodrowych lub żyły głównej dolnej zaleca stosowanie badania USG duplex Doppler żył kończyn dolnych oraz żył brzucha i miednicy o ile tylko badanie to jest możliwe do wykonania. Badania kliniczne i obrazowanie ultrasonograficzne mogą dostarczyć szczegółowych informacji umożliwiających ukierunkowaną ocenę i zaplanowanie dalszego postępowania. Dowody w przypadku badań diagnostycznych pacjentów z przewlekłą chorobą żylną można pogrupować w następujących kategoriach:

- Poziom 1: wywiad medyczny i badanie z użyciem ręcznego aparatu dopplerowskiego (tzw. „ślepego” Dopplera – Doppler fali ciągłej) lub bez niego.
- Poziom 2: diagnostyka nieinwazyjna przy pomocy (w zależności od dostępności) badania duplex Doppler i pletyzmografii.
- Poziom 3: obrazowanie inwazyjne lub kompleksowe, w tym: wenografia, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.

Według AIUM 2015 wskazania do badań ultrasonograficznych żył obwodowych obejmują (ale nie są ograniczone): ocenę ewentualnego ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej lub niedrożności żyłnej wśród pacjentów w stadium objawowym oraz osób bezobjawowych, znajdujących się w grupie wysokiego ryzyka; ocenę niewydolności żyłnej i refluksu oraz żyłaków; ocenę dostępu naczyniowego w dializie; mapowanie żyłne przed wykonaniem zabiegu chirurgicznego.

Odnosząc się do edukacji zdrowotnej KP 2017 wskazuje, że ponawiane działania edukacyjne w połączeniu z systemem zachęt, ostrzeżeń, a jeżeli to możliwe – również skomputeryzowanego, elektronicznego alarmowania powinny zapewnić jak najlepsze wykorzystanie profilaktyki ŻChZZ.

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Zgodnie z wnioskami z publikacji Kelechi, T. J. 2008 przewlekła niewydolność naczyń żylnych nóg ma znaczny wpływ na śmiertelność i rozpowszechnienie przewlekłej niewydolności żył. Świadomość znaczenia wczesnej diagnozy zapobiega utracie tkanek. Niestety aktualne standardy diagnostyczne wykrywają chorobę w ciężkim stadium, gdy doszło już do obrzęku i zmian skórnych lub ran.

Z kolei autorzy publikacji Neil M. 2010 wnioskuje, że badanie USG duplex jest najważniejszym narzędziem do diagnozowania pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Wnioski z opinii ekspertów klinicznych

Opinie ekspertów klinicznych dotyczące prowadzenia programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki chorób naczyń były pozytywne. Jeden z ekspertów klinicznych w swojej opinii podkreśla znaczenie prowadzenia programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki chorób naczyń dla pacjenta, ponieważ zapewniają one wczesne wykrycie schorzeń, ratują zdrowie i poprawiają jakość życia (bez wpływu na jego długość). Programy profilaktyki powinny być prowadzone ze szczególnym zwróceniem uwagi na patologię żył i tętnic, jednak prowadzenie ich na ograniczonym terenie nie ma dużego wpływu na zmianę sytuacji województwa. Zdaniem innego eksperta programy dotyczące profilaktyki żył powinny być finansowane i prowadzone przez jst. Przewlekła choroba kończyn dolnych ze względu na częstość występowania kwalifikuje się do uznania za chorobę społeczną. Rozpoznanie zagadnienia w ramach programów polityki zdrowotnej na obszarze zarządzanym przez jst jest godne polecenia.

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 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.42.2019 „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej” realizowany przez: Województwo Warmińsko-Mazurskie, data ukończenia: marzec 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Wczesna diagnostyka chorób naczyń – wspólne podstawy oceny” z marca 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 143/2019 z dnia 27 maja 2019 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej”.