



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 239/2014 z dnia 27 października 2014 r.

o projekcie programu „Program Wczesnego Wykrywania i Zapobiegania Chorobom Układu Krążenia” Województwa Łódzkiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu „Program Wczesnego Wykrywania i Zapobiegania Chorobom Układu Krążenia” realizowanego przez Województwo Łódzkie.

Uzasadnienie

Niniejszy Program jest zgodny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 – pierwszy cel strategiczny pn. „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”.

Celem programu jest zapobieganie oraz wczesne wykrywanie chorób układu krążenia przez identyfikację i kontrolę czynników ryzyka oraz uświadomienie potrzeby leczenia u osób z nierozpoznaną dotychczas chorobą.

Program skierowany jest do dwóch odrębnych populacji, co nie zostało uwzględnione w projekcie. Pierwszą z nich osoby od 35-55 lat, u których dotychczas nie stwierdzono chorób układu krążenia drugą uczniowie szkół gimnazjalnych i licealnych dla których autorzy planują przeprowadzenie interwencji edukacyjnej mającej na celu poprawę świadomości zdrowotnej uczniów. W obydwu przypadkach projekt w przedłożonej formie nie uwzględnia wielkości populacji docelowej Jako interwencje w programie wskazano badania przesiewowe refundowane w ramach podstawowej opieki.

W kwestii monitorowania i ewaluacji przedłożony projekt skupia się wyłącznie na wskaźnikach pozwalających na monitorowanie przebiegu realizacji programu oraz oceny skuteczności kampanii informacyjnej. Do udziału w programie zainteresowane osoby zgłaszają się spontanicznie, bez skierowania.

Autorzy nie przedstawili budżetu, ani szczegółowego kosztorysu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Województwa Łódzkiego z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób sercowo-naczyniowych. Celem głównym Programu jest zapobieganie oraz wczesne wykrywanie chorób układu krążenia przez identyfikację i kontrolę czynników ryzyka oraz uświadomienie potrzeby leczenia u osób z nierozpoznaną dotychczas chorobą. Program ma być realizowany w 2014 roku z możliwością kontynuacji w latach kolejnych. Nie podano budżetu programu, oraz nie oszacowano liczebności potencjalnych beneficjentów. Program jest zgodny z celami



strategicznymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 – „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, w tym udarów mózgu”.

Problem zdrowotny

Choroby układu sercowo-naczyniowego obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadząc do inwalidztwa.

Realizacja przez jst badań przesiewowych w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego, a także promocja zdrowego stylu życia oraz edukacja zdrowotna pacjentów wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia.

Alternatywne świadczenia

Narodowy Fundusz Zdrowia gwarantuje badania profilaktyczne w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego dla osób będących w 35, 40, 45, 50, 55 roku życia.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego:

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Poznano wiele czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Realizacja przez jst badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo naczyniowych (oraz cukrzycy), jak również promocja zdrowego stylu życia i edukacja pacjentów, wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowotnego na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia (tj. m.in. poprawa sposobu żywienia ludności, zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności), jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki

i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia, czy powikłaniami cukrzycy.

Działania skierowane na wczesne wykrycie oraz leczenie chorób układu krążenia oraz jej czynników ryzyka oraz zapobieganie jej wystąpieniu wpisują się w priorytet zdrowotny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących interwencje w kierunku wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych:

- Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.
- Podstawowe działania profilaktyczne podkreślane zgodnie we wszystkich wytycznych obejmują modyfikację stylu życia; podejmowanie aktywności fizycznej 4–5 razy w tygodniu przez 30 min; utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 120/80 mmHg; ograniczenie spożycia soli; zaprzestanie palenia tytoniu; zapobieganie i leczenie dyslipidemii, utrzymanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 100 mg/dl oraz HDL powyżej 35 mg/dl; zapobieganie i leczenie hiperhomocysteinemii (wartość prawidłowa 9–10 $\mu\text{mol/l}$). Niektóre z wytycznych zalecają niewielkie ilości alkoholu (ok. 20 g) w postaci czerwonego wina zawierającego polifenole hamujące aterosclerogenezę;
- Odnalezione wytyczne raczej zgodnie rekomendują by w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia. Wytyczne różnią się w kwestii zalecanych narzędzi oceny globalnego ryzyka ChSN. Najczęściej wskazywany jest wskaźnik ryzyka Framingham, gdyż jest najbardziej przebadany.
- Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, ni które wytyczne (np. AHA) zalecają by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia inne (SIGN, NHMRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN czy bez czynników ryzyka ChSN lub niezależnie od wieku w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii.
- Według wytycznych następujące osoby uznawane są za osoby z wysokim ryzykiem (10-letnie ryzyko ChSN $\geq 20\%$ na podstawie samej historii medycznej) i nie wymagają globalnej oceny ryzyka ChSN : osoby z chorobą sercowo-naczyniową w wywiadzie, osoby z rodzinną hipercholesterolemią oraz osoby z cukrzycą w wieku ≥ 40 lat.
- Ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo naczyniowych – osoby z cukrzycą, palące, czy te z otyłością, powinna być prowadzona częściej.
- W przypadku osób z niskim ryzykiem ChSN (<10% 10-letnim ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej) dalsze badania w kierunku choroby wieńcowej nie są zalecane rutynowo.

- Niektóre wytyczne zaznaczają, że dostępne dowody są niewystarczające aby wydać rekomendację za lub przeciw rutynowemu badaniu przesiewowemu w kierunku choroby wieńcowej w przypadku bezobjawowych osób z umiarkowanym (10-25% 10-letnim ryzykiem ChW) lub wysokim (>20% ryzykiem ChW) ryzykiem choroby wieńcowej.
- Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodności w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej wśród bezobjawowych osób. Według niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.
- Wg niektórych wytycznych oznaczenie stężenia fibrynogenu nie jest zalecane jako badanie przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych.
- Ocena globalnego ryzyka ChSN zalecana jest w przypadku chorych na cukrzycę. Ocena ryzyka ChSN wśród osób z cukrzycą powinna uwzględniać wywiad medyczny, badanie przedmiotowe, pomiar ciśnienia krwi, oznaczenie stężenia lipidów w osoczu krwi żyłnej na czczo, badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii lub proteinurii oraz spoczynkowe EKG.
- badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii może być uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą. (klasa rekomendacji IIa, poziom dowodu: B) oraz w bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy (klasa rekomendacji IIb, poziom dowodu: B)
- Podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi.
- W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca typu 2 jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skryningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych.
- Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.
- Skuteczność badań przesiewowych zależy także od warunków, w jakich się je wykonuje. Rekomendowane jest, by badania przesiewowe realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej. Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.
- Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program

może objąć również grupę niskiego ryzyka (the worried well — zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.

- Integralny element działań programów powinna stanowić formalna ocena skryningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących edukację związaną z zagrożeniem chorób sercowo-naczyniowych

- Przy braku możliwości właściwego zaplanowania programu, zasadne byłoby rozważenie zastąpienia go działaniami wspomagającymi realizację przez lekarzy POZ skryningu okazjonalnego w grupie wysokiego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, przy jednoczesnym nasileniu działań zachęcających i umożliwiających modyfikację stylu życia.
- Zwyczajne rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia wysokiej zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu zdrowia.
- Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2 powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.
- Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (skryning, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).
- Należy zwrócić uwagę samorządów na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcenie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale też wpływać na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.
- Mając na uwadze narastające problemy zdrowotne wśród coraz młodszej populacji, zasadne wydaje się rozważenie przez samorzady i władze szkolne oraz inne organizacje zajmujące się dziećmi i młodzieżą skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodego pokolenia.

Należy pamiętać, że niezależnie czy będzie realizowany program badań przesiewowych, czy skryning okazjonalny, skuteczność zaleconych działań profilaktycznych będzie zależała ostatecznie od zaangażowania pacjenta w stosowanie się do zaleceń oraz zaangażowania lekarza POZ w monitorowanie postępów w realizacji wszelkich przekazanych zaleceń oraz mobilizowanie pacjentów do stosowania się do nich.

Zalecenia ogólne dla programów na podstawie opinii ekspertów klinicznych:

- Programy przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji ogólnej w średnim wieku, w której najczęściej mają swój

początek choroby cywilizacyjne; np. objęcie interwencją mężczyzn w przedziale wiekowym 40-55 lat, a kobiet 50-65 lat.

- Proponowane w programy powinny być prowadzone w oparciu o powszechnie przyjęte zalecenia.
- Konieczne wydaje się wdrożenia badań kontrolnych.
- W celu uzyskania maksymalną efektywność powinno się zwiększyć nacisk na interwencje: spotkania edukacyjne dotyczące zmiany stylu życia, w tym wysiłku fizycznego, diety oraz nałogu palenia oraz uwzględnienie badań kontrolnych osób poddanych minimalnej interwencji antynikotynowej.
- Eksperti zwracają uwagę na istotność objęcia działaniami edukacyjnymi również młodzieży szkolnej z rodzinami, jak również całych rodzin osób ze środowiskowymi czynnikami ryzyka.
- Przy programach, których grupa docelowa obejmuje pacjentów bez rozpoznanej jak i z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, jeden z ekspertów, podkreślił, że projekt powinien dotyczyć profilaktyki pierwotnej ponieważ w przypadku wdrożenia interwencji profilaktycznych u osób z grupy wysokiego ryzyka korzyści mogą być znaczne, mniejsze korzyści odniosą pacjenci już z rozpoznaną chorobą serca i naczyń.
- Nie ma zasadności oznaczenie fibrynogenu czy wykonania badania EKG w populacji osób bez objawowych w ramach oceny ryzyka chorób sercowo naczyniowych.
- Wartościowe są programy skierowane do młodzieży, mające na celu kształtowanie postaw i propagowanie zdrowego stylu życia – może to zaowocować przeniesieniem zdrowych nawyków do rodzin dzieci objętych programami, oraz zmniejszeniem nasilenia środowiskowych czynników ryzyka w przyszłości.
- W odniesieniu do realizatorów programów niektórzy z ekspertów sugerują zaplanowania szkoleń personelu medycznego mających prowadzić akcje profilaktyczne i edukacyjne w zakresie obowiązujących standardów badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia. Przeprowadzone programy interwencyjne przez przeszkolone grupy złożone np. z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty mogą odnieść lepszy skutek. Jednak koszty takich interwencji są znacznie wyższe.
- Programu profilaktyczne wymagają też dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.
- Uwzględnienie w programach monitorowania nasilenia wykrytych czynników ryzyka w badaniach przesiewowych (wartości ciśnienia, poziomu cholesterolu, glikemii) w kolejnych latach w tej samej grupie pozwoliłoby na ocenę skuteczności działań edukacyjnych w dłuższej perspektywie czasu, np. po okresie 2-3 lat.
- W opinii ekspertów, w ramach oceny efektów programu powinno się oceniać stopień wykrywalności nadciśnienia tętniczego, oraz stopień kontroli wykrytych w ramach badań przesiewowych patologii (poziom ciśnienia tętniczego w populacji chorych z nadciśnieniem, średni odsetek HbA1c w populacji osób z cukrzycą, zmniejszenie występowania powikłań nadciśnienia tętniczego jak udar mózgu, czy cukrzycy – leczenia nerkozastępczego, amputacji).
- Celem programu powinna być właściwa kontrola czynników ryzyka oraz ewentualnego wdrożenia leczenia u pacjentów z nierozpoznaną dotychczas chorobą.

- Cele jak np. zmniejszenie zachorowalności, liczby powikłań, czy umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszenie kosztów leczenia ChSN i ich powikłań, są możliwe do zrealizowania jedynie przy wdrożeniu długoterminowych programów obserwacyjnych. Obserwacja długoterminowa z oceną wymienionych wskaźników byłaby odpowiednim sposobem monitorowania skutków program, np. ocena spadku śmiertelności i zachorowalności na choroby układu krążenia oraz cukrzycę po 5 latach
- Konieczne wydaje się uzupełnienie programów profilaktycznych i przesiewowych możliwością szybkiej dalszej diagnostyki i leczenia osób, u których rozpoznano patologię.
- Zapewnienie maksymalnej liczby kanałów informujących o prowadzeniu akcji profilaktycznych (prasa lokalna, radio, telewizja regionalna, plakaty, ulotki, strony internetowe, informacje w zakładach pracy, szkołach), imienne zaproszenia dla osób z grup docelowych.

W przypadku badań przesiewowych konieczna jest koordynacja z innymi świadczeniami w tym zakresie finansowanymi i ze środków publicznych.

Wnioski z oceny projektu programu Województwa łódzkiego:

Przedmiotowy program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego jakim jest profilaktyka pierwotna i wtórna chorób sercowo-naczyniowych. Celem głównym programu jest zapobieganie, wczesne wykrywanie chorób układu krążenia przez identyfikację i kontrolę czynników ryzyka oraz uświadomienie potrzeby leczenia u osób z nierozpoznaną dotychczas chorobą.

Projekt programu zawiera opis problemu zdrowotnego w syntetycznej formie. Zjawiska epidemiologiczne zostały opisane. Autorzy przedstawili dane dotyczące województwa łódzkiego w zakresie śmiertelności z powodu chorób układu krążenia, jednak nie uwzględniono docelowej grupy wiekowej 35-55 lat, co podkreśliłoby konieczność rozszerzenia obecnie funkcjonującego programu profilaktycznego w Polsce, dostępnego w ramach świadczeń gwarantowanych. Projekt podkreśla potrzebę oceny ryzyka sercowo-naczyniowego, co stanowi podstawę podejmowania decyzji odnośnie strategii planowania i realizowania działań profilaktycznych. Program jest zgodny z celami strategicznymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 – „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych., w tym udarów mózgu”.

Populacja docelowa została opisana częściowo. Zakres planowanej interwencji uwzględnia dwie odrębne grupy. Pierwszą z nich są mieszkańcy województwa w wieku 35-55 lat, u których dotychczas nie stwierdzono chorób układu krążenia. Wybór grupy ma umożliwić skorzystanie z badań profilaktycznych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych osobom nie kwalifikującym się do programu finansowanego przez NFZ – skierowany jest do populacji osób obciążonych określonymi czynnikami ryzyka, zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i w danym roku będących w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Odrębną populacją docelową są uczniowie szkół gimnazjalnych i licealnych, albowiem autorzy planują przeprowadzenie interwencji edukacyjnej mającej na celu poprawę

świadomości zdrowotnej uczniów. W obydwu przypadkach projekt w przedłożonej formie nie uwzględnia wielkości populacji docelowej. Zgodnie z odszukanymi danymi GUS oraz Systemu Informacji Oświatowej populacja osób województwa łódzkiego w wieku 35-55 lat przekracza 680.000 osób, a w 1042 szkołach ponadpodstawowych zarejestrowanych jest ponad 163 000 uczniów. Opis projektu uwzględnia wyłącznie szkoły gimnazjalne i licealne, stąd też istnieje ryzyko, że szkoły techniczne jak i zawodowe zostaną pominięte. Nie uwzględniono także kryterium wyboru szkół. Szereg rekomendacji podkreśla istotę wczesnej edukacji. Polskie Forum Profilaktyki zaleca, aby profilaktyka ChSN u dzieci i młodzieży obejmowała: edukację zdrowotną w całej populacji; identyfikację grup zwiększonego ryzyka; interwencję w grupach zwiększonego ryzyka.

Uczestnictwo w programie ma charakter spontaniczny. Szczegóły kampanii informacyjnej nie zostały opisane. Autorzy ograniczyli się wyłącznie do opisu, że kampania informacyjno-promocyjna będzie przeprowadzana zarówno przez realizatora projektu jak i Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego. Brak opisu sposobu przeprowadzania kampanii uniemożliwia przeprowadzenie oceny szczególnie przez pryzmat stworzenia odpowiednich warunków do równego dostępu do oferowanych świadczeń. Kampania informacyjna powinna uwzględniać charakterystykę obydwu grup docelowych, do których skierowany jest program zdrowotny.

Planowane interwencje to: w pierwszym etapie – badania krwi (poziom cholesterolu, glukozy i białka w moczu oraz badanie morfologiczne), badanie EKG; w drugim etapie – konsultacja lekarska, badanie przedmiotowe wraz z wykonaniem USG serca. W dalszym etapie niezależnie od wyników przeprowadzonego badania zostanie udzielona porada wraz ze wskazówkami zmiany stylu życia, a także zostanie dokonana ocena ryzyka wg. schematu SCORE. Osobom ze stwierdzoną chorobą układu krążenia zostanie zaproponowane dalsze leczenie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Kompleksowy program rehabilitacji kardiologicznej powinien uwzględniać interwencje psychospołeczne (edukację pacjenta, doradztwo, techniki behawioralno-poznawcze. Element edukacyjny programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinien być indywidualnie dostosowany do określonych okoliczności, gotowości do zmiany, tła kulturowego, sytuacji socjoekonomicznej pacjenta.

Zgodnie z treścią Zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna badania: EKG, morfologii krwi, badania cholesterolu oraz trójglicerydów, glukozy są świadczeniami refundowanymi przez płatnika publicznego, stąd też istnieje ryzyko dublowania świadczeń.

Działania edukacyjne dla pacjentów obejmują zagadnienia związane ze zmianą stylu życia: prawidłowych nawyków żywieniowych, palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz aktywności fizycznej. W przypadku pacjentów o obniżonym ryzyku (SCORE <5%) edukator przeprowadza rozmowę na temat ponownej oceny ryzyka całkowitego w regularnych odstępach czasu. Jednak autorzy projektu nie opisują w jakich odstępach czasu i czy ponowna ocena zostanie dokonana w ramach realizacji przedmiotowego programu zdrowotnego. W przypadku osób ze stwierdzonym ryzykiem interwencja edukacyjna planowana jest wyłącznie jednorazowo. Projekt skrótowo opisuje tematykę i zagadnienia interwencji edukacyjnej.

Projekt nie uwzględnia zasad udzielania świadczeń pod względem czasu oraz miejsca. Program ma obejmować obszar województwa, wymagane jest zatem wybranie określonej

liczby świadczeniodawców, celem zoptymalizowania dostępności, szczególnie pod względem geograficznym. Autorzy określają wyłącznie wymagania pod względem kwalifikacji personelu medycznego oraz zakresu oferowanych świadczeń.

W kwestii monitorowania i ewaluacji przedłożony projekt skupia się wyłącznie na wskaźnikach pozwalających na monitorowanie przebiegu realizacji programu oraz oceny skuteczności kampanii informacyjnej. Projekt przewiduje ocenę zgłaszalności, liczby osób, u których wykonano: badania laboratoryjne, badania EKG, badania USG, ilości dzielonych porad lekarskich, oraz stwierdzonego ryzyka choroby sercowo-naczyniowej, a także wstępne rozpoznanie choroby. Projekt nie uwzględnia wszystkich mierników efektywności, które odpowiadają zamierzonym celom –: podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców, czy obniżenie kosztów leczenia chorób układu krążenia. Szczególnie w pierwszym z wymienionych celów projekt pozbawiony jest oceny efektywności kampanii edukacyjnej, zarówno w grupie pacjentów jak i uczniów szkół ponadpodstawowych. Ocena powinna mieć charakter co najmniej dwuetapowy, przed i po przeprowadzeniu interwencji, z wykluczeniem pozostałych czynników zewnętrznych. Ocena stopnia obniżenia kosztów leczenia chorób układu krążenia wymaga szczególnie nakładów czasowych, co w założonych ramach czasowych realizacji może być niemożliwe. Autorzy nie przewidują także oceny jakości udzielanych świadczeń.

Brak jest jakichkolwiek informacji na temat budżetu. Brak opisu kosztów szczegółowych jak i całkowitych. Budżet winien uwzględniać koszty jednostkowe badań lekarskich, badań laboratoryjnych, wstępne szacunki ilości wymaganych badań USG w oparciu o lokalne dane epidemiologiczne. Ponadto, w skład kosztów powinny wchodzić koszty kampanii edukacyjnej, materiałów akcydensowych niezbędnych zarówno w kampanii edukacyjnej jak i informacyjnej. Ponadto, koszty osobowe, koszty organizacyjne, koszty związane z zużyciem materiałów do przeprowadzania oceny jakości świadczeń gromadzenia dokumentacji i danych oraz ich analizy. Uwzględniając rozmiar populacji, zarówno pacjentów, jak i uczniów, koszty te będą wysokie, co znacznie podkreśla konieczność szczegółowej analizy realizacji projektu programu zdrowotnego pod kątem budżetu.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez American Public Health Association) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego, opierającego się na profilaktyce chorób układu sercowo-naczyniowego.
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów - projekt zakłada przeprowadzenie kampanii informacyjnej, co stanowi jeden z wyznaczników właściwego poziomu dostępności do świadczeń.
- III. Skuteczność działań – planowane działania są zgodne z zaleceniami międzynarodowych towarzystw.
- IV. Autorzy nie przedstawili budżetu, ani szczegółowego kosztorysu.
- V. Program zakłada monitorowanie i ewaluację. Projekt nie uwzględnia wszystkich mierników efektywności, które odpowiadają zamierzonym celom: podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców, czy obniżenie kosztów leczenia chorób układu krążenia. Nie uwzględniono oceny jakości udzielanych świadczeń.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-151/2014 „Program Wczesnego Wykrywania i Zapobiegania Chorobom Układu Krążenia” realizowany przez: Województwo łódzkie, Warszawa, październik 2014 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2013.