



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 350/2017 z dnia 28 grudnia 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” realizowanego
przez województwo pomorskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” realizowanego przez województwo pomorskie pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizowania działań w zakresie rehabilitacji ruchowej w ramach prewencji utraty zdolności do pracy z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Należy wskazać, że jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w kraju są choroby układu krążenia, co uzasadnia prowadzenie działań profilaktycznych w tym kierunku. Jednak należy mieć na uwadze, że pomimo zaplanowania w projekcie szeroko rekomendowanych i mogących stanowić wartość dodaną działań, zawiera on nieścisłości, które obniżają jego jakość. Zatem zasadna wydaje się korekta programu, tak aby treści w nim przedstawione nie budziły zastrzeżeń i wątpliwości.

Warto także zaznaczyć, że program polityki zdrowotnej powinien uzupełniać świadczenia gwarantowane i wspierać działania już realizowane. W tym celu możliwe jest prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, co zostało uwzględnione w projekcie. Istotne jest także, aby w ramach programu polityki zdrowotnej uwzględniać koordynację i organizację danych świadczeń realizowanych w regionie (np. poprzez stworzenie punktów informacyjnych, nadzór nad niepowielaniem tych samych świadczeń). Ponadto projekt powinien zapewniać ciągłość opieki w sytuacji konieczności kontynuacji leczenia. W takim kształcie projekt stanowić będzie wartość dodaną obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych i może przyczynić się do zwiększenia ich optymalnego ich wykorzystania.

Niektóre cele programowe warto przeformułować zgodnie z koncepcją SMART. Mierniki efektywności wymagają uzupełnienia, gdyż nie zostały wyznaczone dla wszystkich założeń programowych.

Populacja docelowa programu została określona w sposób prawidłowy i pozostaje w zgodzie z aktualnymi wytycznymi/rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

Interwencje opisane w projekcie są zgodne z obecnymi wytycznymi i rekomendacjami. Aczkolwiek niektóre z nich, w szczególności odnoszące się do działań edukacyjnych, wymagają doprecyzowania i uzupełnienia. Ponadto interwencje zaplanowane w ramach badań diagnostycznych mogą powielać świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych.

Monitorowanie programu należy dopracować w zakresie oceny zgłaszalności do programu. Ewaluacja programu wymaga uzupełnienia, ponieważ zaproponowane mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich celów programowych, wskazanych w treści projektu.



Budżet programu nie budzi większych zastrzeżeń. Jednakże należałoby oszacować potencjalne koszty administracyjne oraz koszty związane z zakupem sprzętu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji pacjentów w ramach prewencji utraty zdolności do pracy z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 36 500 000 zł, zaś okres jego realizacji to lata 2018-2021.

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

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy chorób układu krążenia oraz związanej z nimi rehabilitacji kardiologicznej. Problem zdrowotny został opisany w sposób prawidłowy i wpisuje się w priorytety zdrowotne, zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126), mianowicie: „zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu”.

W projekcie odniesiono się sytuacji epidemiologicznej w ujęciu ogólnopolskim, krajowym oraz regionalnym.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii województwo pomorskie w 2013 r. charakteryzowało się następującymi współczynnikami zapadalności na choroby układu krążenia:

- współczynnik zapadalności na chorobę niedokrwinną serca wyniósł 555/100 tys. osób, co stanowiło 7. wartość wśród województw (średnia dla Polski wynosiła 569,2);
- współczynnik zapadalności na niewydolność serca wynosił 223/100 tys. osób, co stanowiło najniższą wartość wśród województw (średnia dla Polski wynosiła 310,4);
- współczynnik zapadalności na migotanie i trzepotanie przedsionków wynosił 244/100 tys. osób, co stanowiło 3. wartość wśród województw (średnia dla Polski wynosiła 213,5).

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu chorób serca mieszkańców województwa pomorskiego wynosił w 2013 r. 265,7/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 4,4% (278/100 tys. ludności).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest zwiększenie dostępności mieszkańców województwa pomorskiego do rehabilitacji kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym wśród osób w wieku aktywności zawodowej w latach 2018-2021. Cel główny został sformułowany na zbyt dużym poziomie ogólności, zatem zasadne wydaje się jego przekonstruowanie. Dodatkowo wskazano 6 celów szczegółowych, odnoszących się do zwiększenia: liczby programów w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych, liczby osób korzystających z rehabilitacji hybrydowej, dostępności do miejsc rehabilitacji kardiologicznej, odsetka pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną, liczby wyspecjalizowanej kadry medycznej w dziedzinie rehabilitacji kardiologicznej poprzez szkolenia oraz podwyższenia poziomu wiedzy pacjentów w zakresie własnej sytuacji zdrowotnej. Warto podkreślić, że zaproponowane założenia nie odnoszą się do efektów zdrowotnych. Ponadto należy zaznaczyć, że przedstawione cele nie są w pełni zgodne z koncepcją SMART, zgodnie z którą cel programowy powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W treści projektu wśród mierników efektywności wyróżniono wskaźniki produktu (odnoszące się do danego działania) oraz wskaźniki rezultatu (odnoszące się do danego efektu). Jednak przedstawione mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich założonych celów programowych. Brakuje wskaźników dotyczących celów związanych ze zwiększeniem liczby programów w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych, zwiększeniem liczby osób korzystających z rehabilitacji hybrydowej, zwiększeniem dostępności do miejsc rehabilitacji kardiologicznej oraz zwiększeniem odsetka pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną. Natomiast mierniki określone jako liczba osób deklarujących zwiększenie świadomości na temat zdrowego trybu życia oraz liczba osób deklarujących mniejszy lęk dotyczący powrotu do pracy będą miały charakter subiektywny i nie pozwolą na obiektywne i precyzyjne zmierzenie celu dotyczącego podwyższenia poziomu wiedzy pacjentów w zakresie własnej sytuacji zdrowotnej. Ponadto warto pamiętać, że mierniki powinny być określone przed i po zakończeniu działań.

Populacja docelowa

Adresatami programu mają być osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. W treści projektu nie określono, w jaki sposób weryfikowana będzie przynależność uczestników do ww. grup.

Wskazano ogólną liczbę ludności województwa pomorskiego (2 315 611 osób) oraz odsetek ludności aktywnej zawodowo (57,9% ogółu w 2016 r.), co pozostaje w zgodzie z danymi GUS.

Wyróżniono dwie grupy docelowe. Pierwszą z nich stanowią osoby aktywne zawodowo, ze stwierdzoną chorobą układu krążenia, u których nie wystąpił incydent kardiologiczny, znajdujące się pod opieką lekarza. Liczebność tej grupy oszacowano na ok. 7 200 (co stanowi 2,47% z liczby 290 511 pacjentów w wieku powyżej 19 lat, u których zdiagnozowano choroby układu krążenia na podstawie danych za 2015 r. udostępnionych przez Wydział Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego). Drugą grupą są osoby aktywne zawodowo, ze stwierdzoną chorobą układu krążenia, po incydencie kardiologicznym (udar mózgu, zawał serca, hospitalizacja z powodu ostrego zespołu wieńcowego lub niestabilnej dławicy piersiowej, rewaskularyzacja wieńcowa, rewaskularyzacja naczyń obwodowych bądź dekompenacja niewydolności serca), znajdujące się pod opieką lekarza, po pobycie w szpitalu. Do programu planuje się włączyć w tej grupie ok. 1 600 osób (co stanowi 7,3% z liczby ok. 22 tys. hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych, odnotowanych w 2015 r. w województwie pomorskim).

Zatem łączna liczba uczestników może wynieść ok. 8 800 osób, przy czym w treści projektu liczebność populacji docelowej określono na 9 500 pacjentów. Ponadto w treści projektu zaplanowano szkolenia edukacyjne dla 150 edukatorów zdrowotnych, lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów.

Zgodnie z „Optymalnym Modelem Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji” Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (2013), w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z chorobą niedokrwienną serca (ChNS) lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiologicznych (po planowym zabiegu rewaskularyzacji przezskórnej, osoby po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego), osoby po ostrym zespole wieńcowym. Również w wytycznych British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR 2012) wskazuje się pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych jako populację, którą poddać należy rehabilitacji kardiologicznej. Zatem można przyjąć, że wybór populacji docelowej jest zgodny z aktualnymi wytycznymi. Jednakże jej liczebność została uzależniona od dostępnych środków finansowych.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie następujących działań:

- badania diagnostyczne pacjentów: badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, elektrokardiogram, próbę wysiłkową z oceną wydolności fizycznej, badanie ECHO-2D, badania laboratoryjne (CRP, morfologia krwi, badanie ogólne moczu, lipidogram, stężenie glukozy, stężenie kwasu moczowego);

- sesje terapeutyczne dla pacjentów – 16 do 30 sesji terapeutycznych (trwających max. 90 min.), które w zależności od indywidualnego planu przygotowanego dla danego pacjenta składać będą się z różnych elementów: zajęć aktywności fizycznej, spotkań z psychologiem, spotkań z fizjoterapeutą, spotkań z rehabilitantem, spotkań z dietetykiem, spotkań z kardiologiem, spotkań z pielęgniarką;
- edukację kadry medycznej – szkolenia dla edukatorów zdrowotnych, lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów zawierające treści dotyczące umiejętności motywowania pacjenta, tworzenia planów i postępowania w zakresie jego poszczególnych elementów (dieta, aktywność fizyczna itp.);
- edukację pacjentów;
- utworzenie platformy internetowej, poświęconej zagadnieniom z zakresu zdrowia oraz problemów kardiologicznych.

Zaplanowane w projekcie badania diagnostyczne będą stanowiły podstawę zakwalifikowania do programu oraz przygotowania indywidualnego planu zajęć dla każdego pacjenta. Zakres badań diagnostycznych jest zgodny z aktualnymi wytycznymi/rekomendacjami. Jednak z treści projektu nie wynika jednoznacznie, czy każdy uczestnik będzie poddany wszystkim ww. badaniom oraz czy osoby posiadające aktualne wyniki (nie starsze niż 6 miesięcy od daty kwalifikacji) będą musiały przedstawić komplet wszystkich wymienionych badań. Podkreślono, że ostateczną decyzję na temat koniecznych do przeprowadzenia interwencji podejmie lekarz kierujący. Należy zaznaczyć, że większość z wymienionych badań znajduje się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Konieczne jest w takim przypadku podjęcie działań, które zapobiegać będą podwójnemu finansowaniu wskazanych świadczeń.

Odnosząc się do interwencji zaplanowanych w ramach sesji terapeutycznych można uznać, że zaplanowano kompleksowe działania z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, które zostaną przygotowane indywidualnie dla każdego uczestnika. Koresponduje to z obecnymi wytycznymi, według których programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia (m.in. National Institute for Health Care Excellence NICE 2015, BACPR 2012, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association AACVPR/AHA 2012).

W ramach realizacji programu zaplanowano przeprowadzenie szkoleń dla przedstawicieli zawodów medycznych związanych z kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. Szkolenia będą miały charakter interdyscyplinarny. Ponadto należy zaznaczyć, że aktualne wytyczne/rekomendacje zwracają uwagę na konieczność udziału w tego rodzaju działaniach multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. W części projektu poświęconej organizacji zaznaczono, że szkolenia będą prowadzone przez lekarzy i innych profesjonalistów z dziedzin medycyny oraz ochrony zdrowia. Zatem można uznać, że zaplanowane działania są zgodne z międzynarodowymi zaleceniami w przedmiotowym zakresie. Jednak w projekcie nie odniesiono się do czasu trwania szkoleń oraz liczebności grup nimi objętych. Brak również informacji dotyczących dostosowania zakresu prowadzonych szkoleń do profesji ich uczestników. Powyższe kwestie należy doprecyzować.

Z kolei edukacja pacjentów obejmuje szereg elementów, co należy uznać za zasadne i korespondujące z aktualnymi zaleceniami. W ramach sesji terapeutycznych przewidziano szkolenia pacjentów i ich rodzin, które będą odbywać się na początku cyklu terapeutycznego podczas pierwszego spotkania pacjenta z fizjoterapeutą i mają obejmować zagadnienia dotyczące roli stylu życia, stosowania się do zaleceń farmakologicznych, rehabilitacji, współpracy z zespołem prowadzącym proces rehabilitacyjny, przeciwwskazań dotyczących aktywności fizycznej, ryzyka wykonywania nieodpowiednio dobranych ćwiczeń. W ramach programu przewidziano także szkolenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Ponadto w treści projektu zaznaczono, że każdy z uczestników otrzyma komplet materiałów edukacyjnych, w którego skład wchodzić będzie: np. książka kucharska z dietetycznymi daniami, dzienniczek pacjenta (w którym uczestnik będzie mógł notować i porównywać wyniki swoich badań, zapisywać wykonywane ćwiczenia) oraz płyta multimedialna z filmem prezentującym, jak należy wykonywać ćwiczenia w warunkach domowych.

Jednym z działań w ramach programu na być przygotowanie platformy internetowej, przeznaczonej przede wszystkim dla uczestników programu. Jednakże jednocześnie podkreślono, że platforma będzie ogólnodostępna oraz będzie pełnić funkcję edukacyjną dla ogółu społeczeństwa. Treści udostępnione na platformie będą zawierać informacje nt. realizacji programu i placówek uczestniczących w programie. Ponadto zostanie udostępniony kalkulator do obliczania ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Dodatkowo w ramach platformy będzie możliwy nieodpłatny kontakt uczestników programu z dietetykiem, psychologiem, kardiologiem oraz fizjoterapeutą. Należy jednak podkreślić, że w treści projektu nie wskazano szczegółów realizacji ww. działań i zasadnym wydaje się dopracowanie tej części projektu.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada przeprowadzenie monitorowania i ewaluacji programu, jednak niektóre elementy warto doprecyzować.

Wskaźniki przedstawione w zakresie oceny zgłaszalności nie obejmują przyczyn rezygnacji z udziału w programie i powodów dyskwalifikacji. Warto także zaznaczyć, że niektóre zaproponowane mierniki efektywności mogą zostać wykorzystane w ramach oceny zgłaszalności tj. liczba lekarzy i innych profesjonalistów medycznych włączonych do realizacji programu oraz liczba osób palących tytoń.

Ocena jakości świadczeń została opracowana poprawnie i będzie analizowana na podstawie ankiety satysfakcji przeprowadzonej po zakończeniu uczestnictwa w programie.

Ewaluacja programu zostanie dokonana na podstawie analizy danych dotyczących chorobowości oraz zachorowalności w zakresie chorób układu krążenia w grupie osób będących w wieku aktywności zawodowej przed rozpoczęciem i po zakończeniu realizacji programu. W treści projektu wskazano także, że efektywność programu zostanie zbadana na podstawie mierników efektywności. Zatem zasadnym wydaje się uzupełnienie tej części programu zgodnie z uwagami dotyczącymi wskaźników efektywności.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera także opis jego organizacji. Wybór ośrodka koordynującego realizację programu oraz realizatorów programu nastąpi w ramach konkursu ofert, co zgodne jest z wymaganiami ustawowymi. W projekcie zaplanowano utworzenie platformy internetowej, dzięki której będzie możliwy nieodpłatny kontakt uczestników programu z dietetykiem, psychologiem, kardiologiem oraz fizjoterapeutą (np. możliwość przesłania fizjoterapeucie filmu z realizowanych w warunkach domowych ćwiczeń, w celu konsultacji dotyczącej poprawności ich wykonywania). Jednak w treści projektu brak jest szczegółów nt. realizacji ww. działań. Kampania informacyjna nt. programu oraz sposób zapraszania do udziału w programie zostały zaplanowane prawidłowo.

W treści projektu w sposób szczegółowy odniesiono się do warunków jakie powinien spełniać ośrodek koordynujący, realizator, a także kadra medyczna (bazowano na wymaganiach zaproponowanych przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne). Wskazano także wymagania względem sprzętu i aparatury medycznej.

W projekcie opisano kryteria włączenia i wykluczenia uczestników z programu. Zakończenie udziału będzie możliwe na każdym etapie trwania programu.

Koszt całkowity programu oszacowano na 36 500 000 zł. Koszt świadczeń przypadający na jednego uczestnika programu wyceniono na 2 930 zł. Należy jednak zaznaczyć, że zaplanowany w ramach interwencji zakres badań wstępnych i końcowych w większości pokrywa się z wykazem świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto w projekcie oszacowano koszty internetowej platformy pacjenta i aplikacji mobilnej (ok. 113 000 zł) oraz kampanii promocyjno-edukacyjnej (ok. 1 000 000 zł), jednak nie uściślono, na jakiej podstawie dokonano wyceny. Oszacowano także jednostkowy koszt szkolenia kadry medycznej na 500 zł, co zgodnie z zaplanowaną liczbą uczestników (ok. 150 osób) przełoży się na łączną kwotę 75 000 zł. Przewidziano również koszty administracyjne oraz koszty związane z zakupem sprzętu, jednak nie określono ich potencjalnej wysokości, a wskazano jedynie, że będzie ona uzależniona od wartości kosztów kwalifikowanych. Łączny koszt wynikający ze zsumowania zaplanowanych działań wynosi ok. 29 023

000 zł, jednak nie obejmuje on kosztów administracyjnych i kosztów związanych z zakupem sprzętu. Zatem powyższe kwestie wymagają doprecyzowania.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby układu krążenia są najważniejszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. Według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego za najważniejszą grupę docelową działań profilaktycznych uważa się osoby z chorobami układu krążenia na podłożu miażdżycowym. Rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia.

Alternatywne świadczenia

W ramach NFZ rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana w warunkach stacjonarnych i/lub w oddziale/ośrodku dziennym. Dodatkowo rehabilitacja lecznicza w grupie schorzeń układu krążenia, prowadzona jest przez ZUS w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Ocena technologii medycznej

W toku przeprowadzonego wyszukiwania odnaleziono wytyczne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, National Institute for Health and Care Excellence, British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Royal Dutch Society for Physical Therapy, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, American Heart Association, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/American Heart Association.

Wykazano, że programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową. Wytyczne są zgodne, że rehabilitacja kardiologiczna nie może być uważana za osobną formę albo etap terapii lecz musi być zintegrowana ze świadczeniami profilaktyki wtórnej, gdyż stanowi jeden z jej aspektów. Rehabilitacja kardiologiczna daje szanse nauczania i zachęcenia do pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Rehabilitacja kardiologiczna powinna być równo dostępna dla wszystkich pacjentów, w szczególności dla grup których dostęp do tych świadczeń byłby mniej prawdopodobny (mniejszości etniczne/narodowe, osoby starsze, osoby z socjoekonomicznie niższych grup, osób z obszarów wiejskich oraz osoby ze współistniejącymi chorobami psychicznymi oraz fizycznymi).

Każdy program rehabilitacji kardiologicznej, aby zapewnić efektywność kliniczną i osiągnąć trwałe efekty zdrowotne, powinien uwzględniać 7 następujących komponentów: zmiana stylu życia i edukacja, zarządzanie czynnikami ryzyka związanymi ze stylem życia (aktywność fizyczna, dieta, zaprzestanie palenia tytoniu), zdrowie psychospołeczne, zarządzanie medycznymi czynnikami ryzyka, terapie kardioprotekcyjne, zarządzanie długookresowe, ocena i ewaluacja. Zespół prowadzący rehabilitację może składać się z: kardiologa, lekarza ogólnego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego.

Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej powinny uwzględniać elementy edukacji zdrowotnej oraz zwalczania stresu. Wszystkie zalecenia są zgodne, że obok zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej dotyczące odżywiania, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii.

Wszystkie wytyczne są zgodne, że interwencje psychospołeczne, uwzględniające edukację pacjenta powinny stanowić element kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy. W celu zwiększenia wykorzystania rehabilitacji kardiologicznej, powinno stosować się formy przypomnienia telefoniczne, telefoniczne połączone z bezpośrednim kontaktem z personelem medycznym.

W grupie pacjentów po zawale serca niezbędna jest zmiana stylu życia, regularne stosowanie leków i rehabilitacja kardiologiczna, aby zapobiec kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym i zminimalizować ryzyko zgonu. Zgodnie z „Optymalnym Modelem Rehabilitacji Kardiologicznej” PTK, po opuszczeniu ośrodka stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacja powinna być kontynuowana w formie ambulatoryjnych sesji szkoleniowych.

Zgodnie z zaleceniami PTK, w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z ChNS (choroba niedokrwienna serca) lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiochirurgicznych, osoby po ostrym zespole wieńcowym. Pacjenci ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej, u których czynniki ryzyka nie będą wystarczająco kontrolowane powinni być kierowani do ośrodków prowadzących ambulatoryjną edukację i rehabilitację kardiologiczną. Ambulatoryjna edukacja powinna składać się z co najmniej 6 godzin w grupach składających się z maksymalnie 10 pacjentów.

Programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia. Program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej powinien być kontynuacją szpitalnego programu rehabilitacji kardiologicznej. Personel szpitalny powinien informować pacjentów o korzyściach płynących z dalszej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938): OT.441.348.2017 „Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” realizowany przez: województwo pomorskie, Warszawa, grudzień 2017, Aneksów: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne zasady oceny”, sierpień 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 418/2017 z dnia 27 grudnia 2017 roku o projekcie programu „Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” woj. pomorskiego.