



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 200/2018 z dnia 8 października 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na
lata 2018-2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2018-2020” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia. Zaplanowane interwencje mogą stanowić uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń.

Jednak w celu zapewnienia najwyższej jakości programu, należy uwzględnić poniższe uwagi dotyczące poszczególnych elementów projektu programu.

Cel główny oraz cele szczegółowe należałoby przekonstruować zgodnie z zasadą SMART.

Mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich wyznaczonych w programie celów, zatem należy je uzupełnić.

Populacja docelowa została określona szerzej pod względem wieku, niż wskazują na to wytyczne odnoszące się do profilaktyki chorób układu krążenia.

Interwencje zaplanowane w projekcie korespondują z wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie, jednakże wymagają one uszczegółowienia.

Monitorowanie i ewaluacja wymaga korekty zgodnie z uwagami w dalszej części opinii.

Budżet należy uzupełnić o koszty monitorowania oraz ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu kardiologii. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 142 700 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

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

Opiniowany projekt wpisuje się w następujące priorytety zdrowotne: „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. z 2018 r., poz. 469).

Opis problemu zdrowotnego został przedstawiony prawidłowo. W projekcie programu, odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnoświatowej, europejskiej, krajowej, regionalnej oraz lokalnej.

Wskazano, że zachorowalność ogólna dorosłych mieszkańców woj. podkarpackiego zwiększyła się do 1909,1/100 tys. ludności w ostatnich latach. Wśród przyczyn zachorowalności dominuje choroba nadciśnieniowa. W mieście Krosno oraz na terenie powiatu krośnieńskiego wskaźnik zachorowalności u osób w wieku 19 lat i więcej wyniósł w 2016 r. 19,9/1 tys. ludności.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, choroby serca są pierwszą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców województwa podkarpackiego, podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw. W latach 2011-2013 r. choroby serca były przyczyną 28,0% ogółu zgonów mieszkańców województwa (27,7% w przypadku mężczyzn, 28,3% w przypadku kobiet) i są to wartości mniejsze niż wartości odnotowane dla Polski (odpowiednio 28,0%, 27,0% i 29,1%).

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu ogółu chorób serca mieszkańców województwa podkarpackiego wynosił 242,1/100 tys. ludności i jest o 12,9% niższy od ogólnopolskiego. Współczynniki standaryzowane względem wieku są niższe od ogólnopolskich o 9,5% dla ogółu ludności oraz o 10,9% dla kobiet i 8,2% dla mężczyzn.

Cele i efekty programu

Głównym założeniem ocenianego projektu programu jest „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom układu krążenia w populacji dorosłych mieszkańców Krosna poprzez kompleksowe działania z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej prowadzone w latach 2018-2020”. Ponadto sformułowano 7 celów szczegółowych. Należy zaznaczyć, że dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją SMART, według której powinien on być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Wskazane w projekcie cele szczegółowe nie są w pełni zgodne z ww. koncepcją. Ponadto cele 6 i 7 zostały sformułowane w postaci działania, nie zaś oczekiwanego efektu. Zatem cele programowe wymagają korekty.

W projekcie przedstawiono 5 mierników efektywności o charakterze ilościowym i jakościowym. Nie przytoczono jednak mierników do celów 5 oraz 6 co wymaga uzupełnienia. Mierniki efektywności powinny zostać zastosowane w ramach oceny efektywności programu.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane są do mieszkańców miasta Krosna w wieku powyżej 18 lat (z wyłączeniem osób będących w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat – dla których działania z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia prowadzone są w ramach ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia).

W treści projektu oszacowano liczbę osób spełniających kryterium wiekowe na 35 543, co jest zbliżone z danymi Głównego Urzędu Statystycznego. Liczbę osób, która będzie mogła wziąć udział w programie oszacowano na 1600. Powyższe szacunki zostały oparte na zgłaszalności do wcześniej realizowanego programu.

Wśród kryteriów kwalifikacji oprócz odniesienia do wieku uczestników oraz wymogu zamieszkiwania na terenie miasta Krosna, niezbędne będzie wyrażenie zgody na dobrowolny udział w programie. Ponadto z programu wykluczone zostaną osoby, u których zdiagnozowano już wcześniej chorobę układu krążenia oraz osoby, które korzystały z badania finansowanego przez miasto w roku poprzednim.

Mając na uwadze wskazany wiek populacji docelowej (18+), zgodnie z odnalezionymi wytycznymi (ESC, EACPR 2016; NICE 2014_2016, BCMoH 2014, NGC_AHRQ 2012), należy zaznaczyć że ocenę czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (S-N) można rozważyć wśród wszystkich mężczyzn >40. r.ż. i kobiet >50. r.ż. (lub po menopauzie). Nie zaleca się systematycznej oceny ryzyka S-N u mężczyzn w wieku < 40 lat oraz kobiet w wieku < 50 lat i bez rozpoznanych czynników ryzyka S-N (EACPR 2016). Wytyczne australijskie sugerują, że ocena czynników ryzyka S-N powinna zostać wdrożona w populacji dorosłych ≥45. r.ż., u których nie rozpoznano ChSN (choroby sercowo-naczyniowej) lub które nie są automatycznie zakwalifikowane do wysokiego ryzyka ww. chorób (RACGP 2016).

Zatem populacja docelowa została określona szerzej pod względem wieku, niż wskazują na to odnalezione wytyczne kliniczne, co wymaga weryfikacji.

Interwencja

Wśród interwencji planowanych do realizacji w ramach programu wymieniono: kampanię informacyjno-promocyjną, wykonanie badań biochemicznych krwi (cholesterol całkowity, LDL, HDL, trójglicerydy, poziom cukru na czczo) wraz z pomiarem ciśnienia tętniczego, określenie wskaźnika BMI oraz przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza. Ponadto zostanie określone ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego na podstawie algorytmu SCORE.

Warto zaznaczyć, że odnalezione rekomendacje wskazują na zasadność prowadzenia systematycznej oceny ryzyka S-N u osób z obciążonym wywiadem zdrowotnym (ESC, EACPR 2016; NICE 2014_2016, BCMoH 2014, NGC_AHRQ 2012). Narzędziem służącym ocenie ww. ryzyka, wystandaryzowanym dla populacji polskiej, są tablice Pol-SCORE (PFP 2015). Przy czym należy zaznaczyć, że są one przeznaczone dla osób w wieku od 40. do 70. r.ż. U osób młodszych należy stosować tablice ryzyka względnego (PFP 2015). Wnioskodawca nie odnosi się do powyższej kwestii w treści projektu, co należy uzupełnić.

Podczas porady lekarskiej prowadzona będzie również edukacja pacjentów w zakresie wiedzy na temat czynników ryzyka, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, a także konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej. Warto zaznaczyć, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, do zalecanych działań wielokierunkowych z zakresu zmiany stylu życia u osób obciążonych ryzykiem S-N należą m.in.: edukacja pacjenta w zakresie ćwiczeń ruchowych, właściwej diety, czy radzenia sobie ze stresem. Działania te powinny być prowadzone przez specjalistów różnych dziedzin, w tym dietetyków (NGC AHRQ 2012; ESC, EACPR 2016).

Należy podkreślić, że działania zaplanowane w ramach projektu opisano na dużym poziomie ogólności i należy je doprecyzować.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji, jednak element ten wymaga doprecyzowania.

Ocena zgłaszalności do programu ma być przeprowadzona na podstawie analizy:

- liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w poradach pielęgniarskich, badaniach przesiewowych oraz badaniach lekarskich;
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie.

W ramach zgłaszalności, uwzględniono również wskaźniki, które mogą być użyteczne w ocenie efektywności programu:

- liczba wykrytych nieprawidłowych wartości: parametrów biochemicznych krwi, wskaźnika BMI, ciśnienia tętniczego;
- liczba wykrytego podwyższonego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE;

- liczba osób, które skierowano do dalszej pogłębionej diagnostyki kardiologicznej poza programem.

Analiza wskaźników ma odbywać się w rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu. Ww. wskaźniki należałoby określić również w odsetkach.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano m.in. określenie odsetka objęcia badaniami przesiewowymi populacji docelowej. Powyższy wskaźnik wydaje się być bardziej zasadny w ocenie zgłaszalności do programu. W ramach ewaluacji planuje się również określenie: liczby osób, u których zdiagnozowano nieprawidłowe wartości parametrów biochemicznych krwi, wskaźnika BMI, ciśnienia tętniczego; liczby osób, u których zdiagnozowano podwyższone ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE; liczby osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego trwania oraz przyczyn tych rezygnacji; wpływu działań edukacyjnych na wiedzę i świadomość zdrowotną uczestników; liczby osób, które skierowano do dalszej pogłębionej diagnostyki kardiologicznej poza programem.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało wzięte pod uwagę w projekcie programu. Ponadto powinna opierać się co najmniej o mierniki efektywności określone w programie.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w konkursie ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. W projekcie wskazano kompetencje i wymagania względem realizatora. Odniesiono się także do organizacji programu, w tym sposobu zapraszania uczestników i zakończenia udziału w programie. Jednakże nie wskazano, w jakich konkretnych przypadkach uczestnicy kierowani będą na specjalistyczne leczenie poza programem, co należy uszczegółowić.

Koszt całkowity programu oszacowano na 142 700 zł. Koszt jednostkowy ma wynieść 86 zł/os. i obejmuje koszt porady pielęgniarskiej, badania przesiewowego oraz porady lekarskiej. Koszt akcji edukacyjno-informacyjnej określono na 5 100 zł. W ramach budżetu nie odniesiono się do kosztów monitorowania oraz ewaluacji, co wymaga uzupełnienia.

Program ma być finansowany w 10% z budżetu Krosna oraz w 90% ze środków uzyskanych z projektu „zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie” realizowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020 (źródło finansowania: Europejski Instrument Sąsiedztwa).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby sercowo-naczyniowe obejmują: chorobę niedokrwinną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca (uszkodzenie mięśnia serca i zastawek serca z gorączką reumatyczną, spowodowane przez paciorkowce), wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Zawały serca i udary są zazwyczaj incydentami ostrymi. Najczęstszą przyczyną tych incydentów jest miażdżycza naczyń tętniczych (odkładanie się złogów tłuszczowych na wewnętrznych ściankach naczyń krwionośnych). Choroby sercowonaczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Choroby układu krążenia są od lat główną przyczyną zgonów ludności Polski.

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. Do czynników ryzyka sercowo naczyniowego niepodlegających modyfikacji należą natomiast: wiek: mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat, wczesne (u mężczyzn < 55 . rż., u kobiet < 65 . rż.) występowanie

w rodzinie choroby niedokrwiennej serca (ChNS) lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy, już rozwinięta choroba niedokrwiennej serca (ChNS) lub choroba innych tętnic na podłożu miażdżycy.

Alternatywne świadczenia

Obecnie w Polsce realizowane są 2 programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych: Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK) oraz Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD). Dodatkowo, w dn. 12 stycznia 2018 r. wydano pozytywną warunkowo opinię Prezesa AOTMiT (nr 1/2018) o PPZ pn. „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)” realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Planowane działania miały rozpocząć się w 2017 r. Na oficjalnej stronie MZ brak jednak informacji o realizacji ww. programu.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dn. 25 stycznia 2016 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2017 poz. 1244 z późn. zm.), w ramach porady specjalistycznej kardiologicznej dostępna jest echokardiografia z opcją Dopplera, w ramach porady specjalistycznej z zakresu leczenia chorób naczyń dostępne jest natomiast USG z opcją Dopplera.

Ponadto, zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2017 r. (Dz. U. 2016 poz. 86) świadczenia gwarantowane udzielane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, w tym m.in.: przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie karty badania profilaktycznego, wykonanie badań biochemicznych krwi, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynników masy ciała, badanie przedmiotowe pacjenta, ocena czynników ryzyka na choroby układu oraz kwalifikacja pacjenta do odpowiedniej grupy ryzyka, edukacja zdrowotna pacjenta oraz podjęcie decyzji co do dalszego leczenia, a także gdy to konieczne – kierowanie pacjenta na dalszą diagnostykę/leczenie.

Ocena technologii medycznej

W toku wyszukiwania odnaleziono następujące wytyczne kliniczne m.in:

- National Institute for Health and Care Excellence -NICE 2010,
- European Society of Cardiology -ESC 2016,
- U.S. Preventive Services Task Force -USPSTF 2014
- Polskie Forum Profilaktyki - PFPChUK 2015
- Canadian Paediatric Society - CPS 2012
- Canadian Stroke Best Practice Committees CSBPC 2017,
- American Telemedicine Association - ATA 2017,
- American Heart/Stroke Association - AHA/ASA 2017,
- Canadian Telestroke Action Collaborative -CTAC 2013,
- National Institute for Health and Care Excellence/Scottish Intercollegiate Guidelines Network NICE/SIGN 2010,
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych/ Polskie Towarzystwo Kardiologiczne PZ -KLR/PTK 2015,
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne PZ -PTK 2016.

Ogólne zasady tworzenia i wdrażania programów zapobiegania ChUK w populacji:

Cele polityki zdrowotnej powinny obejmować m.in. wdrażanie działań mających na celu ograniczenie populacyjnej konsumpcji soli, przyjmowania tłuszczów nasyconych, zapewnienie tego, że dzieci i młodzież poniżej 16 r.ż. są chronione przed wszelkimi formami marketingu, reklam i promocji (włączając w to lokowanie produktów), nakłaniającymi do niezdrowej diety, zapewnienie szybkiego

wdrożenia zintegrowanego systemu oznakowania przedniego opakowania produktów spożywczych, zapewnienie wsparcia aktywnego fizycznie modelu poruszania się, podróżowania.

Należy zapewnić aby regionalne programy zapobiegania ChUK obejmowały intensywne, wielokomponentowe interwencje, które będą obejmować inicjatywy skierowane do całej populacji, oraz, że uzupełnią istniejące programy skierowane do osób o dużym ryzyku ChUK. Program powinien trwać min. 5 lat i obejmować coroczne raporty ewaluacyjne.

Przy opracowywaniu programów prewencyjnych w zakresie ChUK należy uwzględnić następujące aspekty: wdrożenie krótkich interwencji wspomagających zaprzestanie palenia tytoniu (także w miejscu pracy), wdrożenie metod zwiększających aktywność fizyczną, zmian zachowania, żywienia w ciąży oraz dzieci, promocji aktywności fizycznej w pracy, identyfikacji i wspierania osób będących w grupie ryzyka ChUK, promocji aktywności fizycznej u dzieci, aspekty dot.otyłości.

Program powinien uwzględniać opracowanie, zaplanowanie i wdrożenie strategicznej, zintegrowanej kampanii medialnej. Konieczne jest opracowanie długoterminowego planu oraz uzyskanie politycznego zaangażowania, w celu zapewnienia finansowania programu i zapewnienia jego trwałości po zakończeniu i ocenie.

W zakresie ewaluacji programu prewencji ChUK, przed rozpoczęciem realizacji należy ustanowić bazowe mierniki, które powinny obejmować aspekty stylu życia oraz inne czynniki wpływające na ryzyko sercowonaczyniowego, a także dane dot. częstości występowania i umieralności z powodu ChUK. Koszty ewaluacji powinny być wkalkulowane w budżet programu.

Edukacja w zakresie redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u dzieci i dorosłych

W celu wspomagania zmiany stylu życia zaleca się stosowanie uznanych strategii poznawczo-behawioralnych (np. dialog motywujący). Zaleca się zaangażowanie wielodyscyplinarnego zespołu pracowników opieki zdrowotnej (np. pielęgniarek, dietetyków, psychologów).

W zakresie populacyjnego podejścia do diety na poziomie rządowych restrykcji, zaleca się m.in.: ustawodawstwo w zakresie składu żywności w celu zmniejszenia spożycia kalorii, soli i nasyconych kwasów tłuszczowych oraz (dodanej) zawartości cukru, eliminację przemysłowo wytwarzanych tłuszczów trans, zintegrowaną, spójną politykę oraz aktywność (lokalnych) władz rządowych, organizacji pozarządowych, przemysłu żywnościowego, handlu detalicznego, gastronomii, szkół, miejsc pracy i innych zainteresowanych stron, ustawodawstwo ograniczające marketing skierowany do dzieci dotyczący produktów bogatych w tłuszcze, cukier i/lub sól. W miejscach pracy zaleca się stosowanie spójnej i wyczerpującej polityki zdrowotnej i edukacji żywieniowej. W celu promocji zdrowej diety zaleca się stosowanie wieloelementowej, wszechstronnej i spójnej polityki we wszystkich szkołach, przedszkolach i miejscach opieki dziennej.

W zakresie zapobiegania ChUK zaleca się dodatkowo: stosowanie diety kardioprotekcyjnej, poradnictwo dietetyczne dla ciężarnych, ograniczenie spożywania alkoholu, zaprzestanie palenia tytoniu.

Zaleca się regularną aktywność fizyczną u wszystkich mężczyzn i kobiet jako dożywną część stylu życia, obejmującą ≥ 150 min/tydzień wysiłku o umiarkowanym natężeniu lub ≥ 75 min/tydzień intensywnego wysiłku lub ekwiwalent stanowiący połączeniu dwóch powyższych.

4 powszechne metody stosowane w celu zwiększenia poziomu aktywności fizycznej na szczeblu populacyjnym obejmują: krótkie interwencje (krótkie porady) w ramach POZ, przepisane (przez lekarza POZ) schematy ćwiczeń (exercise referral schemes) (w przypadku wystąpienia np. zawału serca, udaru, depresji, bóli w odcinku krzyżowym kręgosłupa, POChP, przewlekła niewydolność serca), krokomierze oraz społecznościowe programy chodzenia i jazdy na rowerze.

Pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej powinni identyfikować osoby, które nie podejmują aktywności fizycznej. Zachęcanie do podejmowania aktywności fizycznej powinno być w formie krótkiej, treściwej rady (brief advice). Powinna ona uwzględniać motywacje i cele, aktualny poziom aktywności, preferencje i bariery do podjęcia aktywności, aktualny stan zdrowia. Ponadto powinna ona zapewnić informacje nt. lokalnych możliwości podjęcia aktywności fizycznej, przekazanie

pisemnych przedyskutowanych zaleceń, zapewnienie wizyty kontrolnej oceniającej postępy w zakresie realizacji założonych celów.

Należy upewnić się, że krótkie porady dot. aktywności fizycznej będą kierowane także do grup, które są szczególnie mało aktywne. Obejmuje to osoby w wieku 65 lat i powyżej, osoby z niepełnosprawnościami.

Wczesna edukacja dziecięca dotycząca aktywności fizycznej i ruchu powinna być rozpoczęta w okresie przedszkolnym. Dzienna aktywność fizyczna w szkole powinna wynosić ≥ 30 minut, a najlepiej 60 minut. Należy uświadamiać rodzicom i opiekunom, że dzieci wieku przedszkolnym powinny mieć zapewnione 180 min/dziennie aktywności fizycznej.

W celu promocji aktywności fizycznej można rozważyć długo trwające lub ciągłe, zogniskowane na aktywność fizyczną edukacyjne kampanie realizowane poprzez stosowanie licznych form przekazu (np. aplikacje, plakaty, ulotki).

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.169.2018 „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2018-2020” realizowany przez miasto Krosno, Warszawa, wrzesień 2018; Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny”, luty 2013 r.; Raportu oceny o nr OT.440.8.2017 dot. programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 267/2018 z dnia 1 października 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2018-2020”.