

Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 37/2020 z dnia 25 maja 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Prewencji
u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca małych naczyń
w województwie dolnośląskim w latach 2020-2022”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program Prewencji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca małych naczyń w województwie dolnośląskim w latach 2020-2022”.

Uzasadnienie

W ocenianym projekcie zaplanowano szereg interwencji składających się na kompleksową rehabilitację kardiologiczną, które jako interwencja znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych klinicznych. Jednakże istnieje poważna rozbieżność pomiędzy planowaną populacją docelową a odnalezionymi rekomendacjami, które nie dotyczą strictly populacji docelowej programu (pacjenci hospitalizowani z powodu choroby niedokrwiennej serca wg ICD 10: I20, I21, I24, I25, u których nie stwierdzono istotnych zmian w naczyniach wieńcowych i potwierdzono obecność choroby mikrokrążenia za pomocą inwazyjnej oceny przepływu wieńcowego).

Wobec powyższego należy podkreślić, iż brak jest dowodów naukowych wskazujących, że zaproponowane interwencje w populacji docelowej opisanej w projekcie przyniosą oczekiwany skutek w postaci zmniejszenia umieralności lub chorobowości, a także, że pozwolą na uzyskanie efektu w postaci zmniejszenia liczby hospitalizacji. Przedstawione powyżej ograniczenia uniemożliwiają wydanie pozytywnej opinii o ocenianym projekcie programu polityki zdrowotnej. Ryzyko projektu w świetle wątpliwości klinicznych podnoszą także wysokie koszty realizacji programu.

W tym miejscu należy nadmienić, że kwalifikacja do programu oraz realizowane interwencje powinny następować wg oceny ryzyka, które uwzględniają czynniki ryzyka, m. in. poziom lipidów, wartość ciśnienia tętniczego, wiek, płeć, dotychczasowy przebieg choroby, czy występowanie i zaawansowanie chorób współistniejących.

W związku z powyższym, zgodnie z opinią Rady Przejrzystości, sugeruje się rozważenie możliwości realizacji planowanych działań opisanych w ocenianej wersji projektu programu polityki zdrowotnej w ramach projektów badawczych, finansowanych z innych dostępnych źródeł.

Dodatkowo, poniżej przedstawiano uwagi do poszczególnych elementów programu:

- niektóre cele programu nie zostały zdefiniowane w sposób precyzyjny, co utrudnia ich pomiar;
- większość mierników efektywności nie została sformułowana prawidłowo i nie odnoszą się one do wszystkich celów programu;
- w projekcie nie oszacowano precyzyjnie, ani nie uzasadniono w sposób szczegółowy kwestii liczebności populacji docelowej;

- w przypadku kilku z zaplanowanych działań brak jest szczegółowych opisów ich realizacji lub wskazane informacje są niekompletne (np. rehabilitacja domowa);
- monitorowanie i ewaluacja w obecnej formie nie umożliwiają przeprowadzenia kompleksowej oceny programu, szczególnie w odniesieniu do analizy efektywności planowanych działań;
- w ramach budżetu programu nie odniesiono się do kosztów akcji informacyjno-promocyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Ponadto, należy pamiętać, że zaplanowana w programie rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana ze środków NFZ w warunkach stacjonarnych lub w oddziale lub w ośrodku dziennym, z związku z czym istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Mając na uwadze powyższe, warto także zastanowić się nad rozważeniem innej opcji alokacji dostępnych środków finansowych i przeznaczeniem ich na zaprojektowanie i realizację projektów programów zdrowotnych poświęconych innym istotnym problemom zdrowotnym, dla których skuteczność i bezpieczeństwo interwencji została potwierdzona w dowodach naukowych i znajduje swoje uzasadnienie w wytycznych klinicznych. W przyszłości podjęte działanie (dobrze zaprojektowane i ewaluowane zgodnie z metodologią) może przełożyć się na uzyskanie trwałych i pozytywnych efektów zdrowotnych w populacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów z chorobami układu krążenia (ChUK). Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na kwotę 3 354 725 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2020-2022.

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 2019 r., poz. 1373 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

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 1 pkt c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 469): „*zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu*” oraz „*rehabilitacja*”.

W treści projektu przedstawiono ogólny opis ChUK oraz charakterystykę poszczególnych jednostek chorobowych, w tym: choroby niedokrwiennej serca, ostrego zespołu wieńcowego, stabilnej choroby wieńcowej, choroby mikrokrążenia wieńcowego. Opisano także czynniki ryzyka rozwoju i prewencję choroby małych naczyń wieńcowych.

Projekt programu zawiera opis sytuacji epidemiologicznej ChUK w skali europejskiej, ogólnopolskiej i regionalnej. W treści projektu odwołano się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ) opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Według MPZ z zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „choroba niedokrwienna serca” w roku 2016 wyniosła 14,4 tys., co stanowiło 6 wartość wśród województw, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 497,4, co stanowiło 14 wartość wśród województw. Z kolei zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „niewydolność serca” w województwie dolnośląskim w roku 2016 wyniosła 8,7 tys., co stanowiło 7 wartość wśród województw, natomiast współczynnik

zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 299,8, co stanowiło najniższą wartość wśród województw. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu chorób kardiologicznych w województwie dolnośląskim wyniósł 241,6/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 5,8%. Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski (wskaźnik SMR) zagrożenie życia mieszkańców województwa chorobami kardiologicznymi jest niższe od ogólnopolskiego o 8,3%. W skali powiatów, w przypadku 8 na 30 powiatów województwa dolnośląskiego umieralność z powodu chorób kardiologicznych jest wyższa od ogólnopolskiej.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „*zmniejszenie do 2022 r. ryzyka powtórnych hospitalizacji z powodu ostrych zespołów wieńcowych oraz utrzymanie lub przywrócenie zdolności zawodowej u pacjentów z objawami stabilnej choroby wieńcowej, wywołanej chorobą mikrokrążenia wieńcowego*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być mierzalny, wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Przedstawiony cel nie spełnia ww. założeń. Cel główny składa się z dwóch odrębnych, trudno mierzalnych założeń.

W programie zdefiniowano także 3 cele szczegółowe:

- 1) „*wzrost wiedzy kształtującej prawidłową świadomość prozdrowotną wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą małych naczyń wieńcowych*”,
- 2) „*wzrost wiedzy u pacjentów w zakresie kontroli czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca*”,
- 3) „*zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów z rozpoznaną chorobą małych naczyń wieńcowych w okresie trwania programu*”.

Cele 1 i 2 dotyczące wzrostu wiedzy są możliwe do osiągnięcia ze względu na prowadzone w ramach programu działania edukacyjne. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre-testu i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Cel 3 nie odnosi się do efektu zdrowotnego, natomiast dotyczy zwiększenia dostępności do świadczeń.

W projekcie nie określono również wartości docelowych, jakie planuje się osiągnąć w ramach realizacji programu.

W treści projektu przedstawiono 8 mierników efektywności wraz z ich wartościami docelowymi oraz sposobami ich pomiaru:

- 1) „*liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS*”,
- 2) „*liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne*”,
- 3) „*liczba osób u których rozpoznano choroby małych naczyń wieńcowych w okresie trwania programu*”,
- 4) „*liczba świadczeń rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów z rozpoznaną chorobą małych naczyń wieńcowych w okresie trwania programu*”,
- 5) „*odsetek osób, które ukończyły pełen cykl programu*”,
- 6) „*odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy kształtującej prawidłową świadomość prozdrowotną wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą małych naczyń wieńcowych*”,
- 7) „*odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy u pacjentów w zakresie kontroli czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca*”,
- 8) „*liczba osób biorących udział w szkoleniach dla kadry medycznej uczestniczącej w programie*”.

Przedstawione wskaźniki nr 1, 2, 5, 8 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą być zastosowane w ramach monitorowania. Wskaźniki nr 3 i 4 nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, natomiast mogą być wykorzystane podczas ewaluacji. Wskaźnik nr 6 odnosi się do celu szczegółowego nr 1, natomiast wskaźnik nr 7 odnosi się do celu szczegółowego nr 2. Należy

podkreślić, że nie wskazano prawidłowo sformułowanych mierników odnoszących się do założenia głównego. Ponadto w przypadku wszystkich wskaźnikach nie wskazano uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

Przy formułowaniu mierników należy pamiętać, aby pozwalały one na ocenę efektów programu, zaś wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Tworzenie mierników, powinno zaczynać się od określenia stanu istniejącego, opisanie spodziewanego efektu po wdrożeniu interwencji oraz wskazania sposobu pomiaru zmiany. Następnie miernik powinien być dopasowany do odpowiedniego celu.

Reasumując, element projektu dotyczący celów i mierników efektywności nie został zaplanowany poprawnie.

Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami projektu, populację docelową kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej stanowią mają:

- osoby w wieku powyżej 40 r.ż. (kobiety 40-59 lat oraz mężczyźni 40-64 lata) aktywne zawodowo, dotknięte chorobą niedokrwienną serca, nie kwalifikującą się do leczenia zabiegowego,
- osoby w wieku powyżej 40 r.ż. (kobiety 40-59 lat oraz mężczyźni 40-64 lata) pozostające bez zatrudnienia oraz deklarujące gotowość do podjęcia zatrudnienia, dotknięte chorobą niedokrwienną serca, nie kwalifikującą się do leczenia zabiegowego,
- personel medyczny – osoby wykonujące jeden z następujących zawodów medycznych: lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji leczniczej, lekarz rezydent odbywający specjalizację w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji leczniczej, pielęgniarka lub fizjoterapeuta pracujące w AOS (poradnia kardiologiczna), lecznictwie szpitalnym (oddział kardiologii, oddział chorób wewnętrznych o profilu kardiologicznym), rehabilitacji leczniczej (poradnia, oddział/ośrodek dzienny, rehabilitacja stacjonarna) lub lecznictwie uzdrowiskowym, zatrudnione na terenie województwa dolnośląskiego (100 osób).

W projekcie, w części opisującej populację docelową nie wskazano jej liczebności. Z kolei w ramach opisu etapów programu wskazano, że programem zostanie objętych 900 osób. Brak jest szczegółowej argumentacji dla przedsatwionego oszacowania. Liczebność populacji w wieku produkcyjnym powyżej 40 r.ż. (kobiety między 40 a 59 r.ż. oraz mężczyźni między 40 a 64 r.ż.) zamieszkującej teren województwa dolnośląskiego według danych GUS wynosi 874 904 osób.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi 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, kobiety, osoby z obszarów wiejskich oraz osoby ze współistniejącymi chorobami psychicznymi oraz fizycznymi - NICE 2013).

Wśród kryteriów kwalifikacji do programu wskazano: wiek; pozostawanie aktywnym zawodowo lub deklarującym gotowość do podjęcia zatrudnienia; zamieszkanie na terenie województwa dolnośląskiego; hospitalizację z powodu choroby niedokrwiennej serca (wg ICD 10: I20, I21, I24, I25), u osób, u których nie stwierdzono istotnych zmian w naczyniach wieńcowych i potwierdzono obecność choroby mikrokrążenia za pomocą inwazyjnej oceny przepływu wieńcowego.

Kryteria wyłączenia z programu stanowią: choroba niedokrwienna serca kwalifikująca się do leczenia zabiegowego; choroba niedokrwienna serca spowodowana skurczem dużych tętnic wieńcowych (Angina Prinzmetal); obecność mostka mięśniowego utrudniającego napływ do tętnicy wieńcowej; zespół podkradania krążenia wieńcowego; przeciwwskazania zdrowotne do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym; korzystanie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu ww. jednostek

chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do programu (mechanizm zapobiegający podwójnemu finansowaniu świadczeń u danego uczestnika programu - oświadczenie pacjenta).

Interwencja

W ramach interwencji w programie zaplanowano przeprowadzenie:

- szkoleń dla personelu medycznego;
- akcji informacyjno-edukacyjnej;
- kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej obejmującej: kwalifikacyjną wizytę lekarską, poradę pielęgniarki/fizjoterapeuty, cykl sesji fizjoterapeutycznych, porady dietetyczne, porady psychologiczne, rehabilitację domową, działania edukacyjne oraz kontrolną wizytę lekarską.

Szkolenia dla personelu medycznego:

Zgodnie z treścią projektu, w pierwszym etapie realizacji programu, przed przystąpieniem do działań z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, zaplanowano opracowanie i przeprowadzenie szkoleń dla 100 przedstawicieli personelu medycznego (w tym: lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji medycznej, lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji medycznej, pielęgniarek, fizjoterapeutów, osób pracujących w przychodniach lub na oddziałach kardiologicznych, oddziałach chorób wewnętrznych o profilu kardiologicznym, oddziałach rehabilitacji leczniczej lub w lecznictwie uzdrowiskowym). Szkolenia mają być realizowane w trybie jednodniowym w ramach 8 godzin edukacyjnych (po 60 min) w maksymalnie 30 osobowych grupach. Zakres tematyczny obejmować ma techniki komunikacji z pacjentem, umiejętności motywowania pacjenta do zmiany zachowań zdrowotnych, najnowsze wytyczne i rekomendacje w zakresie omawianej tematyki, innowacyjne techniki rehabilitacji kardiologicznej, stosowanie kwestionariuszy i innych narzędzi oceny stanu zdrowia w kardiologii oraz kwestię konieczności uwzględniania psychoedukacji w rehabilitacji pacjentów. Szkolenia prowadzone będą przez kadrę lekarską doświadczoną w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem ChUK. Mają zostać zakończone ankietą ewaluacyjną dotyczącą przekazywanych treści oraz ankietą w zakresie jakości realizowanych w ramach programu działań. Uczestnicy szkoleń mają otrzymać materiały szkoleniowe oraz zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia.

Akcja informacyjno-edukacyjna:

Drugim etapem programu ma być przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej, której celem będzie zapewnienie jak największej zgłaszalności do programu. W ramach wspomnianej akcji zaplanowano zaprojektowanie i przygotowanie materiałów edukacyjnych, m.in. na temat ryzyka ChUK i zdrowego stylu życia w formie plakatów i ulotek, a także w formie informacji o programie „na wybranych stronach internetowych oraz portalach społecznościowych”, przy czym nie przedstawiono szczegółowych zapisów w tym zakresie.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna:

Trzeci etap programu stanowi kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna. Poniżej przedstawiono uwagi do poszczególnych interwencji zaplanowanych w programie.

Kwalifikacja do programu

W projekcie wskazano, że warunkiem rozpoczęcia udziału w programie ma być wyrażenie zgody przez pacjenta oraz zakwalifikowanie do programu przez lekarza (specjalistę w dziedzinie kardiologii lub rehabilitacji leczniczej). W ramach kwalifikacyjnej wizyty lekarskiej zaplanowano przeprowadzenie oceny stanu klinicznego, badania ECHO, badania EKG, testu 6-minutowego marszu z oceną dystansu i stopnia odczuwania duszności w skali Borga, wywiadu dotyczącego przebiegu choroby oraz wywiadu w zakresie chorób towarzyszących, oceny aktywności fizycznej pacjenta (codziennej aktywności fizycznej, zawodowej i rekreacyjnej) oraz stwierdzenie braku przeciwwskazań do zajęć ruchowych realizowanych w ramach programu. Dodatkowo, u pacjentów przeprowadzone mają zostać badania laboratoryjne oceniające stan zdrowia (morfologia krwi, badanie ogólne moczu)

oraz „badania charakteryzujące ryzyko chorób układu krążenia” (lipidogram, stężenie glukozy, stężenie kwasu moczowego).

Powyższe założenia są zgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK 2017) w zakresie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, gdzie wskazuje się, że warunkiem rozpoczęcia rehabilitacji jest stabilny klinicznie stan pacjenta i wyrażenie przez pacjenta zgody na udział w jej realizacji. Ponadto w ww. wytycznych wskazano, że ocena chorych powinna obejmować wywiad dotyczący przebiegu choroby, która jest podstawą skierowania na rehabilitację kardiologiczną, oraz wywiad w zakresie chorób towarzyszących. Ważnym elementem wywiadu jest ocena dotychczasowej aktywności fizycznej, tj. codziennej fizycznej aktywności zawodowej i rekreacyjnej (PTK 2017).

W odniesieniu do EKG, wytyczne PTK 2017 wskazują, że standardowe badanie elektrokardiograficzne powinno być wykonane u wszystkich pacjentów przed rozpoczęciem i na zakończenie każdego etapu rehabilitacji oraz w każdym przypadku wystąpienia pogorszenia stanu klinicznego.

Zaplanowane badania laboratoryjne są także wymieniane w wytycznych PTK 2017.

Test 6-minutowego marszu jest zgodny z zaleceniami PTK 2017. W projekcie wskazano, że będzie on wykonywany jedynie wśród osób, u których nie stwierdzono zaburzeń ograniczających aktywność fizyczną, a zarówno przed jak i po teście wykonywany będzie pomiar ciśnienia tętniczego oraz częstotliwości rytmu serca, przy czym nie określono, jakie wyniki będą kwalifikowane do dalszego udziału w programie. Należy wskazać, że zgodnie z PTK 2017 przyjmuje się, że osoba zdrowa w 6 minut pokonuje od 400 do 700 m.

Przeprowadzenie procedury kwalifikacyjnej ma na celu stwierdzenie braku przeciwwskazań do udziału w programie oraz wydanie oświadczenia o udziale w programie, uzyskanie od pacjenta niezbędnych oświadczeń oraz zgody na udział, wydanie na piśmie zaleceń lekarskich oraz wydanie na piśmie informacji o stanie zdrowia pacjenta, z zaleceniem przekazania lekarzowi POZ i/lub lekarzowi specjalście w dziedzinie kardiologii, z którego świadczeń korzysta dany pacjent.

Porada realizowana przez pielęgniarkę lub fizjoterapeutę

U zakwalifikowanych uczestników ma zostać przeprowadzona porada realizowana przez pielęgniarkę lub fizjoterapeutę, która obejmować będzie wywiad z pacjentem, przeprowadzenie kwestionariusza oceny zdrowia dotyczącego objawów choroby niedokrwiennej serca *Seattle Angina Questionnaire*, ocenę obiektywnej aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza IPAQ, pomiar masy ciała (wraz z wpisem wyniku do „Karty Oceny Skuteczności programu”) oraz ustalenie i omówienie indywidualnego planu rehabilitacji (zawierającego szczegółowy wykaz interwencji zalecanych konkretnemu pacjentowi, uwzględniający ogólny stan zdrowia pacjenta, opinię lekarza kwalifikującego do programu oraz sytuację życiową pacjenta w zakresie dostosowania godzin świadczeń do aktywności zawodowej).

Zaproponowany kwestionariusz oceny zdrowia *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ) jest najbardziej czułym, specyficznym i reagującym na zdrowie instrumentem jakości życia związanym z chorobą wieńcową. SAQ określa ilościowo ograniczenia fizyczne pacjentów spowodowane dławicą piersiową, częstość i ostatnie zmiany w ich objawach, ich zadowolenie z leczenia oraz stopień, w jakim postrzegają chorobę jako wpływ na ich jakość życia. Każda skala jest przekształcana na wynik od 0 do 100, gdzie wyższe wyniki wskazują na lepszą funkcję (np. mniejsze ograniczenia fizyczne, mniej duszniczy bolesnej i lepszą jakość życia).

Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej IPAQ (z ang. *International Physical Activity Questionnaire*) wyraża natomiast aktywność fizyczną w jednostkach MET - minuta/tydzień, co pozwala na łatwe klasyfikowanie ankietowanych do jednej z trzech grup aktywności: niewystarczającej (poniżej 600), dostatecznej (600-1500 lub 600-3000) lub wysokiej (powyżej 1500 lub 3000). Warto przypomnieć, że zgodnie z treścią projektu, ocena aktywności fizycznej pacjenta przeprowadzana miała być również w ramach kwalifikacji do programu. Z projektu nie wynika wprost, czy ocena dokonywana w czasie wizyty kwalifikacyjnej różni się będzie od oceny realizowanej przez pielęgniarkę/fizjoterapeutę. Do projektu nie załączono wzorów ww.

kwestionariuszy, jakie mają być zastosowane w programie, w związku z czym analityk nie miał możliwości sprawdzenia, czy wnioskodawca zastosuje ustandaryzowane narzędzia.

Jak wspomniano wcześniej, w ramach porady pielęgniarki/fizjoterapeuty, przeprowadzany będzie również pomiar masy ciała wraz z odnotowaniem w „*Karcie oceny skuteczności programu*”. Wzór wspomnianej karty nie został załączony do projektu. Ponowny pomiar masy ciała u uczestników przeprowadzony zostanie także po zakończeniu rehabilitacji. Postępowanie to zgodne jest z wytycznymi PTK 2017, gdzie wskazuje się, że zmniejszenie masy ciała powinno być jednym z efektów rehabilitacji kardiologicznej.

Indywidualny plan rehabilitacji, który ma zostać przygotowany i omówiony w ramach przedmiotowej porady ma zawierać indywidualnie dobrany plan aktywności fizycznej, plan porad żywieniowych, porad psychologicznych oraz plan konsultacji lekarskich/pielęgniarskich, co należy uznać za zasadne. W odnalezionych wytycznych podkreśla się, że programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia (PTK 2017, NICE 2015, BACPR 2012, ACCVPR/AHA 2012).

Cykl sesji fizjoterapeutycznych

Zgodnie z treścią projektu uczestnicy poddawani mają być zabiegom fizjoterapeutycznym. W projekcie nie wskazano pełnego zakresu zajęć, jaki realizowany ma być wśród uczestników. Wskazano, że będą one urozmaicone oraz będą uwzględniać np. ćwiczenia aerobowe, oporowe i ogólnousprawniające.

Zaplanowano realizację 2 sesji w tygodniu, która ma obejmować co najmniej 3 procedury dziennie, zgodnie z indywidualnym planem fizjoterapeutycznym. Cały cykl trwać ma 8 tygodni (16 sesji u każdego pacjenta). Aktywność fizyczna ma trwać nie dłużej niż 90 minut w zależności od stanu klinicznego pacjenta. Sesje mają odbywać się w sali kinezyterapii lub w sali gimnastycznej przy udziale fizjoterapeuty w maksymalnie 10-osobowych grupach. Należy zaznaczyć, że zgodnie z wytycznymi PTK 2017 w przypadku rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, ćwiczenia powinny być przeprowadzane 3-5 dni w tygodniu, w tym 3 dni w tygodniu powinny stanowić treningi nadzorowane medycznie. Ponadto, wszyscy pacjenci niezależnie od tolerancji wysiłku powinni uczestniczyć w codziennych spacerach trwających co najmniej 30-60 minut.

Odnalezione rekomendacje (NSF 2017, VHA-DoD 2010) zalecają, aby pacjenci otrzymywali tyle świadczeń terapeutycznych, ile „*potrzebują*” i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Zgodnie z opiniami ekspertów klinicznych plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu chorego, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności i ciągłości procesu rehabilitacji.

Porady dietetyczne oraz psychologiczne

W projekcie zaplanowano także realizację porad dietetycznych i psychologicznych (przeprowadzanych przez dietetyka i psychologa), które odbywać się mają raz na 2 tygodnie przez cały okres trwania cyklu sesji fizjoterapeutycznych. W sumie, u każdego z uczestników zrealizowanych ma zostać po pięć 60-minutowych sesji (5 sesji z dietetykiem i 5 sesji z psychologiem). Zakres tematyczny porad dietetycznych ma obejmować rozpisanie indywidualnego jadłospisu dla pacjenta, monitorowanie masy ciała oraz zachęcanie do poprawy nawyków żywieniowych w kontekście czynników ryzyka chorób układu krążenia. W przypadku porad psychologicznych tematyka ma odnosić się do radzenia sobie ze stresem, motywacji do zmiany zachowań zdrowotnych i żywieniowych (tj. redukcja masy ciała, rezygnacja z palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu itp.).

Włączenie do programu rehabilitacji kardiologicznej porad realizowanych przez dietetyka i psychologa jest zgodne z wytycznymi, w których podkreśla się konieczność udziału multidyscyplinarnego zespołu specjalistów (PTK 2017, BACPR 2012, AACVPR/AHA 2012). W rekomendacjach wskazuje się również, że obok powszechnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej

dotyczące odżywienia, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii (PTK 2013, BACPR 2012).

Rehabilitacja domowa

W ramach programu zaplanowano rehabilitację domową trwającą 10 tyg. i opartą o przygotowanie i wydanie indywidualnych instrukcji dotyczących częstości i zakresu ćwiczeń. W projekcie nie podano szczegółów dotyczących warunków realizacji ww. interwencji. Nie jest jasne, czy realizacja rehabilitacji domowej przez uczestników będzie w jakikolwiek sposób weryfikowana. Nie jest również opisane postępowanie w przypadku innego postępowania rehabilitacyjnego prowadzonego równoległe do rehabilitacji w ramach programu, czy też po jej zakończeniu.

W rekomendacjach ECS 2016 wskazuje się, że programy rehabilitacji domowej mogą zwiększyć uczestnictwo dzięki większej elastyczności i możliwości działania. We wspomnianych wytycznych podaje się również, że telerehabilitacja, jest bardziej skuteczna niż zwykła opieka w uzyskaniu zmiany behawioralnej i równie skuteczna, jak program rehabilitacji kardiologicznej. Prosty telemonitoring, obejmujący transmisję EKG przez telefon u pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową, jest bezpieczny i akceptowalny dla chorych oraz skutkuje poprawą wydolności fizycznej.

Działania edukacyjne

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie spotkań z zakresu edukacji zdrowotnej i żywieniowej oraz spotkań psychoedukacyjnych (9 spotkań po 60 minut każde, po 3 spotkania w danym zakresie tematycznym) w grupach maksymalnie 20-osobowych.

Spotkania z zakresu edukacji zdrowotnej mają dotyczyć roli aktywności fizycznej w profilaktyce wtórnej chorób układu krążenia, zalecanych form aktywności, konieczności zaprzestania palenia tytoniu, wpływu palenia na stan zdrowia, ograniczenia spożycia alkoholu, dostępnych metod walki z uzależnieniami, konieczności stosowania leków w ChUK oraz jak wspomniano wcześniej przygotowania do rehabilitacji domowej (tj. nauka samooceny tętna i ciśnienia, nauka podpinania elektrod EKG i obsługi aparatu do telemonitoringu, instruktaż wykonywania ustalonego zestawu ćwiczeń). Zgodnie z projektem, zajęcia mają być prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę. Natomiast zakres tematyczny spotkań dotyczących edukacji żywieniowej (prowadzonych przez dietetyka) obejmować ma zasady zdrowego żywienia oraz żywienia w ChUK. Zaplanowano również dwukrotne przeprowadzenie testu sprawdzającego wiedzę z obu zakresów (w czasie pierwszej i po trzeciej prelekcji), co należy uznać za zasadne. Jednak wzory testów nie zostały załączone do projektu.

W przypadku spotkań z zakresu psychoedukacji wskazano, że będą przeprowadzane przez psychologa i mają obejmować m.in. tematykę rozwoju umiejętności psychospołecznych, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz utrzymywania motywacji do zmiany zachowań zdrowotnych i żywieniowych.

Realizacja ww. interwencji również znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach, w których zwraca się uwagę na konieczność uwzględniania elementów psychologicznych i edukacyjnych (PTK 2017, NCGC 2010).

Kontrolna wizyta lekarska

Zgodnie z treścią projektu, po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji, zaplanowano przeprowadzenie kontrolnej wizyty lekarskiej obejmującej ponowne wykonanie badania podmiotowego i przedmiotowego, testu 6-minutowego marszu z oceną dystansu i stopnia odczuwania duszności w skali Borga, kwestionariusza oceny zdrowia dotyczącego objawów choroby niedokrwiennej serca *Seattle Angina Questionnaire*, oceny obiektywnej aktywności fizycznej na podstawie kwestionariusza IPAQ oraz pomiaru masy ciała. Dwukrotne wykonanie ww. działań w populacji poddawanej rehabilitacji kardiologicznej (przed i po realizacji programu) pozwoli na oszacowanie wpływu przeprowadzonych interwencji na stan zdrowia uczestników. Należy wskazać, że zgodnie z rekomendacjami PTK 2017, m.in. zwiększenie aktywności fizycznej czy też zmniejszenie masy ciała wskazywane są jako niektóre z efektów kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Po zakończeniu pełnego cyklu rehabilitacji, uczestnicy otrzymać mają wytyczne co do dalszego postępowania prozdrowotnego (kontynuacja ćwiczeń, zalecenia behawioralne, konieczność regularnych kontroli stanu zdrowia) oraz informacje w zakresie możliwości kontynuowania rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku przerwania cyklu, pacjenci mają zostać poinformowani o skutkach, jakie niesie za sobą przerwanie uczestnictwa w programie oraz również otrzymają informacje w zakresie możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych.

Reasumując, w projekcie zaplanowano szereg interwencji składających się na kompleksową rehabilitację kardiologiczną, które znajdują odzwierciedlenie w aktualnych wytycznych klinicznych, jednakże odnalezione rekomendacje nie dotyczą strictly populacji docelowej programu. Należy również podkreślić, iż brak jest dowodów naukowych odnoszących się do zaproponowanych interwencji w tak zdefiniowanej populacji docelowej programu. Tym samym brak jest podstaw do wnioskowania nt. skuteczności i bezpieczeństwa zaplanowanych interwencji w analizowanej populacji docelowej. Zatem powyższa kwestia uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii o ocenianym projekcie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu, przy czym poniżej przedstawiono uwagi do niektórych elementów.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy: „liczby osób uczestniczących w szkoleniach dla kadry medycznej w programie”, „liczby osób uczestniczących w badaniu lekarskim kwalifikującym do programu”, „liczby osób uczestniczących w kompleksowej rehabilitacji leczniczej w programie”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji zdrowotnej”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach edukacji żywieniowej”, „liczby osób uczestniczących w zajęciach psychoedukacji” oraz „liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania”. W punkcie dotyczącym mierników efektywności przedstawiono również wskaźniki mające zastosowanie podczas procesu monitorowania, tj. „liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”, „liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne”, „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl programu”, oraz „liczba osób biorących udział w szkoleniach dla kadry medycznej uczestniczącej w programie”. W ramach monitorowania należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej.

W ramach oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach programu zaplanowano coroczną analizę wyników ankiety satysfakcji uczestników programu. Przy czym do projektu nie załączono wzoru kwestionariusza, co uniemożliwia weryfikację jego treści. Ponadto, ma zostać przeprowadzona analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora, co należy uznać za zasadne.

Ewaluacja programu będzie obejmować ocenę części wskaźników wymienionych w ramach mierników efektywności, tj.: „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych na szkoleniach dla kadr medycznych”, „odsetek osób, które ukończyły pełen cykl kompleksowej rehabilitacji leczniczej”, „odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu treści przekazanych w ramach edukacji zdrowotnej i żywieniowej”, „odsetek osób, u których doszło do poprawy stanu zdrowia w związku z otrzymanymi w programie interwencjami” oraz „odsetek osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”. Ponadto, zaznaczono, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, ze stanem po jego zakończeniu, a rzeczywisty wpływ programu na zdrowie populacji będzie można ocenić dopiero w perspektywie wieloletniej, na podstawie danych statystycznych w zakresie odsetka osób hospitalizowanych z powodu ChUK, co jest podejściem prawidłowym. Niemniej jednak nie zaplanowano prawidłowej oceny efektywności prowadzonych działań w odniesieniu do założenia głównego programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Program będzie realizowany przez podmioty wyłonione w ramach konkursu ofert, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W projekcie przedstawiono informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na kwotę 3 354 725 zł. Wskazano koszty jednostkowe w odniesieniu do szkolenia personelu medycznego oraz kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej z wyjątkiem kosztu dotyczącego domowej rehabilitacji. W punkcie dotyczącym planowanego kosztorysu nie odniesiono się do kosztów akcji edukacyjno-informacyjnej oraz monitorowania i ewaluacji programu.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią jeden z zasadniczych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Są one najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji oraz prowadzą do inwalidztwa. 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, trójglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga i otyłość. Czynniki niemodyfikowalne są natomiast: wiek (mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat), wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca (ChNS) lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy (u mężczyzn < 55 . r.ż., u kobiet < 65 . r.ż.), już rozwinięta choroba niedokrwiennej serca (ChNS) lub choroba innych tętnic na podłożu miażdżycy.

Zgodnie z Ogólnopolskim Badaniem Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ II (realizowanego w latach 2013-2014), jedynie u niespełna 9% mężczyzn i około 11% kobiet nie stwierdzono ani jednego czynnika ryzyka chorób układu krążenia. Zgodnie z MPZ, w 2013 roku w Polsce zdiagnozowano 745,8 tys. nowych przypadków chorób kardiologicznych u 367,1 tys. pacjentów, co daje średnio ponad 2 choroby kardiologiczne na pacjenta.

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

Podsumowanie wytycznych i zaleceń

Wykazano, że programy rehabilitacji kardiologicznej redukują śmiertelność wśród pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową (CCOHTA 2003).

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 szansę nauczenia i zachęcenia pozytywnych zachowań zdrowotnych oraz zwiększenia stosowania się do zalecanej farmakoterapii.

Programy rehabilitacji kardiologicznej powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, z naciskiem na ćwiczenia, minimalizację czynników ryzyka i zmianę stylu życia (PTK 2017, NICE 2015, BACPR 2012, ACCVPR/AHA 2012).

W wytycznych podkreśla się również konieczność udziału multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. Zespół prowadzący rehabilitację kardiologiczną może składać się z: kardiologa, lekarza ogólnego,

pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego (BACPR 2012, AACVPR/AHA 2012, NZGG 2002).

Zgodnie z wytycznymi *British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 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 (BACPR 2012).

Kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej powinny uwzględniać elementy edukacji zdrowotnej oraz zwalczania stresu (NICE 2015, PTK 2017, NZGG 2002, SIGN 2002).

Obok powszechnych zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej dotyczące odżywienia, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę nawyków stylu życia, jak również odpowiednie zalecenia dotyczące farmakoterapii (PTK 2017, BACPR 2012).

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, stałymi elementami kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinny być: 1) ocena stanu klinicznego pacjenta, 2) optymalizacja leczenia farmakologicznego, 3) optymalizacja funkcji elektronicznych wszczepialnych urządzeń terapeutycznych (stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator resynchronizujący, urządzenia wspomagające pracę komór serca itp.), 4) leczenie ruchem — stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego, 5) rehabilitacja psychospołeczna — opanowanie sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych, takich jak lęk i/lub depresja, akceptacja ograniczeń wynikających z następstw choroby, 6) diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, 7) modyfikacja stylu życia, 8) edukacja pacjentów i ich rodzin, 9) monitorowanie efektów (PTK 2017).

Kompleksowa rehabilitacja powinna uwzględniać zalecenia/wskazówki zawodowe, aby pomóc w odpowiednim i realistycznym powrocie do pracy (NICE 2015, NZGG 2002).

National Institute for Health Care Excellence w swoich wytycznych wskazuje na konieczność monitorowania stanu zdrowia po wypisie ze szpitala (NICE 2015), a w celu zwiększenia wykorzystania rehabilitacji kardiologicznej, zaleca stosowanie formy przypomnień telefonicznych połączonych z bezpośrednim kontaktem z personelem medycznym (NICE 2007).

Personel szpitalny powinien informować pacjentów o korzyściach płynących z dalszej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Podsumowanie odnalezionych dowodów naukowych

W przeglądzie *Anderson 2016* oceniano rehabilitację kardiologiczną opartą na ćwiczeniach u osób po zawale lub po rewaskularyzacji lub z diagnozą dławicy piersiowej lub chorobą wieńcową. Przegląd ten, a także *Anderson 2014*, potwierdziły to, że rehabilitacja kardiologiczna oparta na ćwiczeniach redukuje śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, liczbę przyjęć do szpitala i poprawę w jakości życia pacjentów. Korzyści te wydają się być spójne wśród pacjentów i typu interwencji, a także były niezależne od jakości badania, jego założeń i daty publikacji. Rehabilitacja kardiologiczna jest bezpieczna u stabilnych pacjentów po zawale mięśnia sercowego lub po przezskórnych interwencjach wieńcowych lub u pacjentów z niewydolnością serca.

Także w przeglądzie *Sibillit 2016* stwierdzono, że u dorosłych po operacji zastawki serca, rehabilitacja oparta na ćwiczeniach, może poprawiać wydolność wysiłkową.

W przeglądzie *Taylor 2014*, stwierdzono, że u dorosłych z niewydolnością serca, w porównaniu do braku ćwiczeń, rehabilitacja oparta na ćwiczeniach nie powoduje wzrostu ani spadku ryzyka śmiertelności w krótkim okresie czasu, ale redukuje ryzyko przyjęcia do szpitala i daje istotne korzyści w jakości życia zależnej od zdrowia. Ćwiczenia mogą redukować śmiertelność w dłuższej perspektywie i korzyści z treningu ćwiczeń wydają się być stałe wśród pacjentów w różnych wieku, różnej płci i stopnia niewydolności serca.

W przeglądzie *Taylor 2015* porównującym rehabilitację kardiologiczną prowadzoną w warunkach domowych i w centrach rehabilitacyjnych, stwierdzono, że formy rehabilitacji kardiologicznej domowe i w centrach, wydają się być równie skuteczne w poprawie klinicznych punktów końcowych i jakości życia zależnej od zdrowia, u pacjentów z niskim ryzykiem po przebyłym zawale mięśnia sercowego lub rewaskularyzacji lub z niewydolnością serca. W związku z brakiem dowodów na istotne różnice w kosztach między tymi dwoma typami rehabilitacji, dalsze rozszerzanie programów rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w warunkach domowych, powinno być wspierane i wybór powinien odzwierciedlać preferencje indywidualnego pacjenta.

Przegląd *Karmali 2014* oceniał interwencje zwiększające przystępowanie oraz uczestnictwo i przestrzeganie zaleceń rehabilitacji kardiologicznej. Skuteczne interwencje zwiększające przystępowanie do rehabilitacji: zorganizowane kontakty z pielęgniarką lub terapeutą, wczesne wizyty zaraz po wypisie ze szpitala, listy motywujące, programy skierowane do konkretnej płci, średniozaawansowane programy dla osób starszych. Skuteczne interwencje w tym zakresie obejmowały: samokontrolę wykonywanych aktywności, planowanie działań, dopasowane/zindywidualizowane poradnictwo personelu rehabilitacji kardiologicznej.

W przeglądzie *Brown 2011* oceniano efekty edukacji pacjentów (zajęcia instruktażowe prowadzone przez personel medyczny lub program edukacyjny prowadzony w szpitalu lub ambulatoryjny, indywidualnie lub w grupie, interwencje telemedyczne z edukatorem, dot. wiedzy nt. choroby wieńcowej, leczenia, prewencji) po zawale mięśnia sercowego, po rewaskularyzacji lub które miały dławicę piersiową lub chorobę wieńcową. Nie ma dostępnych informacji, aby w pełni określić wpływ interwencji edukacyjnych na śmiertelność, chorobowość i jakość życia zależną od zdrowia, u pacjentów z chorobą wieńcową. Niemniej jednak, wyniki przeglądu zasadniczo popierają aktualne wytyczne na to, że osoby z chorobą wieńcową, powinny otrzymywać kompleksową rehabilitację obejmującą także edukację.

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych

Rehabilitacja kardiologiczna zmniejsza śmiertelność o 30% i ryzyko powtórnych groźnych zdarzeń sercowych (zawał serca, udar mózgu) w sposób udowodniony naukowo.

Rehabilitacja kardiologiczna istotnie poprawia jakość życia, pozwala na powrót do aktywności rodzinnej, społecznej i zawodowej, zmniejsza koszty leczenia, niepełnosprawności i utraconej produktywności.

Wskazane są programy oparte zwłaszcza na treningu fizycznym oraz edukacji zdrowotnej z wykorzystaniem możliwości telemedycyny. Takie programy są bardzo efektywne społecznie i kosztowo.

Rehabilitacją kardiologiczną powinny być objęci pacjenci ze schorzeniami układu krążenia, głównie z chorobą wieńcową, a zwłaszcza po przebyłym zawale serca, operacjach kardiochirurgicznych, z niewydolnością serca bądź którzy wyczerpali możliwość świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej refundowanej przez NFZ, bądź nie mogli z niej skorzystać z przyczyn od siebie niezależnych.

Oczekiwane efekty programu rehabilitacji kardiologicznej to: poprawa w zakresie oceny funkcji układu krążenia, sprawności ogólnej, stanu emocjonalnego i poziomu wiedzy o zdrowiu, normalizacja poziomu cholesterolu LDL, normalizacja poziomu glikemii oraz HbA1, normalizacja wagi, ciśnienia tętniczego, rzucenie palenia.

Odpowiedni okres realizacji rehabilitacji kardiologicznej w trybie ambulatoryjnym lub domowym wynosi ok. 3 miesięcy (przy założeniu realizacji zabiegów min. 3 razy w tygodniu).

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 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.36.2020 „Program Prewencji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca małych naczyń w województwie dolnośląskim w latach 2020-2022” realizowany przez: Województwo Dolnośląskie, Warszawa, maj 2020; Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 121/2020 z dnia 18 maja 2020 roku o projekcie programu „Program prewencji u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca małych naczyń w województwie dolnośląskim w latach 2020 -2022”.