



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 102/2017 z dnia 22 maja 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Kompleksowa
rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u
mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności
zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy realizowania profilaktyki trzeciorzędowej u pacjentów po przebytych ostrych zespołach wieńcowych (OZW). Należy wskazać, że jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w kraju są choroby układu krążenia, co uzasadnia prowadzenie działań profilaktycznych w tym kierunku. Należy mieć jednak na uwadze, że pomimo zaplanowania w projekcie działań szeroko rekomendowanych i zalecanych zawiera on niespójności, które obniżają jego jakość. Konieczna jest zatem poprawa programu, tak aby treści w nim przedstawiane nie budziły zastrzeżeń.

Cele programowe i mierniki efektywności nie budzą większych zastrzeżeń.

W zakresie populacji docelowej konieczne jest zmodyfikowanie kryteriów kwalifikacji, tak aby program swoim zasięgiem objął grupę pacjentów najbardziej potrzebujących. Niezasadne jest wprowadzenie kryteriów wieku, a ustalenie kwalifikacji w oparciu o stan zdrowia pacjenta.

W zakresie personelu medycznego, do którego kierowane będą szkolenia, konieczne jest zweryfikowanie liczebności tej populacji, gdyż projekt zawiera niepoprawne dane.

Interwencje opisane w projekcie są zgodne z wytycznymi i rekomendacjami. Należy jednak podkreślić, że tematyka szkoleń skierowanych do pracowników medycznych jest nieodpowiednia. Brak jest uzasadnienia dla szkolenia specjalistów z zakresu pierwszej pomocy, czy też lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu interpretacji wyników badań. Tematyka szkoleń powinna mieć ścisły związek z realizowanym programem.

Natomiast w zakresie interwencji skierowanych bezpośrednio do pacjentów należy zwrócić uwagę, że o ile przeprowadzanie działań edukacyjnych z zakresu zdrowego stylu życia i stosowania się do zaleceń lekarskich przez przeszkolony personel pielęgniarski wydaje się być właściwe, to układanie odpowiedniej diety, dopasowywanie intensywności ćwiczeń fizycznych oraz walka z depresją powinny być przeprowadzane przez osoby posiadające odpowiednie wykształcenie w tym kierunku (psychologów, dietetyków i specjalistów ds. aktywności fizycznej).



Monitorowanie i ewaluacja wymaga doprecyzowania i uzupełnienia o wskaźniki zaproponowane w dalszej części opinii.

Budżet programu powinien zostać zweryfikowany, gdyż zawiera błąd obliczeniowy. Zasadna jest także weryfikacja w kontekście nieścisłości związanych z oszacowaniem populacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący rehabilitacji u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 6 557 000 PLN, zaś okres jego realizacji to lata 2017-2019.

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 on w priorytety zdrowotne zawarte w rozporządzeniu MZ 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 programu uwzględniono szczegółowy opis sytuacji epidemiologicznej w województwie świętokrzyskim przytaczając dane pochodzące z map potrzeb zdrowotnych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii zachorowalność na choroby kardiologiczne w Polsce w 2013 roku wynosiła 745,8 tys. przypadków wśród 367 pacjentów Województwo świętokrzyskie charakteryzuje się stosunkowo wysokimi współczynnikami zapadalności (2013r.) na choroby układu krążenia w porównaniu z innymi województwami:

- współczynnik zapadalności na chorobę niedokrwienną serca wynosił 636/100 tys. osób.
- współczynnik zapadalności na niewydolność serca wynosił 384/100 tys. osób
- współczynnik zapadalności na migotanie i trzepotanie przedsionków wynosił 189/100 tys. osób

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „obniżenie liczby powtórnych OZW o 20% oraz zgonów o 10% u pacjentów poddanych kompleksowym interwencjom zastosowanym w ramach programu w ciągu 3 lat jego trwania”. Cel główny przygotowany został w sposób prawidłowy. Powinno się jednak uściślić na jakiej podstawie dokonano założeń odnośnie wartości procentowych jakie mają zostać osiągnięte w ramach celu głównego. Projekt programu zawiera również pięć celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie głównego założenia.

Przedstawione mierniki efektywności w większości odpowiadają postawionym celom. Należy pamiętać, aby wartości wskaźników określane były przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości, stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Należy uzupełnić mierniki efektywności o wskaźnik odnoszący się do celu dotyczącego wzrostu świadomości personelu medycznego w zakresie potrzeby stworzenia systemu współpracy między poszczególnymi szczeblami przy udzielaniu opieki medycznej pacjentom po OZW. Z racji tego, że programy z EFS dotyczą m.in. rehabilitacji ułatwiającej powroty do pracy, zasadnym wydaje się uwzględnienie aspektu podjęcia pracy/wydłużenia aktywności zawodowej przez pacjentów kardiologicznych uczestniczących w programie. Dodatkowo można by uwzględnić pomiary np. okresowych wartości

ciśnienia tętniczego krwi, wagi ciała uczestników, okresowe wartości stężenia LDL, hemoglobiny glikowanej, zmianę jakości życia uczestników programu.

Populacja docelowa

Populacja jaka objęta ma zostać działaniami w ramach programu nie została jasno określona. Z treści projektu wynika, że do programu zapraszane będą osoby w wieku aktywności zawodowej poniżej 65.r.ż. Określenie wieku populacji docelowej budzi wątpliwości ze względu na znaczenie określenia "wiek aktywności zawodowej" oraz brak wskazania dolnej granicy wieku ww. populacji. Wskazanie górnej granicy wieku również wydaje się być niewłaściwe, gdyż zgodnie z zapisami wytycznych Ministerstwa Rozwoju do przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Ponadto, należy wskazać, że określanie kryterium wiekowego w przypadku OZW jest bezzasadne, gdyż zgodnie z danymi epidemiologicznymi, częstość występowania choroby niedokrwiennej serca (ChNS) rośnie wraz z wiekiem i to w populacji powyżej 65 r.ż. będzie ona najwyższa.

Przede wszystkim należy jednak zaznaczyć, że w rekomendacjach dotyczących rehabilitacji kardiologicznej zwraca się uwagę na występowanie określonych jednostek chorobowych, a nie na wiek pacjenta. W treści projektu wskazano również, że w populacji poniżej 65 r.ż. znajdują się osoby, u których wykonany został zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej, a ich liczebność oszacowano na ok. 4 100 osób rocznie (ok. 12 300 osób w czasie realizacji programu), nie przytoczono jednak źródeł powyższych danych. Następnie wskazano, że programem objętych zostanie ok. 2 500 osób rocznie, co stanowić ma ok. 60% grupy docelowej.

Należy jednak zaznaczyć, że w kryteriach kwalifikacji uczestników do programu nie ma już odniesienia do osób po wykonaniu przezskórnej interwencji wieńcowej. Wskazano jedynie, że kwalifikowane będą osoby w wieku do 65 r.ż. po przebyciu OZW, a o ostatecznej kwalifikacji do programu decydować ma lekarz prowadzący. Zarówno kwestia kryteriów kwalifikacji do programu, jak i opis populacji docelowej wymagają uzupełnienia i uściślenia.

Ponadto wskazano, że w programach rehabilitacji medycznej uczestniczyć mają osoby najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych. W projekcie nie wskazano jednak w jaki sposób weryfikowana ma być przynależność uczestników do ww. grup.

Zgodnie z „Optymalnym Modelem Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji” Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), w pierwszej kolejności w programach kompleksowej rehabilitacji/wtórnej prewencji powinni brać udział pacjenci z ChNS lub niewydolnością serca, osoby po zabiegach kardiologicznych (po planowym zabiegu rewaskularyzacji przezskórnej, osoby po operacji pomostowania aortalnowieńcowego (CABG)), osoby po ostrym zespole wieńcowym. Zatem grupa docelowa programu tj. pacjenci po OZW jest prawidłowa i zgodna z zaleceniami PTK.

W projekcie wskazano także, że populacją docelową w zakresie szkoleń będzie personel medyczny. Odniesiono się do liczebności ww. grupy. Zgodnie z informacjami MZ zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii, w województwie świętokrzyskim wg. danych na 2013 r. pracowało 174 kardiologów i 8 kardiologów. W treści projektu wskazano, że szkoleniami objętych ma zostać ok. 60 lekarzy powyższych specjalności, co stanowi 33% populacji docelowej.

Zgodnie ze stanem na 2015 rok, w województwie świętokrzyskim pracowało 1 668 pielęgniarek, natomiast szkoleniami objętych ma zostać 200 z nich, co stanowić ma 12%. Oszacowania te budzą wątpliwości, gdyż zgodnie z informacjami zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych „w 2015 roku w Polsce liczba pielęgniarek kardiologicznych wynosiła 1668, z czego w województwie świętokrzyskim zarejestrowanych było 32 pielęgniarek tej specjalizacji”. Założenia odnośnie liczby pielęgniarek kardiologicznych, które mają zostać objęte szkoleniami wymagają zatem zmiany, gdyż zgodnie z treścią projektu zaplanowano przeszkolenie ponad sześciokrotnie większej liczby niż występuje w województwie.

W ramach kryteriów kwalifikacji do szkoleń personelu medycznego oprócz lekarzy wspomnianych wcześniej specjalności, wymieniono również lekarzy POZ. Wskazano również, że w przypadku personelu pielęgniarskiego, do programu włączane mają być pielęgniarki pracujące na co dzień na oddziałach lub w poradniach kardiologicznych. Projekt wymaga uściślenia w zakresie warunków kwalifikacji do szkoleń osób z personelu pielęgniarskiego, gdyż powyższy zapis sugeruje, że specjalizacja nie będzie w ich przypadku warunkiem koniecznym, natomiast w treści projektu wielokrotnie wskazano „pielęgniarki kardiologiczne” jako osoby z grupy docelowej szkoleń.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie:

1. Szkoleń kadry medycznej (kardiologów/kardiochirurgów, pielęgniarek kardiologicznych, lekarzy POZ);
2. Działania prowadzone po wypisie pacjenta polegające na monitorowaniu jego stanu zdrowia oraz edukacja zdrowotna

Ad. 1

Szkolenia dla lekarzy kardiologów i kardiochirurgów dotyczyć mają zagadnień związanych z najnowszymi doniesieniami odnośnie farmakoterapii u pacjentów z chorobami układu krążenia oraz chorobami towarzyszącymi. Zgodnie z treścią projektu, szkolenia te prowadzone mają być przez lekarza kardiologa z minimum 10-letnim stażem. Ponadto, zaplanowano przeprowadzenie w tej grupie zajęć z ratownikiem medycznym w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej. Działanie to wydaje się być mało zasadne, gdyż lekarze kardiologowie/kardiochirurdzy z racji wykonywanego zawodu powinni posiadać wiedzę na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. W ramach szkoleń zaplanowano również zajęcia z psychologiem klinicznym z zakresu odpowiedniego podejścia do pacjenta kardiologicznego oraz jego rodziny.

Szkolenia dla pielęgniarek kardiologicznych dotyczyć mają natomiast podstawowych zagadnień z zakresu zdrowego odżywiania, prawidłowego określania BMI oraz pomiaru obwodu talii (zajęcia prowadzone przez mgr dietetyki), zagadnień z zakresu profilaktyki antynikotynowej oraz antyalkoholowej, a także odpowiedniej aktywności fizycznej (prowadzone przez specjalistę zdrowia publicznego). Ponadto, pielęgniarki w ramach szkoleń realizowanych w programie mają nabyć umiejętności analizowania podstawowych parametrów biochemicznych (m.in. cholesterolu, glukozy) oraz wstępnej analizy zapisu EKG (zajęcia prowadzone przez kardiologa z co najmniej 10 letnim stażem), a także zagadnień związanych z rozwojem psychospołecznym, w tym m.in. nauka radzenia sobie ze stresem i wsparcia psychologicznego pacjenta, które przeprowadzane mają być w formie warsztatów prowadzonych w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne (przez psychologa klinicznego). Zakres szkoleń dla pielęgniarek wydaje się być właściwy ze względu na fakt, iż mają one pełnić rolę edukatorów zdrowotnych przypisanych do poszczególnych uczestników programu.

Szkolenia lekarzy POZ podobnie jak szkolenia specjalistów, również dotyczyć mają odpowiedniego kontaktu z pacjentem. Ponadto, założono przeprowadzenie szkoleń z zakresu umiejętności analizowania podstawowych parametrów biochemicznych, co również budzi wątpliwości, gdyż wydaje się, że są to działania wykonywane przez lekarzy POZ w codziennej praktyce. W treści projektu wskazano również, że szkolenia będą miały na celu uwrażliwienie lekarzy POZ na choroby pacjentów oraz ewentualny kontakt z ich rodzinami. Mają również pomóc im w zdobyciu umiejętności wspierania pacjenta w chorobie, co odbywać się ma w ramach zajęć z psychologiem klinicznym w formie warsztatów.

Projekt wymaga uzupełnienia o czas trwania ww. szkoleń oraz liczebność grup nimi objętych.

Należy zaznaczyć, że w wytycznych/rekomendacjach z przedmiotowego zakresu zwraca się uwagę na konieczność udziału multidyscyplinarnego zespołu specjalistów. Zespół prowadzący rehabilitację kardiologiczną może składać się z: kardiologa, lekarza ogólnego, pielęgniarki, fizjoterapeuty, fizjologa, dietetyka, terapeuty zajęciowego .

Ad. 2

W projekcie wskazano, że równocześnie z edukacją, realizowana ma być wśród pacjentów rehabilitacja rekonwalescencyjna finansowana przez NFZ. Należy zaznaczyć, że długotrwałe wsparcie pacjentów w ramach rehabilitacji kardiologicznej znajduje swoje odzwierciedlenie w rekomendacjach/wytycznych. Zgodnie z „Optymalnym Modelem Rehabilitacji Kardiologicznej” PTK, po opuszczeniu ośrodka stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacja powinna być kontynuowana w formie ambulatoryjnych sesji szkoleniowych (PTK 2013). Zgodnie z treścią projektu działania te odbywać się mają w formie rozmów telefonicznych (raz w miesiącu) oraz spotkań z edukatorem (raz na dwa miesiące).

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

Tematyka spotkań została dokładnie opisana i nie budzi zastrzeżeń. Jest ona także zgodna z rekomendacjami/wytycznymi, w których wskazuje się, że kompleksowe programy rehabilitacji kardiologicznej powinny uwzględniać elementy edukacji zdrowotnej oraz zwalczania stresu, a obok powszechnych 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.

Należy jednak zwrócić uwagę, że o ile przeprowadzanie działań edukacyjnych z zakresu zdrowego stylu życia i stosowania się do zaleceń lekarskich przez przeszkolony personel pielęgniarski wydaje się być właściwe, to układanie odpowiedniej diety, dopasowywanie intensywności ćwiczeń fizycznych oraz walka z depresją powinny być przeprowadzane przez osoby posiadające odpowiednie wykształcenie w tym kierunku (psychologów, dietetyków i specjalistów ds. aktywności fizycznej).

Edukatorzy mają również utrzymywać kontakt z rodziną pacjentów i służyć poradą w zakresie choroby członka rodziny. Zgodnie z treścią projektu, edukator w czasie spotkania będzie również monitorował stan pacjenta w odniesieniu do poprzednich wizyt, m.in. w zakresie stosowania do zaleceń oraz wartości wskaźnika BMI i ciśnienia krwi, co wydaje się być działaniem właściwym i może mieć wpływ na motywację pacjenta. W projekcie podano także, że w razie potrzeby, spotkania z edukatorem mogą zostać połączone z wizytą u lekarza kardiologa, nie wskazano jednak jakie działania miałyby być podejmowane w ramach takich konsultacji. Ponadto, niejasna jest kwestia finansowania wspomnianych wizyt kardiologicznych, gdyż nie ujęto ich w budżecie programu.

W ramach opisu planowanych interwencji przedstawiono również opis wizyt kontrolnych pacjenta u lekarza POZ. Świadczenia wskazane w opisie wizyt u lekarza POZ, znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nie umieszczono ich również w budżecie programu, w związku z czym prawdopodobne jest, że będą one finansowane w ramach NFZ.

Ponadto w projekcie zaplanowano działania edukacyjne skierowane do ogółu mieszkańców województwa. Mają być one realizowane poprzez emisję spotów/ audycji radiowych i telewizyjnych, a także informacji na stronie internetowej programu. Projekt wymaga uzupełnienia o tematykę powyższych działań edukacyjnych.

Monitorowanie i ewaluacja

Ocena zgłaszalności do programu została przygotowana w sposób zbyt ogólny. Warto uzupełnić wskaźniki m.in. o liczbę pacjentów, którzy wzięli udział w programie lub liczbę pacjentów zakwalifikowanych do udziału w programie oraz przyczyny rezygnacji pacjentów z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania. Ocena jakości świadczeń jest oparta na ankietach satysfakcji wypełnianych przez uczestników. Wątpliwości budzi jedynie zawarte w ankiecie pytanie o poziom wiedzy nt. czynników ryzyka chorób układu krążenia i czynników chroniących przed ponownym wystąpieniem OZW w porównaniu ze stanem wiedzy sprzed uczestnictwa w działaniach edukacyjnych w ramach programu. Ocena poziomu wiedzy na podstawie subiektywnych odczuć pacjenta wydaje się być niemiarodajna.

W projekcie podano, że ocena efektywności programu przeprowadzona ma zostać na podstawie wskaźników wskazanych jako mierniki efektywności odpowiadające celom programu. Wartości ww. mierników mają być określane dwukrotnie przed wprowadzeniem działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, co również jest działaniem prawidłowym. Dodatkowo w ocenie efektywności można uwzględnić np.:

- regularne przyjmowanie przepisanych leków,
- kontynuację/utrzymanie zdrowego stylu życia – przestrzegania diety, aktywności fizycznej, rzucenia palenia, przestrzegania zaleceń lekarskich, regularnych wizyt u specjalisty, a także czasu utrzymania/utrwalenia tych zmian w codziennym życiu,
- poziom wydatków na leczenie kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych,
- hospitalizacje z powodu kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych,
- normalizację poziomu cholesterolu LDL,
- normalizację poziomu glikemii oraz HbA1,
- normalizację wagi,
- odsetek skutecznych kontaktów z pacjentem (telefonicznych i osobistych),
- podjęcie lub powrót tych osób do pracy zawodowej.

Należy mieć przy tym na uwadze, że proces ewaluacji jest procesem długofalowym, który powinien rozpocząć się po zakończeniu działań programowych.

Warunki realizacji

Wybór realizatora programu nastąpi w ramach konkursu ofert, co zgodne jest z wymaganiami ustawowymi. W treści projektu odniesiono się również do wymagań względem jednostek realizujących program.

W projekcie przedstawiono koszty całkowite, które oszacowano na 6 557 000 zł. Przedstawiono budżet w rozbiciu na poszczególne elementy programu (związane z promocją programu, ze szkoleniami oraz z funkcjonowaniem programu). Koszty te wydają się być przygotowane na zbyt dużym poziomie ogólności.

Niejasny jest sposób oszacowania kosztów dotyczących współpracy edukatorów z pacjentami, które wydają się stanowić jedyne koszty bezpośrednie w przedstawionym budżecie. Zgodnie z przeprowadzonymi obliczeniami własnymi Agencji koszt współpracy z edukatora z pacjentem wynieść ma 228 zł na pacjenta. Przeliczając tą kwotę na liczbę uczestników koszt współpracy edukatorów z pacjentami wynieść powinien zatem 5 130 000 zł, nie zaś jak wskazano w projekcie 5 198 400 zł. Kwestia ta jest niejasna i wymaga uściślenia. W treści projektu nie odniesiono się do kosztów przypadających na uczestnika programu, co uzasadnia się faktem, iż poszczególne etapy dotyczą różnych grup odbiorców, co zaburzałoby poprawne odzwierciedlenie kosztów jednostkowych.

W związku z powyższym i wątpliwościami związanymi z oszacowaniem populacji budżet powinien zostać ponownie zweryfikowany.

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 – AHA, 2012, 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 szansę 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 osób 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 kardiologicznych, 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 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.83.2017 „Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych” realizowany przez: Województwo Świętokrzyskie, Warszawa, maj 2017 oraz Aneksu „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych oraz dzieci i młodzieży – wspólne podstawy oceny” z sierpnia 2016. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 118/2017 z dnia 15 maja 2017 roku o projekcie programu „Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych”