



Opinia Prezesa

Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 17/2024 z dnia 27 lutego 2024 r.

o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Zadbaj o prawidłowy poziom cholesterolu w Twojej Rodzinie. Małopolski program profilaktyki hipercholesterolemii rodzinnej”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Zadbaj o prawidłowy poziom cholesterolu w Twojej Rodzinie. Małopolski program profilaktyki hipercholesterolemii rodzinnej”.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt dotyczy ważnego problemu, zdrowotnego jakim są choroby układu krążenia. Oceniany PPZ jest w szczególności poświęcony profilaktyce hipercholesterolemii rodzinnej, a zaplanowane interwencje obejmują działania edukacyjne, konsultacje specjalistyczne oraz diagnostykę, w tym badanie genetyczne metodą NGS (ang. next generation sequencing).

Istotne jest by opis projektu był spójny w poszczególnych rozdziałach i pozwalał na odtworzenie organizacji i procesów PPZ podczas jego realizacji.

Zwraca uwagę, że projekcie nie przedstawiono dokładnych oszacowań wielkości populacji docelowej, która determinuje koszty realizacji. Uwzględniając liczbę mieszkańców województwa małopolskiego oraz częstość występowania schorzenia, zakładana przez wnioskodawcę liczba uczestników programu (150 osób) wydaje się zaniżona.

Ponadto świadczenia obejmujące wskazane przez wnioskodawcę badania są w większości finansowane w ramach POZ (cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy). Dodatkowo, badanie NGS nie jest wskazywane w wytycznych jako badanie genetyczne pierwszego rzutu w rozpoznawaniu hipercholesterolemii rodzinnej (FH). Należy też zwrócić uwagę na znaczną różnicę kosztów pomiędzy NGS i standardowym sekwencjonowaniem DNA metodą Sanger, refundowanym przez NFZ. Zaplanowane interwencje udzielane w ramach programu nie powinny powielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W celu uniknięcia takiego ryzyka, planowane i podejmowane działania eliminujące ww. ryzyko powinny być należycie opisane w projekcie.

Z uwagi na szereg nieprawidłowości w projekcie PPZ, przedstawionych szczegółowo w dalszej części opinii, niemożliwe wydaje się zapewnienie realizacji programu adekwatnego do potrzeb zdrowotnych w regionie. Prócz wyżej wymienionych zastrzeżenia w szczególności dotyczą nieprawidłowo określonych: celu głównego, celów szczegółowych oraz mierników efektywności programu. Program nie zawiera też wszystkich niezbędnych elementów jego opisu, w tym np. zaplanowanej oceny jakości świadczeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki hipercholesterolemii rodzinnej zaplanowany przez województwo małopolskie na lata 2024-2025.

Całkowity koszt programu oszacowano na 575 700 zł.

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 2024 r., poz. 146.) 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

Oceniany projekt programu w części poświęconej problemowi zdrowotnemu odnosi się do opisu hipercholesterolemii rodzinnej (ang. familial hypercholesterolaemia, FH).

Projekt zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowany został opis problemu zdrowotnego.

W zakresie sytuacji epidemiologicznej korespondującej z przedmiotowym problemem zdrowotnym, odniesiono się do danych światowych, ogólnopolskich oraz regionalnych. W aktualnych Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 nie odniesiono się do epidemiologii problemu zdrowotnego jakim jest hipercholesterolemia rodzinna.

Odnosząc się do ogólnopolskiej sytuacji epidemiologicznej, w projekcie wskazano, że w Polsce analizowany problem zdrowotny dotyczy ok. 120 000–140 000 dorosłych osób, co daje wskaźnik chorobowości wynoszący 1:250 (0,4%) (zgodnie z wynikami programu KORDIAN).

Wskazano ponadto, że wg badań WOBASZ i WOBASZ II w populacji województwa małopolskiego między 20 a 74 r.ż. ok 2% mieszkańców ma poziom TC \geq 300 mg/dL (\geq 7,76 mmol/L) lub cholesterolu LDL \geq 230 mg/dl (\geq 6,00 mmol/L).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest diagnostyka genetyczna w kierunku rodzinnej hipercholesterolemii u pacjentów z poziomem TC \geq 300 mg/dL (\geq 7,76 mmol/L) i/lub cholesterolu LDL \geq 200 mg/dl (\geq 5,69 mmol/L) i/lub już zdiagnozowaną przedwczesną (<55 r.ż. mężczyźni, <60 r.ż. kobiety) chorobą wieńcową (zawał serca) lub chorobą tętnic mózgowych, lub obwodowych (udar mózgu) co prowadzić będzie do zoptymalizowania dotychczasowego leczenia i edukacji prozdrowotnej u nosicieli mutacji i ich rodzin pochodzących z Małopolski.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Zaproponowany cel główny składa się z kilku odrębnych założeń. Wszystkie z zaproponowanych założeń, tj. diagnostyka, zoptymalizowanie dotychczasowego leczenia oraz edukacja prozdrowotna zostały sformułowane nieprawidłowo, w postaci działania.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) jednoznaczne potwierdzenie genetycznego podłoża FH u pacjentów z „ostrą” hipercholesterolemią poprzez badania molekularne całego panelu genów najnowszą technologią (sekwencjonowania następnej generacji, NGS) dedykowaną do tego typu diagnostyki u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi (badania te nie są refundowane przez NFZ). Badania genetyczne to jedyny pewny test potwierdzający rozpoznanie w tym w przypadkach wątpliwych,

- 2) zwiększenie dostępności testowania genetycznego w celu przyspieszenia postawienia diagnozy już u młodych pacjentów poprzez przeprowadzenie diagnostyki kaskadowej wśród krewnych pierwszego stopnia,
- 3) wczesne wdrożenie odpowiedniej farmakoterapii, profilaktyki i badań okresowych, jeszcze przed wystąpieniem pierwszych objawów miażdżycy, szczególnie u bezobjawowych członków rodziny z potwierdzoną diagnozą FH,
- 4) ograniczenie ryzyka sercowo-naczyniowego, a w konsekwencji zmniejszenia chorobowości i śmiertelności wynikającej z chorób sercowo-naczyniowych poprzez współpracę pomiędzy lekarzem rodzinnym, diagnostą laboratoryjnym wykonującym badania genetyczne a kardiologami/genetykami,
- 5) edukację prozdrowotną, zwiększenie świadomości i wiedzy na temat FH u pacjentów, co będzie prowadzić do zoptymalizowania leczenia i aktywnej profilaktyki skutkując poprawą jakości życia,
- 6) wykrycie i poznanie nowych wariantów genów związanych z FH, co przyczyni się do poszerzenia wiedzy i zrozumienia podłoża choroby.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Zaproponowane cele szczegółowe zostały sformułowane nieprawidłowo, są zbyt ogólnikowe i nie wskazano dla nich wartości docelowych. Ponadto, cel w postaci „zwiększenia świadomości” jest niemierzalny.

Biorąc pod uwagę powyższe, opis celu głównego i celów szczegółowych wymaga odpowiedniej korekty i uzupełnienia.

Prawidłowo sformułowanym celem mogłoby być np. „podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w hipercholesterolemii, wśród% uczestników programu”.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) 7,2% populacji województwa małopolskiego spełnia kryterium podwyższonego poziomu $TC \geq 300$ mg/dL ($\geq 7,76$ mmol/L) i/lub cholesterolu LDL ≥ 200 mg/dl ($\geq 5,69$ mmol/L) co stanowi 664 osoby; z powyższych do badania planujemy włączyć 150 probantów co stanowi 22,6% tej populacji,
- 2) osoby z potwierdzoną genetycznie diagnozą FH będą objęte opieką poradni genetycznej.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określone według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Żaden z zaproponowanych wskaźników nie spełnia definicji miernika efektywności. Przykładowym, prawidłowo sformułowanym miernikiem może być np. „odsetek osób, u których w post-testie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test”.

Biorąc pod uwagę powyższe, mierniki efektywności wymagają zmiany.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby powyżej 20 roku życia z podwyższonym poziomem TC \geq 300 mg/dL (\geq 7,76 mmol/L) i/lub cholesterolu LDL \geq 200 mg/dl (\geq 5,69 mmol/L) i/lub już zdiagnozowaną przedwczesną (<55 r.ż. mężczyźni, <60 r.ż. kobiety) chorobą wieńcową (zawał serca) lub chorobą tętnic mózgowych, lub obwodowych (udar mózgu) z terenu województwa małopolskiego.

W projekcie nie przedstawiono szczegółowych oszacowań populacji docelowej. Wskazano jedynie, że spośród populacji docelowej spełniającej kryteria (ok. 600 osób), do programu zostanie włączonych 150 osób (ok. 22%).

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia z programu. Natomiast nie odniesiono się szczegółowo do kryteriów włączenia/wyłączenia populacji, którą stanowić będą krewni osób ze zdiagnozowaną FH.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują:

- badania diagnostyczne
 - stężenia cholesterolu całkowitego, frakcji LDL cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu oraz trójglicerydów w surowicy,
 - badanie genetyczne metodą NGS u probantów (pierwsza osoba w rodzinie zdiagnozowana genetycznie),
 - badanie genetyczne metodą Sangera krewnych pacjenta (probanta) pierwszego stopnia z HF;
- konsultacje specjalistyczne (genetyczna/kardiologiczna i dietetyczna);
- wydanie materiałów dydaktycznych dotyczących FH dla probantów i ich rodzin.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu obejmuje prowadzenie i analizę listy uczestnictwa w programie. W projekcie wskazano, że późniejsza analiza dokumentacji obejmie określenie: odsetka osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu z powodu przeciwwskazań, odsetka osób, które przeszły do etapu podstawowego czyli badania genetycznego metodą NGS, odsetka osób, które mają potwierdzoną diagnozę genetycznie uwarunkowanej FH, odsetka osób, które zostały skierowane do badań genetycznych jako członkowie rodzin probantów, odsetka osób, które zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie trwania programu z uwzględnieniem przyczyny rezygnacji.

W programie nie odniesiono się do oceny jakości świadczeń. Nie zaplanowano przeprowadzenia ankiety satysfakcji oraz nie wskazano możliwości zgłaszania uwag.

Należy podkreślić, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Niemniej zaplanowane w projekcie mierniki efektywności zostały sformułowane nieprawidłowo, zatem przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się niemożliwe.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Program zawiera również szczegółowy opis etapów i działań. Pierwszym etapem będzie rekrutacja uczestników i akcja promocyjno-informacyjna. Po zakwalifikowaniu uczestników przez lekarza specjalistę na podstawie wywiadu wstępnego, zostaną wykonane badania biochemiczne i genetyczne. Następnym etapem będzie panel konsultacji i badań dodatkowych u krewnych probanta, w przypadku uzyskania u niego nieprawidłowego wyniku (obecności mutacji w jednym z badanych genów). Jako ostatni etap zaplanowano konsultacje lekarskie i wręczenie materiałów dydaktycznych. Na zakończenie zaplanowano monitorowanie i ewaluację.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Całkowity budżet oszacowano na 575 700 zł. W ramach kosztów jednostkowych uwzględniono koszty konsultacji, badań i promocji programu. W kalkulacjach nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji.

Zaplanowano, że działania o charakterze informacyjno-promocyjnym będą realizowane za pośrednictwem Internetu (strony www, portale społecznościowe), plakatów oraz tablic ogłoszeń w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, zakładach medycyny pracy, urzędach, placówkach edukacyjnych.

Program ma być finansowany ze środków budżetu województwa małopolskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Hipercholesterolemia rodzinna (FH, ang. familial hypercholesterolaemia) jest to monogenowa, dziedziczona w sposób autosomalny dominujący dyslipidemia, która w wyniku trwającego na przestrzeni życia podwyższonego stężenia LDL-C (cholesterol frakcji lipoprotein o małej gęstości, ang. low-density lipoprotein cholesterol) w surowicy, prowadzi do przedwczesnych powikłań miażdżycowych.

Genetyczne przyczyny FH obejmują jednogenowe mutacje utraty funkcji w genach receptora LDL (LDLR) lub apolipoproteiny B (ApoB), lub wzmocnienia funkcji w genie PCSK9 (ang. proprotein convertase subtilisin/kexin type 9). Zdecydowanie częściej występują mutacje LDLR (opisano ponad 1 700 różnych mutacji tego typu), a mutacje wzmocnienia funkcji w zakresie genu PCSK9 stanowią przyczynę zaledwie kilku procent wszystkich przypadków FH.

Według badania WOBASZ, w Polsce hipercholesterolemię stwierdzono u 67% mężczyzn i 64% kobiet, a ciężką hipercholesterolemię odpowiednio u 2% i 3% z nich. Stężenie LDL-C \geq 3,0 mmol/l występuje u 57,8% dorosłych Polaków, w tym u 58,3% mężczyzn i 57,3% kobiet.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), pacjent ma dostęp świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia, kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.) badania genetyczne metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne), dobrane w zależności od wielkości i rodzaju są dostępne dla pacjentów z chorobami metabolicznymi uwarunkowanymi genetycznie mutacjami.

Podsumowanie rekomendacji klinicznych:

- W celu klinicznego rozpoznania hipercholesterolemii rodzinnej należy kierować się kryteriami Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) (PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, IAS 2023, RACGP 2023, KSLA 2022, ESC/EAPC 2021, FHANCWG 2021, ESC/EAS 2019, NICE 2019, IFHF 2015).
- Do rozpoznania FH wśród krewnych nie należy stosować kryteriów DLCN (IAS 2023, FHANCWG 2021, IFHF 2015).
- Zaleca się przeprowadzanie genetycznej diagnostyki kaskadowej wśród krewnych pierwszego stopnia (PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT 2021, IAS 2023, RACGP 2023, ACC 2018, CCS 2018, CSANZ 2016, IFHF 2015).
- Zaleca się badania przesiewowe w kierunku HoFH w przypadku podejrzenia klinicznego i/lub przedwczesnego ASCVD (EAS 2023, IAS 2023, ESC/EAPC 2021, FHANCWG 2021, ESC/EAS 2019, ACC 2018, CSANZ 2016, IFHF 2015).
- Podstawą do przeprowadzenia badań genetycznych w kierunku FH, jest podejrzenie FH na podstawie stwierdzenia charakterystycznych cech fenotypowych u pacjenta (JCCG 2023, KSLA 2022, FHANCWG 2021, NICE 2019, CCS 2018, IFHF 2015).
- Nie można wykluczyć występowania FH, nawet jeśli w testach genetycznych nie stwierdzono wariantów chorobotwórczych (JCCG 2023, KSLA 2022, FHANCWG 2021, IFHF 2015).
- Narzędzia do oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych skierowane do populacji ogólnej, nie powinny być stosowane u pacjentów z FH (ESC/EAPC 2021, FHANCWG 2021, NICE 2019, CCS 2018, IFHF 2015).
- Należy zaoferować osobom dorosłym z FH, poradnictwo obejmującą modyfikację stylu życia (w zakresie diety, regularnej aktywności fizycznej, ograniczenie spożycia alkoholu), interwencje psychologiczne oraz poradnictwo dotyczące modyfikowalnych czynników ryzyka (np. palenie tytoniu, nadciśnienie, otyłość, cukrzyca) (FHANCWG 2021, NICE 2019, CCS 2018, CSANZ 2016, IFHF 2015).
- Badania DNA w kierunku FH są kosztowo-efektywne (FHANCWG 2021, CSANZ 2016, IFHF 2015).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

Skuteczność kliniczna diagnostyki i przesiewu w kierunku FH

- Metaanaliza 21 badań wykazała, że w ramach badań kaskadowych (niezależnie od tego, w jaki sposób skontaktowano się z krewnymi) wykryto 47% nowych przypadków FH wśród przebadanych krewnych – 0,47 [95%CI: (0,42; 0,52)] (Qureshi 2023).
- Brak jest dostatecznej warstwy dowodowej, aby jednoznacznie określić skuteczną formę systematycznego identyfikowania potencjalnych pacjentów z FH w POZ. Identyfikacja pacjentów na podstawie przeszukiwania elektronicznej dokumentacji medycznej pod kątem nieprawidłowych wyników lipidogramu może odegrać kluczową rolę, jednakże konieczne są dalsze badania w tym zakresie (Silva 2021).
- W kontekście wskaźnika NCIC (określającego liczbę nowych przypadków FH przypadającą na liczbę przypadków indeksowych), jego wartość była zwykle wyższa w przypadku:
 - kontaktu bezpośredniego w porównaniu do kontaktu pośredniego – 2,06 vs 0,86;
 - wykonywania badań wśród krewnych II i III stopnia w porównaniu do badań wyłącznie wykonywanych u krewnych I stopnia – 3,65 vs 0,80;
 - pobierania próbek do badania w warunkach domowych w porównaniu do pobierania tych próbek w ośrodku – 4,11 vs 1,06;
 - testów genetycznych w porównaniu do badań biochemicznych – 2,47 vs 0,42 (Lee 2019).

- Wydajność diagnostyczna, mierzona jako odsetek wykrytych przypadków FH w stosunku do wszystkich przebadanych osób w kierunku FH, była zwykle wyższa w przypadku:
 - kontaktu bezpośredniego w porównaniu do kontaktu pośredniego – 46,38% vs 43,17%;
 - wykonywania badań wyłącznie wśród krewnych I stopnia w porównaniu do badań wykonywanych u krewnych II i III stopnia – 54,5% vs 39,8%;
 - pobierania próbek do badania w ośrodku w porównaniu do pobierania tych próbek w warunkach domowych ośrodka – 47,45 vs 33,5.
- Wartości dla wydajności diagnostycznej były zbliżone w przypadku badań genetycznych w porównaniu do badań biochemicznych, odpowiednio 44,5% i 45,2% (Lee 2019).

Skuteczność kliniczna interwencji dietetycznych u osób z FH (postępowanie w chorobie)

- W ramach metaanalizy 3 RCT wykazano, że stosowanie suplementacji kwasów tłuszczowych omega-3 w porównaniu z placebo, wpływa istotnie statystycznie na obniżenie poziomu trójglicerydów u osób z FH – MD=-0,27 mmol/L [95% CI: (-0,47; -0,07)]; p<0,01 (Baraks 2020).
- Zgodnie z wynikami metaanalizy 2 RCT, zwiększenie spożycia stanoli roślinnych u osób z FH, w porównaniu z placebo, wpływa na istotną statystycznie redukcję ich poziomu – TC (MD=-0,62 mmol/L [95%CI: (-1,13; -0,11)]; p=0,02) oraz LDL-C (MD=-0,58 mmol/L [95%CI: (-1,08; -0,09)]; p=0,02) (Baraks 2020).
- Na podstawie metaanalizy 3 RCT wykazano, że zwiększenie spożycia steroli roślinnych w porównaniu z placebo wpływa na istotną statystycznie redukcję poziomu TC (MD=-0,46 mmol/L [95%CI: (-0,76; -0,17)]; p<0,01; 4 RCT) oraz LDL-C (MD=-0,45 mmol/L [95%CI: (-0,74; -0,16)]; p<0,01) u osób z FH (Baraks 2020).
- Wyniki jednego z RCT wskazują, że realizacja konsultacji dietetycznych obejmujących zalecenia w zakresie stosowania diety niskotłuszczowej (porady udzielane przez dietetyka przez okres 8 tygodni co 15-30 dni), w porównaniu z zaleceniami stosowania diety wysokotłuszczowej, skutkowało istotną statystycznie redukcją stężenia LDL-C (-6,4%; p<0,05) oraz TC (-6,3%; p<0,01) u osób dorosłych z FH leczonych simwastatyną (Roy 2021).

Skuteczność kliniczna działań edukacyjnych (postępowanie w chorobie)

- Interwencje edukacyjne poprawiają krótkoterminowe przestrzeganie leczenia u pacjentów z FH. Skuteczne interwencje to te, które angażują całą rodzinę, wyznaczają praktyczne zadania polegające na rozwiązywaniu problemów i wykorzystują techniki zwiększające poczucie własnej skuteczności pacjenta. Wszystko to powinno być poparte jednoczesnym dostarczaniem pisemnych informacji dostosowanych do wieku. Ponadto w publikacjach, w których miarą przestrzegania zaleceń był profil lipidowy oraz ocena diety, zastosowane materiały edukacyjne wykazały pozytywny wpływ na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów (Massey 2023).

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

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.101.2023 o programie polityki zdrowotnej pn. „Zdrowa mama – zdrowe dziecko” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 32/2024 z dnia 26 lutego roku o projekcie programu „Zadbaj o prawidłowy poziom cholesterolu w Twojej Rodzinie. Małopolski program profilaktyki hipercholesterolemii rodzinnej”