



Opinia

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

nr 109/2014 z dnia 16 czerwca 2014 r.

o projekcie programu „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców miasta Krosna”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu zdrowotnego „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców miasta Krosna”, pod warunkiem uwzględnienia uwag.

Uzasadnienie

Program odnosi się do istotnego problemu zdrowotnego i zakłada przeprowadzenia akcji edukacyjno-informacyjnych o profilaktyce chorób układu krążenia oraz wykonanie badań biochemicznych krwi, pomiar ciśnienia tętniczego, ocena BMI, ocenę ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia przez lekarza internistę, zalecenia i edukację pacjenta zachęcającą do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu. Jego zakres jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia. Należy jednak odnotować, iż populacja objęta profilaktycznym programem zdrowotnym stanowić będzie tylko niewielką część populacji docelowej gminy (ok. 600 osób na 31 000 mieszkańców powyżej 30 r.ż.). Projekt zawiera koszty całkowite oraz koszty jednostkowe badań. Wśród innych ważnych elementów, które zostały pominięte należy jednak wymienić: brak celu głównego, brak określonych kompetencji i warunków niezbędnych do realizacji programu; brak elementów działań ewaluacyjnych m.in. oceny jakości programu. W tym zakresie program wymaga uzupełnienia.

Program nie może powielać świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki chorób układu krążenia skierowany do 31 996 mieszkańców Miasta Krosno w wieku 30 i więcej lat. Realizacja programu obejmuje: promowanie nawyku badań profilaktycznych pod kątem czynników ryzyka chorób układu krążenia, zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, promocji zdrowego stylu życia, realizację badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu krążenia dla osób w wieku 30 lat i więcej, które nie korzystały z w/w badań finansowanych przez Gminę Krosno w 2013 r., z wyłączeniem osób badanych w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia (dla których w/w program finansuje NFZ) oraz osób, u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia, wywiad zgodnie z Kartą Badania Profilaktycznego, wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie cholesterolu całkowitego, LDL – cholesterolu, HDL – cholesterolu, trój glicerydów i poziomu cukru), pomiar ciśnienia tętniczego, ocena BMI, ocenę ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia przez lekarza internistę, zalecenia i edukacja pacjenta zachęcająca do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu. Działania projektu realizowane będą od 10 czerwca do 30 listopada 2014 r. z możliwością kontynuacji w latach następnych. Usługi związane z programem udzielane będą do wyczerpania limitu świadczeń. Planowane koszty



całkowite programu wynosić będą 40 000 zł, natomiast koszty jednostkowe przeznaczone na jednego pacjenta to 68 zł.

Problem zdrowotny

Choroby układu sercowo naczyniowego obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadząc do inwalidztwa.

Realizacja przez jst badań przesiewowych w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego, a także promocja zdrowego stylu życia oraz edukacja zdrowotna pacjentów wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia.

Alternatywne świadczenia

Narodowy Fundusz Zdrowia gwarantuje badania profilaktyczne w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego dla osób będących w 35, 40, 45, 50, 55 roku życia. W związku z powyższym program zdrowotny Gminy Krosno, który obejmuje populację w wieku 30 lat i więcej, ale z wykluczeniem osób, które kwalifikują się do programu NFZ, nie powieli Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, jest zaś uzupełnieniem świadczeń dla pozostałej populacji, nie spełniającej kryteriów programu NFZ.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Poznano wiele czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Realizacja przez jst badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo naczyniowych (oraz cukrzyca) , jak również promocja zdrowego stylu życia i edukacja pacjentów, wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowotnego na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia (tj. m.in. poprawa sposobu żywienia ludności, zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności), jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia, czy powikłaniami cukrzyca.

Działania skierowane na wczesne wykrycie oraz leczenie chorób układu krążenia oraz jej czynników ryzyka oraz zapobieganie jej wystąpieniu wpisują się w priorytet zdrowotny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących interwencje w kierunku wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych:

- Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.
- Podstawowe działania profilaktyczne podkreślane zgodnie we wszystkich wytycznych obejmują modyfikację stylu życia; podejmowanie aktywności fizycznej 4–5 razy w tygodniu przez 30 min; utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 120/80 mmHg; ograniczenie spożycia soli; zaprzestanie palenia tytoniu; zapobieganie i leczenie dyslipidemii, utrzymanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 100 mg/dl oraz HDL powyżej 35 mg/dl; zapobieganie i leczenie hiperhomocysteinemii (wartość prawidłowa 9–10 $\mu\text{mol/l}$). Niektóre z wytycznych zalecają niewielkie ilości alkoholu (ok. 20 g) w postaci czerwonego wina zawierającego polifenole hamujące aterosclerogenezę;
- Odnalezione wytyczne raczej zgodnie rekomendują, by w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia. Wytyczne różnią się w kwestii zalecanych narzędzi oceny globalnego ryzyka ChSN. Najczęściej wskazywany jest wskaźnik ryzyka Framingham, gdyż jest najbardziej przebadany.
- Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, niektóre wytyczne (np. AHA) zalecają by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia, inne (SIGN, NHMRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN czy bez czynników ryzyka ChSN lub niezależnie od wieku, w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii.
- Według wytycznych następujące osoby uznawane są za osoby z wysokim ryzykiem (10-letnie ryzyko ChSN $\geq 20\%$ na podstawie samej historii medycznej) i nie wymagają globalnej oceny ryzyka ChSN: osoby z chorobą sercowo-naczyniową w wywiadzie, osoby z rodzinną hipercholesterolemią oraz osoby z cukrzycą w wieku ≥ 40 lat.
- Ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo naczyniowych – osoby z cukrzycą, palące, czy te z otyłością, powinna być prowadzona częściej.
- W przypadku osób z niskim ryzykiem ChSN (<10% 10-letnim ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej), dalsze badania w kierunku choroby wieńcowej nie są zalecane rutynowo.
- Niektóre wytyczne zaznaczają, że dostępne dowody są niewystarczające, aby wydać rekomendację za lub przeciw rutynowemu badaniu przesiewowemu w kierunku choroby wieńcowej w przypadku bezobjawowych osób z umiarkowanym (10-25% 10-letnim ryzykiem ChW) lub wysokim (>20% ryzykiem ChW) ryzykiem choroby wieńcowej.
- Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodności w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku, jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej wśród bezobjawowych osób. Według niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego

w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.

- Wg niektórych wytycznych oznaczenie stężenia fibrynogenu nie jest zalecane, jako badanie przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych.
- Ocena globalnego ryzyka ChSN zalecana jest w przypadku chorych na cukrzycę. Ocena ryzyka ChSN wśród osób z cukrzycą powinna uwzględniać wywiad medyczny, badanie przedmiotowe, pomiar ciśnienia krwi, oznaczenie stężenia lipidów w osoczu krwi żyłnej na czczo, badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii lub proteinurii oraz spoczynkowe EKG.
- Badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii może być uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą. (klasa rekomendacji IIa, poziom dowodu: B) oraz w bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy (klasa rekomendacji IIb, poziom dowodu: B).
- Podejmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi.
- W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych, jak cukrzyca typu 2 jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skryningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych.
- Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.
- Skuteczność badań przesiewowych zależy także od warunków, w jakich się je wykonuje. Rekomendowane jest, by badania przesiewowe realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej. Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.
- Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (*the worried well* — zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.
- Integralny element działań programów powinna stanowić formalna ocena skryningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących edukację związaną z zagrożeniem chorób sercowo-naczyniowych

- Przy braku możliwości właściwego zaplanowania programu, zasadne byłoby rozważenie zastąpienia go działaniami wspomagającymi realizację przez lekarzy POZ skryningu okazjonalnego w grupie wysokiego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, przy jednoczesnym nasileniu działań zachęcających i umożliwiających modyfikację stylu życia.
- Zwykłe rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia wysokiej zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu życia.

- Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2 powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.
- Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (skryning, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).
- Należy zwrócić uwagę samorządów na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcenie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale też wpływać na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.
- Mając na uwadze narastające problemy zdrowotne wśród coraz młodszej populacji, zasadne wydaje się rozważenie przez samorzady i władze szkolne oraz inne organizacje zajmujące się dziećmi i młodzieżą skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodego pokolenia.

Należy pamiętać, że niezależnie czy będzie realizowany program badań przesiewowych, czy skryning okazjonalny, skuteczność zaleconych działań profilaktycznych będzie zależała ostatecznie od zaangażowania pacjenta w stosowanie się do zaleceń oraz zaangażowania lekarza POZ w monitorowanie postępów w realizacji wszelkich przekazanych zaleceń oraz mobilizowanie pacjentów do stosowania się do nich.

Zalecenia ogólne dla programów na podstawie opinii ekspertów klinicznych:

- Programy przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji ogólnej w średnim wieku, w której najczęściej mają swój początek choroby cywilizacyjne; np. objęcie interwencją mężczyzn w przedziale wiekowym 40-55 lat, a kobiet 50-65 lat.
- Proponowane w programy powinny być prowadzone w oparciu o powszechnie przyjęte zalecenia.
- Konieczne wydaje się wdrożenia badań kontrolnych.
- W celu uzyskania maksymalną efektywność powinno się zwiększyć nacisk na interwencje: spotkania edukacyjne dotyczące zmiany stylu życia, w tym wysiłku fizycznego, diety oraz nałogu palenia oraz uwzględnienie badań kontrolnych osób poddanych minimalnej interwencji antynikotynowej.
- Eksperci zwracają uwagę na istotność objęcia działaniami edukacyjnymi również młodzieży szkolnej z rodzinami, jak również całych rodzin osób ze środowiskowymi czynnikami ryzyka.
- Przy programach, których grupa docelowa obejmuje pacjentów bez rozpoznanej jak i z rozpoznaną chorobą niedokrwioną serca, jeden z ekspertów, podkreślił, że projekt powinien dotyczyć profilaktyki pierwotnej ponieważ w przypadku wdrożenia interwencji profilaktycznych u osób z grupy wysokiego ryzyka korzyści mogą być znaczne, mniejsze korzyści odniosą pacjenci już z rozpoznaną chorobą serca i naczyń.
- Nie ma zasadności oznaczenie fibrynogenu, czy wykonania badania EKG w populacji osób bez objawowych w ramach oceny ryzyka chorób sercowo naczyniowych.
- Wartościowe są programy skierowane do młodzieży, mające na celu kształtowanie postaw i propagowanie zdrowego stylu życia – może to zaowocować przeniesieniem zdrowych nawyków do rodzin dzieci objętych programami, oraz zmniejszeniem nasilenia środowiskowych czynników ryzyka w przyszłości.

- W odniesieniu do realizatorów programów niektórzy z ekspertów sugerują zaplanowania szkoleń personelu medycznego mających prowadzić akcje profilaktyczne i edukacyjne w zakresie obowiązujących standardów badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia. Przeprowadzone programy interwencyjne przez przeszkolone grupy złożone, np. z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty mogą odnieść lepszy skutek. Jednak koszty takich interwencji są znacznie wyższe.
- Programu profilaktyczne wymagają też dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań, jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.
- Uwzględnienie w programach monitorowania nasilenia wykrytych czynników ryzyka w badaniach przesiewowych (wartości ciśnienia, poziomu cholesterolu, glikemii) w kolejnych latach w tej samej grupie pozwoliłoby na ocenę skuteczności działań edukacyjnych w dłuższej perspektywie czasu, np. po okresie 2-3 lat.
- W opinii ekspertów, w ramach oceny efektów programu powinno się oceniać stopień wykrywalności nadciśnienia tętniczego, oraz stopień kontroli wykrytych w ramach badań przesiewowych patologii (poziom ciśnienia tętniczego w populacji chorych z nadciśnieniem, średni odsetek HbA1c w populacji osób z cukrzycą, zmniejszenie występowania powikłań nadciśnienia tętniczego jak udar mózgu, czy cukrzycy – leczenia nerkozastępczego, amputacji).
- Celem programu powinna być właściwa kontrola czynników ryzyka oraz ewentualnego wdrożenia leczenia u pacjentów z nierozpoznaną dotychczas chorobą.
- Cele, jak np. zmniejszenie zachorowalności, liczby powikłań, czy umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszenie kosztów leczenia ChSN i ich powikłań, są możliwe do zrealizowania jedynie przy wdrożeniu długoterminowych programów obserwacyjnych. Obserwacja długoterminowa z oceną wymienionych wskaźników byłaby odpowiednim sposobem monitorowania skutków program, np. ocena spadku śmiertelności i zachorowalności na choroby układu krążenia oraz cukrzycę po 5 latach
- Konieczne wydaje się uzupełnienie programów profilaktycznych i przesiewowych możliwością szybkiej dalszej diagnostyki i leczenia osób, u których rozpoznano patologię.
- Zapewnienie maksymalnej liczby kanałów informujących o prowadzeniu akcji profilaktycznych (prasa lokalna, radio, telewizja regionalna, plakaty, ulotki, strony internetowe, informacje w zakładach pracy, szkołach), imienne zaproszenia dla osób z grup docelowych.
- W przypadku badań przesiewowych konieczna jest koordynacja z innymi świadczeniami w tym zakresie finansowanymi i ze środków publicznych.

Wnioski z oceny projektu programu Miasta Krosno:

Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015–cel strategiczny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udaru mózgu.

Projekt programu chociaż nie jest zgodny ze Schematem Programu Zdrowotnego AOTM to zawiera podstawowe informacje dotyczące sposobu realizacji, planowanych interwencji, populacji, celów oraz monitorowania. Wśród ważnych elementów, które zostały pominięte należy jednak wymienić: brak celu głównego, brak określonych kompetencji i warunków niezbędnych do realizacji programu; brak elementów działań ewaluacyjnych m.in. oceny jakości programu.

Beneficjentami programu będą mieszkańcy miasta Krosno w wieku 30 lat i więcej. Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka

sercowo-naczyniowego. Niektóre wytyczne (np. AHA) zalecają, by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia, inne (SIGN, NHMRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN, czy bez czynników ryzyka ChSN lub niezależnie od wieku w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii. Dodatkowo Autorzy Projektu podkreślają, iż „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców miasta Krosno” przeznaczony jest dla osób, które nie brały udziału w w/w programie w roku 2013, nie są w wieku 35, 40, 45, 50 oraz 55 lat (Narodowy Program Zdrowia finansowany przez NFZ), a jednocześnie dla osób, u których nie zdiagnozowano jak dotąd choroby układu krążenia. Kryteria te pozwolą ograniczyć uczestnictwo w programie osób z tzw. grupy niskiego ryzyka *the worried well* – zdrowi nadmiernie troszczący się o swoje zdrowie, jak i zapobiec powielaniu świadczeń gwarantowanych przez Program Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wg danych GUS w roku 2013 gmina Krosno zamieszkiwana była przez 47 223 osoby. Liczebność mieszkańców w wieku 30 i więcej lat wynosi 31 701 osób (dane dostępne w 10 letnich przedziałach wiekowych). Wnioskodawca nie podał liczby mieszkańców gminy, odnosi się jednak do populacji, do której kierowany jest program, tj. ok. 31 996 osób. Można wnioskować, iż dane te dotyczą osób w wieku 30 i więcej lat. Nie wiadomo jednak, czy liczba ta uwzględnia osoby wykluczone z programu, tzn. osoby, które brały udział w w/w programie w roku 2013, osoby, które są w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat oraz takie, u których wcześniej zdiagnozowano choroby układu krążenia.

Kryteria i sposób kwalifikacji beneficjentów podkreślają, iż pacjenci zgłaszają się do programu, aż do wyczerpania limitu świadczeń. Wobec powyższego dostępność programu będzie ograniczona, a o uczestnictwie decydować będzie kolejność zgłoszeń. Nie podano informacji czy osoby te muszą być zameldowane na pobyt stały na terenie miasta Krosno.

Program opiera się także na edukacji, która jest podstawą wszelkich interwencji medycznych. Projekt programu przewiduje zwiększenie poziomu wiedzy mieszkańców na temat przyczyn powstawania oraz możliwości zapobiegania chorobom układu krążenia. Działania edukacyjne obejmować będą promocję zdrowego stylu życia: prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczną, niepalenie papierosów, unikanie stresu. Nie wiadomo, kto będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie edukacji oraz ile czasu przeznaczony zostanie na omawiane działania edukacyjne.

W ramach działań informacyjnych wykonawca programu wykorzysta następujące środki masowego przekazu: „media, Internet, tablice ogłoszeń”. Wnioskodawca nie odniósł się do wyboru miejsc ogłoszeń. Warto podkreślić, że w tym przypadku miejsca przekazywania wiadomości o programie, powinny mieć większy zasięg. Dlatego też, warto pomyśleć nad rozszerzeniem kampanii informacyjnej poprzez dodatkowe ulotki, plakaty oraz ogłoszenia np. w kościołach, placówkach służby zdrowia, czy aptekach. Działania te, mimo limitu proponowanych badań profilaktycznych, mogą korzystnie wpłynąć na dostępność świadczeń przewidzianych w programie.

Realizatorzy Programu zostaną wyłonieni w drodze konkursu ofert. Brak informacji odnośnie, czy będą to placówki, które mają podpisaną umowę z NFZ i wykonują działalność leczniczą określoną w art. 4 ust. 1 oraz w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U z 2013 r. poz. 217) (a co z tym związane posiadają miejsca do udzielania świadczeń na terenie miasta Krosno).

Elementy przedmiotowego programu zdrowotnego zgodne z opiniami eksperckimi oraz wnioskami z dowodów naukowych:

- program przedstawia interwencję w zakresie profilaktyki pierwotnej;
- program opiera się na edukacji, która jest podstawą wszelkich interwencji medycznych;

- projekt programu przewiduje przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej;
- programy wczesnego wykrywania i profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie u ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi;
- wnioskodawca podkreśla, iż istnieje możliwość kontynuacji programu w latach kolejnych.
- wytyczne raczej zgodnie rekomendują, by w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi, status palenia.

Elementy przedmiotowego programu zdrowotnego niezgodne z opiniami eksperckimi oraz wnioskami z dowodów naukowych:

- program będzie realizowany w terminie od 10 czerwca do 11 listopada 2014 r. (rekomendowane jest prowadzenie działań wieloletnich);
- wnioskodawca nie wskazał w jaki sposób zamierza zwiększyć poziom wiedzy mieszkańców na temat profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, nie jest również jasne kto będzie edukatorem wśród pacjentów;
- nie wskazano mierników, które pozwoliłyby ocenić, jak zmienił się alfabetyzm zdrowotny wśród uczestników programu;
- nie określono miejsca realizacji programu (rekomendowane jest, aby przeprowadzać programy w jednostkach służby zdrowia (Programy zakładające przeprowadzenie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem nieprawidłowym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testu.

Projekt nie zawiera informacji odnoszących się do bezpieczeństwa.

Projekt nie zawiera informacji odnoszących się do stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych w zakresie działań wykorzystywanych w programie.

Autorzy przedstawili planowane koszty całkowite programu, które wynosić będą 40 000 zł natomiast koszty jednostkowe to 68 zł.

Wnioskodawca nie podaje dokładnej liczby osób, którą planuje objąć programem. Podkreśla jednak, że program skierowany jest do 31 996 mieszkańców miasta Krosno oraz, że w programie mogą wziąć udział wszystkie osoby spełniające kryterium kwalifikacji włączenia. Świadczenia udzielane będą do wyczerpania limitu świadczeń „na równych zasadach dostępu”.

Wobec powyższych informacji przeznaczona kwota 40 000 zł zapewni uczestnictwo dla ok. 588 osób. Dlatego też stwierdzenie Autorów Programu o „równych zasadach dostępu do świadczeń” zdaje się być nieuzasadnione ze względu na obostrzenia finansowe. Zatem wnioskować można, iż o dostępie do Programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.

Odnosząc projekt opiniowanego programu do ogólnych kryteriów dobrze zaprojektowanego programu zdrowotnego (sformułowanych przez *American Public Health Association*) można stwierdzić, że:

- I. Program odnosi się do problemu zdrowotnego istotnego w skali całego kraju, jakim są choroby sercowo-naczyniowe
- II. Dostępność działań Programu dla beneficjentów – badania profilaktyczne udzielane będą do wyczerpania limitu świadczeń (ok. 588 osób), o uczestnictwie w Programie decydować będzie zatem kolejność zgłoszeń beneficjentów. Projekt zakłada przeprowadzenia akcji edukacyjno-informacyjnych.

- III. Skuteczność działań w programie brak jest informacji na temat skuteczności i bezpieczeństwa planowych działań. Zaplanowane interwencje są jednak zalecane przez wytyczne i międzynarodowe gremia naukowe. Wytyczne nie są zgodne m.in. w kwestiach określenia wieku dla osób rozpoczynających badania profilaktyczne z tego właśnie zakresu. Programy wczesnego wykrywania i profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie u ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi.
- IV. Projekt zawiera koszty całkowite Programu wynoszące 40 000 zł oraz koszty jednostkowe badań równe 68 zł. Program w całości finansowany jest ze środków Urzędu Miasta Krosno.
- V. Monitorowanie i ewaluacja programu- W zakresie monitorowania przedstawiono mierniki efektywności, które nie odpowiadają wszystkim celom programu. Projekt zakłada ocenę zgłaszalności, efektywności świadczeń. W programie brak jest mierników, które precyzowałyby sposób ewaluacji poziomu przeprowadzonych działań edukacyjnych.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr AOTM-OT-441-95/2014 „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców miasta Krosna” realizowany przez: Miasto Krosno, Warszawa, maj 2014 i aneksu: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, luty 2013.