Załącznik do uchwały nr 1295/71/19
Zarządu Województwa Mazowieckiego
z dnia 17 września 2019 r.

Program Polityki Zdrowotnej Samorządu Województwa Mazowieckiego

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych

okres realizacji: lata 2019-2022

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Warszawa 2019 r.

Spis treści

Spis treści ... 2
Słowniczek ... 3
I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej ... 4
I.1 Opis problemu zdrowotnego ... 4
I.2 Dane epidemiologiczne ... 8
I.3 Opis obecnego postępowania ... 14
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji ... 20
II.1 Cel główny ... 20
II.2 Cele szczegółowe ... 20
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej ... 20
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ... 21
III.1 Populacja docelowa ... 23
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej ... 23
III.3 Planowane interwencje ... 24
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej ... 27
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej ... 31
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej ... 32
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów ... 32
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych ... 37
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej ... 40
V.I Monitorowanie ... 40
V.2 Ewaluacja ... 42
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej ... 43
VI.1 Koszty jednostkowe ... 43
VI.2 Koszty całkowite ... 44
VI.3 Źródła finansowania ... 44
VII. Bibliografia ... 44
Załączniki ... 47
Załącznik A. Wzór świadomej zgody na udział w programie ... 47
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie ... 48
Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu ... 49
Załącznik D. Wzór sprawozdania rocznego ... 51

Słowniczek

Koszty bezpośrednie - koszty kwalifikowalne, dotyczące bezpośrednio działań zaplanowanych w programie, w tym koszty pracy zespołu terapeutycznego.

Koszty pośrednie - koszty kwalifikowalne, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio działań zaplanowanych w ramach programu. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, utworzenie i prowadzenie strony internetowej o projekcie, oznakowanie projektu, plakaty, ulotki, itp., amortyzacja, najem lub zakup aktywów, środków trwałych i wartości niematerialnych, koszty materiałów biurowych i artykułów piśmienniczych związanych z obsługą administracyjną programu, koszty sprzątania pomieszczeń związanych z obsługą administracyjną programu, w tym środki do utrzymania ich czystości. Do kosztów pośrednich zaliczamy także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia - warunki, które musi spełnić uczestnik, aby wziąć udział w działaniach zaplanowanych w ramach programu.

Kryteria wyłączenia - warunki/zmienne, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w działaniach zaplanowanych w ramach programu.

Organizator - Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Program - program polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”.

Realizator - podmiot wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Uczestnik - osoba spełniająca kryteria włączenia i bezpośrednio korzystająca z działań przewidzianych w programie.

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia.

AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

OZW - ostre zespoły wieńcowe.

STEMI-ST - zawał serca z uniesieniem odcinka ST.

NSTEMI - zawał serca bez uniesienia odcinka ST.

UA - niestabilna dławica piersiowa.

1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Określenie ostry zespół wieńcowy (OZW), obejmuje trzy różne, ostre manifestacje kliniczne choroby wieńcowej: zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI– ST-elevation myocardial infarction), zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI– non-ST--segment elevation myocardial infarction) i niestabilną dławicę piersiową (UA– unstable angina). Zawał serca bez uniesienia odcinka ST oraz UA są zwykle określane łącznie jako OZW bez uniesienia odcinka ST (non-STEMI OZW). Ostre zespoły wieńcowe stanowią najczęstszą przyczynę złośliwych arytmii prowadzących do nagłej śmierci sercowej.

Najczęściej OZW objawia się pod postacią bólu w klatce piersiowej z typowym promieniowaniem, dusznością i nadmierną potliwością. Jednak należy mieć na uwadze możliwość występowania objawów nietypowych, zwłaszcza u ludzi starszych, kobiet i chorych na cukrzycę. Pojedyncze objawy kliniczne nie mogą posłużyć do rozpoznania u pacjenta OZW. Podczas pierwszego kontaktu medycznego powinien być zebrany dokładny wywiad. Może on stanowić przesłankę do rozpoznania OZW. Prawidłowe rozpoznanie OZW nierzadko stanowi wyzwanie dla lekarzy.[1]

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczącymi postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST z 2017 r., termin „ostry zawał serca" należy stosować w sytuacjach, w których uzyskano dowody uszkodzenia mięśnia sercowego (zdefiniowane jako wzrost stężenia troponiny sercowej z $\geqslant$ 1 wartością powyżej górnej granicy wartości prawidłowych na poziomie 99. centyla) z martwicą w sytuacji klinicznej odpowiadającej niedokrwieniu mięśnia sercowego.[2]

Kliniczna definicja zawału serca (MI) oznacza obecność ostrego uszkodzenia mięśnia sercowego wykrytego na podstawie nieprawidłowego stężenia biomarkerów w sytuacji klinicznej, w której stwierdza się cechy ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego.

Zawał serca definiuje się patologicznie jako śmierć komórek mięśnia sercowego z powodu długotrwałego niedokrwienia. Pierwszymi zmianami ultrastrukturalnymi, które obserwuje się już po 10-15 minutach od początku niedokrwienia są: zmniejszenie się zasobów glikogenu w komórkach, rozkurcz miofibryl i uszkodzenie sarkolemmy.[3]

Zawał serca można rozpoznać na podstawie cech klinicznych, w tym zmian elektrokardiograficznych (EKG), podwyższonych wartości markerów biochemicznych

[1] N. I. Nikolaou. H.-R. Arntz, A. Bellou i in. „Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych", Wytyczne resuscytacji, nr 8, 2015;
[2] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, „Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku", Kardiologia Polska 2018; 76, 2: s. 234-235;
[3] Stanowisko ekspertów „Czwarta uniwersalna definicja zawału serca (2018)", Kardiologia Polska 2018; 76, 10, s. 1389.

(biomarkerów) martwicy mięśnia sercowego, za pomocą badań obrazowych lub na podstawie badania histopatologicznego. MI stanowi główną przyczynę zgonów i niepełnosprawności na całym świecie. MI może być pierwszą oznaką choroby wieńcowej lub może wielokrotnie wystąpić u pacjentów z już rozpoznaną chorobą.
Z epidemiologicznego punktu widzenia zachorowalność na MI w populacji może służyć oszacowaniu częstości występowania choroby wieńcowej w tej populacji. Termin „zawał serca" może mieć duże psychologiczne i prawne konsekwencje dla chorego i społeczeństwa. Jest wskaźnikiem jednego z głównych problemów zdrowotnych świata oraz wynikiem ocenianym w badaniach klinicznych, badaniach obserwacyjnych i programach kontroli jakości. W badaniach dotyczących częstości występowania chorób Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała MI na podstawie objawów, nieprawidłowości w EKG i enzymów sercowych. Opracowanie bardziej czułych i specyficznych względem tkanki mięśnia sercowego biomarkerów sercowych oraz bardziej czułych technik obrazowania pozwala obecnie na wykrywanie bardzo małego uszkodzenia mięśnia sercowego lub martwicy. Dodatkowo istotnie poprawiło się leczenie pacjentów z MI, dzięki czemu, mimo podobnego obrazu klinicznego, uszkodzenie i martwica mięśnia sercowego mogą być mniejsze.[4]

Ostre Zespoły Wieńcowe są głównie konsekwencją miażdżycy tętnic wieńcowych, częstą przyczyną zgłaszania się do instytucji opieki zdrowotnej w trybie nagłym i stanowią zagrożenie dla życia. Szybka, ale dokładna ocena danych z wywiadu, badania przedmiotowego, elektrokardiogramu, badań radiologicznych i oznaczenie biomarkerów sercowych umożliwiają ustalenie rozpoznania i ułatwiają wstępną stratyfikację ryzyka, co jest niezbędne przy wyborze strategii postępowania. Dokładny i ukierunkowany wywiad oraz badanie przedmiotowe są kluczowe zarówno dla oceny prawdopodobieństwa, że zgłaszane dolegliwości są objawami ostrego zespołu wieńcowego, jak i do określenia ryzyka niepomyślnego rokowania. Ból lub ucisk w klatce piersiowej, w okolicy zamostkowej (czasem w nadbrzuszu), często promieniują do szyi, żuchwy, lewego barku i lewej kończyny górnej. Innymi objawami zgłaszanymi przez pacjentów są duszności, nudności i wymioty, nadmierna potliwość i osłabienie. Rzadko podczas OZW występuje utrata przytomności. Ból w klatce piersiowej, który ustępuje po podjęzykowym podaniu nitrogliceryny, nie potwierdza ostrego zespołu wieńcowego.[5]

Rozpoznanie niedokrwienia spowodowanego chorobą wieńcową następuje na podstawie pięciu najważniejszych czynników, ustalonych podczas wywiadu. Należą do nich, w kolejności od najważniejszego: charakter zgłaszanych objawów, rozpoznana choroba niedokrwienna serca w przeszłości, płeć męska, starszy wiek, występowanie klasycznych

[4] K. Thygesen, J.S. Alpert, A. S. Jaffe i in.: Grupa tworząca dokument w imieniu Wspólnej Grupy Roboczej ESC/ACCF/AHA/WHF ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, „Trzecia Uniwersalna Definicja Zawału Serca", Kardiologia Polska, tom 70, Via Medica 2012;
[5] A. Kumar. Ch. P. Cannon, „Acute Coronary Syndromes: Diagnostic and Management, Part I" Mayo Clin Proc 2009; 84 (10), s. 917-938, tłum. Lek. P. Niewiński, „Ostre Zespoły Wieńcowe: Diagnostyka i leczenie (Niestabilna Dławica Piersiowa i NSTEMI)" Medycyna po dyplomie, vol 19/nr 8/sierpień 2010.

czynników ryzyka.[6] Do klasycznych czynników ryzyka należą: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, palenie tytoniu, cukrzyca oraz rodzinne występowanie przedwczesnej choroby wieńcowej.[7]

Ostry zespół wieńcowy opisywany jest jako stan kliniczny, w którym dochodzi do szybko narastającego niedokrwienia mięśnia sercowego, najczęściej w wyniku miejscowego wykrzepiania krwi w naczyniu wieńcowym, z następową martwicą komórek (w przypadku zawału) lub bez niej (UA). Przyczyną takiej patologii jest zazwyczaj pęknięcie blaszki miażdżycowej. Większość przypadków ostrych zespołów wieńcowych związana jest więc z miażdżycą tętnic wieńcowych. W patogenezie choroby wieńcowej mamy do czynienia z dwoma odrębnymi procesami. Z jednej strony jest to stałe i nieodwracalne narastanie zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych prowadzące do powolnego zawężania światła naczyń i objawów stabilnej dławicy piersiowej. Z drugiej strony jest to dynamiczny proces, który przyspieszając nagle i nieoczekiwanie, powoduje częściowe lub całkowite zamknięcie naczynia w krótkim czasie. W ostrych zespołach wieńcowych na przewlekłą miażdżycę tętnic wieńcowych rozwijającą się latami nakłada się ostra zakrzepica powstała w wyniku pęknięcia lub erozji blaszki miażdżycowej, której może, lecz nie musi, towarzyszyć skurcz naczynia, wywołując nagłe i krytyczne zmniejszenie przepływu krwi. Kluczowym elementem w rozwoju OZW jest zakrzepica tętnic wieńcowych. Rozwija się zwykle na niestabilnej blaszce miażdżycowej. Odsłonięty, w wyniku pęknięcia blaszki, rdzeń lipidowy jest silnie trombogenny. Powstająca skrzeplina prowadzi do istotnego zwężenia lub zamknięcia naczynia wieńcowego. W przypadku STEMI skrzeplina jest bogata we włóknik i powoduje z reguły całkowitą niedrożność naczynia. U chorych z NSTEMI i w UA w świeżej skrzeplinie przeważają płytki krwi, co prowadzi do krótkotrwałej, częściowej lub całkowitej niedrożności tętnicy. Skrzeplina może samoistnie lub pod wpływem leków rozpadać się na mniejsze fragmenty, które przemieszczając się razem z krwią na obwód naczynia, powodują powstanie kolejnych ognisk niedokrwienia mięśnia sercowego, a co za tym idzie – inicjują uwalnianie do krwi biomarkerów jego uszkodzenia. Ostre zespoły wieńcowe mogą być wywoływane nie tylko przez zmiany miażdżycowe, ale też – choć znacznie rzadziej – przez inne stany kliniczne, takie jak: zapalenie tętnic wieńcowych, uraz, rozwarstwienie naczynia, skurcz, zator, wrodzone anomalie oraz powikłania po cewnikowaniu serca, a także zażywanie kokainy. Do ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego może dojść również w nadciśnieniu, hipotonii, niedokrwistości i zaburzeniach rytmu serca.[8]

---

[6] Morise AP, Haddad WJ, Beckner D. *„Development and validation of a clinical score to estimate the probability of coronary artery disease in men and women presenting with suspected coronary disease",* Med 1997;102(4), s. 350-356;

[7] E. Kozak-Szkopek, J. Baraniak, J. Mieczkowska, *„Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia",* Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie, Gerontologia Polska, tom 14, nr 1, s. 18-24, Lublin 2006;

[8] D. Płaczkiewicz, S. Raczkiewicz, A. Kleinrok, *„Postępowanie przedszpitalne w ostrych zespołach wieńcowych",* Kardiologiczna opieka ambulatoryjna, Kardiologia po Dyplomie; 9 (9): s. 59-72, 2010.

Uzasadnieniem do podjęcia działań we wskazanym problemie zdrowotnym jest fakt, że większość pacjentów w długofalowej perspektywie nie utrzymuje zaleceń lekarskich zarówno w aspekcie stylu życia, jak i właściwej farmakoterapii. Często zdarza się, że pacjenci mają bardzo słaby dostęp do wykształconej kadry medycznej, a przekazywane informacje przez lekarzy są niskiej jakości. Pacjent wychodząc ze szpitala nie wie jak ma postępować i w jakim kierunku zmienić swój styl życia. Ze względu na brak uzyskanych informacji i trudny dostęp do poradnictwa specjalistycznego pacjent pozostaje sam. Do głównych problemów pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych zaliczyć można: brak ciągłości opieki nad pacjentem w fazie przewlekłej OZW, po wyjściu ze szpitala, brak koordynacji i realnej współpracy między lekarzami oddziału, lekarzami poradni specjalistycznych a POZ, niskie zaangażowanie pacjentów, spadające wraz z biegiem czasu, w utrzymywanie zaleceń lekarskich, stosowanie suboptymalnego leczenia, zbyt późne włączanie kolejnych elementów leczenia farmakologicznego, niski odsetek pacjentów kierowanych do ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, brak świadomości związanej z większym ryzykiem kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych, odstawianie leków przez pacjentów w okresie lepszego samopoczucia.[9]

Wdrożenie programu jest również uzasadnione „wytycznymi ESC dotyczącymi postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku", które wskazują na podejmowanie interwencji wtórnej dotyczącej stylu życia i kontroli czynników ryzyka u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych. Kluczowe interwencje dotyczące stylu życia obejmują zaprzestanie palenia tytoniu, optymalną kontrolę ciśnienia tętniczego, poradnictwo żywieniowe i kontrolę masy ciała oraz zachęcanie do aktywności fizycznej. Podczas hospitalizacji czas dostępny na wdrażanie metod prewencji wtórnej jest ograniczony i niezwykle ważna jest ścisła współpraca między kardiologiem a lekarzem ogólnym, rehabilitantami, farmaceutami, dietetykami i fizjoterapeutami, która w rzeczywistości jest bardzo znikoma. Zmiana przyzwyczajeń życiowych nie jest łatwa, a wprowadzanie i monitorowanie tych zmian pozostaje długoterminowym przedsięwzięciem.[10]

[9] L. Poloński, M. Osuch, „*Czy lekarz rodzinny może poprawić rokowanie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi? Co wynika z ogólnopolskiego rejestru PL-ACS*", Przewodnik Lekarza, 2007;

[10] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, *„Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku"*, Kardiologia Polska 2018; 76, 2: s. 264.

1.2. Dane epidemiologiczne

Choroba niedokrwienna serca jest najczęstszą pojedynczą przyczyną zgonów na świecie, a częstość jej występowania się zwiększa. Jednak w Europie w przeciągu ostatnich 30 lat obserwowano trend w kierunku zmniejszenia śmiertelności z jej powodu.[11] Obecnie choroba niedokrwienna serca odpowiada za niemalże 1,8 mln zgonów rocznie, co stanowi 20% wszystkich zgonów w Europie. Pomiędzy różnymi krajami występują znaczne różnice.[12]

Względna zapadalność na STEMI zmniejsza się, natomiast na NSTEMI ulega zwiększeniu. W krajach europejskich zapadalność na STEMI wynosi 43–144/100 tys. osób/rok. W kilku niedawnych badaniach podkreślono obniżenie śmiertelności po STEMI w krótko- i długoterminowej obserwacji, które nastąpiło wraz z częstszym stosowaniem leczenia reperfuzyjnego, pierwotnych przezskórnych interwencji wieńcowych, nowoczesnego leczenia przeciwzakrzepowego, a także metod prewencji wtórnej. Mimo to ryzyko zgonu pozostaje znaczne; śmiertelność w okresie wewnątrzszpitalnym wśród nieselekcjonowanych pacjentów ze STEMI w krajowych rejestrach państw należących do ESC (Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne) wynosi 4–12%, a w rejestrach koronarograficznych podaje się, że ryzyko zgonu w ciągu 1 roku po STEMI wynosi w przybliżeniu 10%.

Choroba niedokrwienna serca rozwija się u kobiet średnio 7-10 lat później niż u mężczyzn, mimo to zawał serca jest wiodącą przyczyną zgonów kobiet. U osób poniżej 60. roku życia ostry zespół wieńcowy występuje od 3 do 4 razy częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, jednak powyżej 75 roku życia to kobiety stanowią większość pacjentów leczonych z powodu OZW. Kobiety również zgłaszają się częściej z nietypowymi objawami (nietypowe objawy występują nawet u 30% pacjentek), a co za tym idzie trafiają do szpitala znacznie później. Istnieje zatem możliwość wystąpienia u kobiet zawału serca, z objawami wskazującymi na niedokrwienie.[13]

Główny Urząd Statystyczny w opublikowanym raporcie pt. „Trwanie życia w 2017 r." podkreślił, że w Polsce głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy i zatrucia. W 2016 r. stanowiły one 76% wszystkich zgonów. Dominującą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia, prawie co drugi zgon jest powodowany tymi chorobami. Począwszy od 1992 r. udział chorób układu krążenia w ogólnej liczbie zgonów obniżył się z poziomu 52% do 43% w 2016 r. Jak wskazuje GUS, niewątpliwy wpływ na obserwowane zmiany ma – między innymi – coraz większa świadomość znaczenia profilaktyki w ograniczaniu umieralności, dbałość o dobrą kondycję

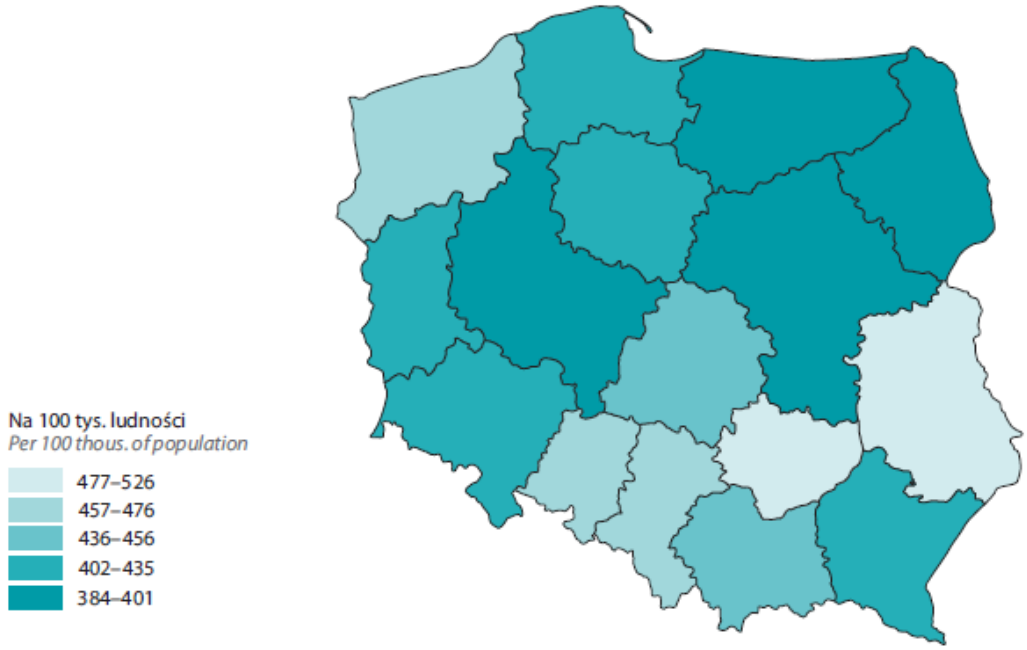
[11] Hartley A., Marshall D.C., Salciccioli J.D., i in., *„Trends in Mortality From Ischemic Heart Disease and Cerebrovascular Disease in Europe: 1980 to 2009. Circulation"*. 133(20), 2016;
[12] Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P., i in. *„Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016"*. Eur Heart J., 37(42), 2016;
[13] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, *„Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku"*, Kardiologia Polska 2018; 76, 2: s. 235.

fizyczną, oraz zmiana złych nawyków żywieniowych w kierunku diety bogatszej w warzywa i owoce. Bardzo istotny wpływ na spadek natężenia zgonów, których przyczyną są choroby układu krążenia, ma poprawa leczenia choroby wieńcowej i jej następstw. W 2016 r. z powodu chorób układu krążenia na każde 100 tys. ludności zmarło 365 osób – o 39 mniej niż w 2015 r. – mimo to intensywność zgonów w wyniku tych chorób nadal jest bardzo wysoka.

Choroby układu krążenia pozostają nadal najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn i kobiet w wieku 45–59 lat. Choroby układu krążenia są także najczęstszą przyczyną zgonów osób powyżej 60 roku życia. Charakterystycznym dla tego wieku jest fakt, iż natężenie zgonów mężczyzn jest niewiele większe niż kobiet, podczas gdy w młodszych grupach wiekowych nadumieralność mężczyzn ponad poziom umieralności kobiet jest bardzo wysoka.

W 2016 r. najwyższy poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia odnotowano w województwie świętokrzyskim (Ryc. 1), gdzie na 100 tys. osób zanotowano 526 zgonów z powodu tych chorób. Wskaźnik ten jest zatem o 37% większy niż w województwie wielkopolskim, w którym notowano najniższy poziom umieralności (385). Na terenach wiejskich we wszystkich województwach poza świętokrzyskim natężenie zgonów w następstwie chorób układu krążenia było wyższe niż w miastach.[14]

Rycina 1. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia w 2016 r.



Źródło: Raport GUS, „Trwanie życia w 2017 r., Warszawa 2018 r.

Ocenia się, że liczba osób z rozpoznaną chorobą wieńcową sięga w Polsce 1,5 mln. 90 tys.

[14] Rutkowska L., Waligórska M., Sapała K., *„Trwanie życia w 2017 r.”*, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2018.

Polaków rocznie zapada na zawał serca, a prawie 200 tys. jest hospitalizowanych z powodu innych postaci choroby niedokrwiennej serca. Ponadto, ok. 170 tys. osób rocznie trafia do szpitala z powodu niewydolności serca. W przygotowanym przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK) opracowaniu "Optymalny model kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji"[15] podkreślono, że w ciągu ostatnich piętnastu lat w Polsce rozwinięto inwazyjne metody leczenia ostrych zespołów wieńcowych, dzięki czemu znacząco zmniejszyła się śmiertelność pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w przebiegu zawału serca w Polsce jest jedną z najniższych wśród krajów OECD. Mimo to ocenia się, że co jedenasty pacjent po zawale serca umiera w ciągu 12 miesięcy po wypisie ze szpitala. Jednym ze wskazanych przez PTK powodów takiego stanu rzeczy jest niedostateczna kontrola czynników ryzyka, co w dużym stopniu spowodowane jest brakiem dostępu do programów rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji.

Jak czytamy w dokumencie PTK, w Polsce nie istnieje nowoczesny i zintegrowany system kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Choć w wielu regionach kraju działają ośrodki prowadzące kardiologiczną rehabilitację szpitalną lub rehabilitację w oddziale dziennym, istnieje rażąca dysproporcja w zakresie dostępności do tego typu świadczeń pomiędzy poszczególnymi województwami, a rozmieszczenie ośrodków jest całkowicie przypadkowe.

Liczba pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną w trybie stacjonarnym to niespełna 24 tys. rocznie, zaś w oddziale dziennym - ok. 4,5 tys. Tymczasem łączna liczba przypadków ostrego zespołu wieńcowego i operacji kardiochirurgicznych Polsce to ponad 100 tys. rocznie, a PTK szacuje, że programami kompleksowej rehabilitacji i wtórnej prewencji powinno być objętych ok. 460 tys. osób.

Towarzystwo postuluje, by pacjenci po hospitalizacji z powodu operacji kardiochirurgicznej, ostrego zespołu wieńcowego lub niewydolności serca byli poddawani rehabilitacji szpitalnej (stacjonarnej), rehabilitacji w oddziale dziennym lub rehabilitacji hybrydowej lub też brali udział w programie ambulatoryjnej edukacji i rehabilitacji kardiologicznej.[16]

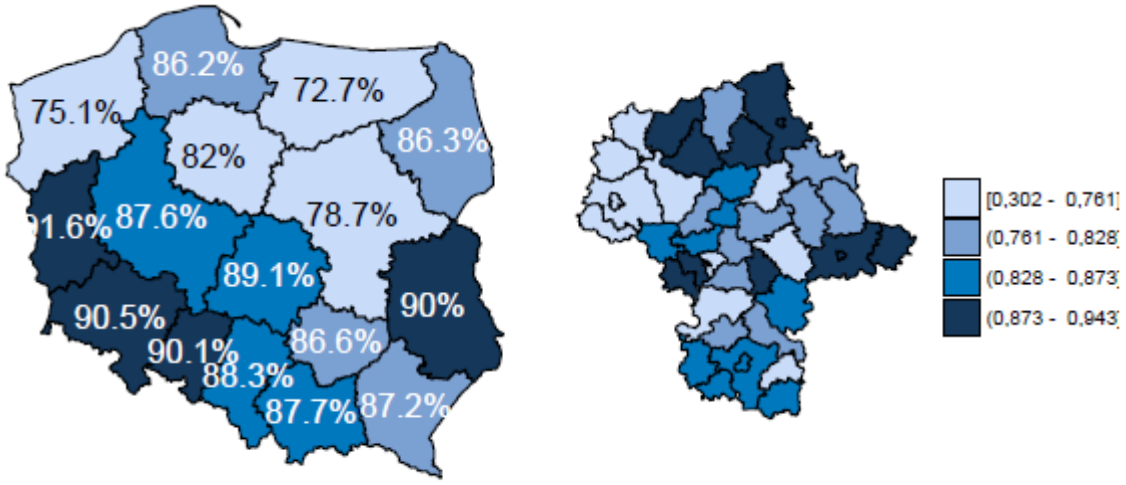
Zgodnie z obowiązującymi „mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego”, co czwarty pacjent po zawale serca nie dożywa kolejnych 3 lat. Śmiertelność w grupie ‘dusznica niestabilna i stabilna choroba wieńcowa’ jest niższa i nie przekracza 10% w perspektywie 3-letniej. Wraz z upływem czasu u pacjentów w każdej grupie pojawiają się rozpoznania współistniejące – u ponad 28% pacjentów po zawale serca

[15] Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., "Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji", Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
16 j.w

rozwija się niewydolność serca do 3 lat po rozpoznaniu.[17]

Ważnym elementem diagnostyki ostrych zespołów wieńcowych jest fakt wykonania koronarografii. Wykres 1 przedstawia odsetek pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem z grupy OZW w 2016 r. zamieszkujących poszczególne województwa (i powiaty województwa mazowieckiego), którzy mieli sprawozdaną co najmniej jedną koronarografię w ciągu analizowanego roku. W województwie mazowieckim 78,65% pacjentów z OZW miało wykonana koronarografię i jest to wartość mniejsza niż odsetek dla Polski, który wyniósł 86,23%. Najwyższą wartość wskaźnika zaobserwowano w województwie lubuskim (91,6%), a najniższą w województwie warmińsko-mazurskim (72,7%).

Wykres 1. Odsetek pacjentów z OZW ze sprawozdaną koronarografią.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

Na rycinie 2 przedstawiono porównanie odsetka hospitalizacji ze sprawozdaną koronarografią w ramach poszczególnych typów ostrych zespołów wieńcowych.

[17] „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego", www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl, dostęp: 11 stycznia 2019 r., godz. 12.00.

Rycina 2. Dostępność do koronarografii w ramach poszczególnych typów OZW

Woj.	Odsetek pacjentów ze sprawozdaną koronarografią w ramach rozpoznania:		
	STEMI [%]	NSTEMI [%]	UA [%]
dolnośląskie	89,1	84,7	92,1
kujawsko-pomorskie	84,3	81,4	74,0
lubelskie	93,1	86,5	85,8
lubuskie	92,9	88,2	85,0
łódzkie	86,1	84,9	86,7
małopolskie	86,9	89,7	76,0
mazowieckie	**79,9**	**79,4**	**65,5**
opolskie	91,9	86,2	86,3
podkarpackie	88,5	84,4	80,6
podlaskie	91,0	83,7	72,6
pomorskie	77,3	87,2	77,2
śląskie	87,6	84,6	85,5
świętokrzyskie	81,2	88,6	78,9
warmińsko-mazurskie	81,5	64,7	60,5
wielkopolskie	88,7	79,3	88,5
zachodniopomorskie	80,8	70,1	63,3
Polska	**85,8**	**83,2**	**81,6**

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

Istotnym wskaźnikiem obrazującym dostępność do specjalistycznych porad dla pacjentów po przebytym ostrym zespole wieńcowym jest odsetek pacjentów, którzy otrzymali taka poradę w ciągu 365 dni po hospitalizacji z OZW. Rycina 3 przedstawia informacje o tym odsetku oraz dodatkowo przedstawia liczbę porad w przeliczeniu na pacjenta, a także średni czas i medianę czasu oczekiwania na pierwsza poradę u pacjentów, którzy otrzymali przynajmniej jedną poradę.

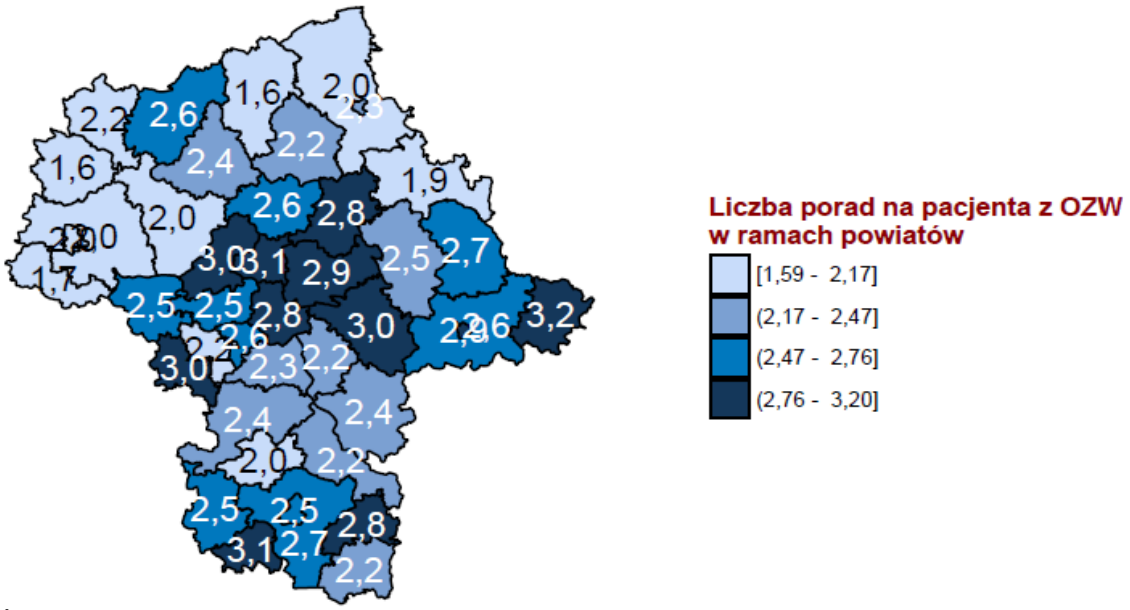
Rycina 3. Wskaźniki dostępności do porad specjalistycznych pacjentów po przebytym ostrym zespole wieńcowym

Woj.	Liczba pacjentów z OZW [tys.]	Liczba porad udzielonych pacjentom z OZW [tys.]	Liczba porad na pacjenta z OZW	Odsetek pacjentów z udzieloną poradą do 365 dni po hospitalizacji [%]	Średni czas oczekiwania na poradę [dni]	Mediana czasu oczekiwania na poradę [dni]	Liczba porad na pacjenta z OZW[1]
dolnośląskie	9,4	10,9	1,16	45,7	110,4	87	2,53
kujawsko-pomorskie	7,0	10,1	1,43	56,1	110,7	86	2,55
lubelskie	7,4	10,0	1,36	48,3	103,5	80	2,81
lubuskie	3,8	5,6	1,47	60,2	111,4	90	2,44
łódzkie	9,3	10,1	1,08	44,5	110,8	90	2,43
małopolskie	8,7	12,7	1,46	52,1	98,1	77	2,80
mazowieckie	**12,7**	**17,5**	**1,38**	**52,2**	**108,2**	**81**	**2,65**
opolskie	3,0	3,4	1,12	50,0	135,3	130	2,25
podkarpackie	6,3	10,2	1,62	50,7	101,8	78	3,18
podlaskie	2,3	3,7	1,60	61,0	115,0	100	2,63
pomorskie	5,9	9,8	1,65	57,5	111,1	87	2,87
śląskie	19,3	26,0	1,35	53,5	108,1	90	2,52
świętokrzyskie	4,2	5,5	1,31	50,2	98,9	75	2,60
warmińsko-mazurskie	3,0	3,7	1,24	48,7	131,3	108	2,55
wielkopolskie	11,0	11,8	1,07	45,5	120,0	97	2,36
zachodniopomorskie	3,3	5,6	1,69	58,2	100,0	77	2,90
Polska	**116,5**	**156,3**	**1,34**	**51,2**	**109,5**	**87**	**2,62**

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

Wykres 2 przedstawia liczbę porad w ciągu 365 dni po hospitalizacji w przeliczeniu na jednego pacjenta hospitalizowanego z rozpoznaniem OZW w podziale na powiaty województwa mazowieckiego.

Wykres 2. Liczba porad na jednego pacjenta z OZW w ciągu 365 dni po hospitalizacji w ramach powiatów województwa mazowieckiego



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego.

1.3. Opis obecnego postępowania

Leczenie pacjentów po zawale serca nie kończy się w szpitalu. Zmiana stylu życia, regularne stosowanie leków, kontrola czynników ryzyka, rehabilitacja kardiologiczna, pełna rewaskularyzacja mięśnia sercowego, w niektórych przypadkach implantacja rozrusznika serca, kardiowertera/defibrylatora lub układu resynchronizującego serca są niezbędne, by zapobiec kolejnym incydentom sercowo-naczyniowym i zmniejszyć ryzyko zgonu w tej grupie chorych. Po wystąpieniu incydentu sercowo-naczyniowego długotrwałe przyjmowanie przepisanych leków ma podobne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka ponownego incydentu niedokrwiennego jak kontynuowanie wysiłków w celu poprawy stylu życia.

Jeśli od początku dolegliwości nie minęło więcej niż 12 godzin, dąży się do jak najszybszego uzyskania reperfuzji. Przy dłuższym wywiadzie reperfuzja jest również wskazana, jeśli utrzymują się kliniczne lub elektrokardiograficzne dowody na postępujące niedokrwienie. Wytyczne nie narzucają ograniczeń czasowych tylko w przypadku chorych we wstrząsie kardiogennym. Skuteczna przezskórna interwencja wieńcowa (percutaneous coronary intervention, PCI) lub rewaskularyzacja kardiochirurgiczna mogą być warunkiem uratowania tym chorym życia. U pacjentów bez objawów nie zaleca się otwierania zamkniętych tętnic wieńcowych, gdy od początku OZW minęły więcej niż 24 godziny. Najlepszą i powszechnie zalecaną metodą leczenia STEMI jest pierwotna PCI. Według obowiązujących wytycznych do udrożnienia tętnicy odpowiedzialnej za STEMI powinno dojść w czasie krótszym niż 2 godziny, licząc od pierwszego kontaktu z personelem medycznym, a nawet poniżej 90 minut, gdy pierwszy kontakt ma miejsce przed upływem 2 godzin od początku dolegliwości lub zapis EKG wskazuje na prawdopodobnie duży obszar zawału. Każde dodatkowe 30 minut opóźnienia w leczeniu inwazyjnym przekłada się bezpośrednio na zwiększenie względnej śmiertelności rocznej o 7,5%.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego pacjenci po ostrych zdarzeniach sercowo-naczyniowych, interwencjach kardiologicznych/kardiochirurgicznych lub z rozpoznaną przewlekłą chorobą serca zasługują na szczególną uwagę. Wymagają poradnictwa w zakresie farmakoterapii i prowadzenia zdrowego stylu życia celem zapobiegnięcia wystąpieniu ponownych zdarzeń sercowo-naczyniowych.[18] Działania w zakresie wtórnej prewencji i rehabilitacji kardiologicznej są rekomendowane w leczeniu pacjentów z chorobą wieńcową (najwyższy poziom dowodu naukowego – klasa I) przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz amerykańskie towarzystwa: American Heart Association i American College of Cardiology.[19] Ponadto, jest to interwencja kosztowo-

[18] Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, „Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku", Kardiologia Polska 2018; 76, 2;

[19] E.M. Antman, S.T. Anbe, P.W. Armstrong, i in. „ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: executive summary, a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association", 44, s. 671-719, 2004.

efektywna u osób z chorobą niedokrwienną serca bądź z przewlekłą niewydolnością serca, ponieważ poprawia rokowanie chorych przez zmniejszenie ponownej liczby hospitalizacji i kosztów leczenia oraz wydłużenie życia. Wypada korzystnie pod względem kosztu za dodatkowy rok życia na tle innych ugruntowanych interwencji w leczeniu choroby wieńcowej oraz przewlekłej niewydolności serca, takich jak: leki obniżające ciśnienie, hipolipemizujące, trombolityczne, angioplastyka wieńcowa, zabiegi chirurgiczne i inne.[20]

Jak wynika z raportu opracowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wśród przyczyn wysokiej śmiertelności po wypisie ze szpitala należy wymienić: nieodpowiedni styl życia, przerywanie lub nieregularne stosowanie farmakoterapii i niedostateczną kontrolę czynników ryzyka, co w dużym stopniu spowodowane jest brakiem dostępu do programów rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji, niewystarczający dostęp do specjalistycznej opieki kardiologicznej w okresie po wypisie ze szpitala, niewystarczającą dostępność zabiegowego leczenia choroby niedokrwiennej serca i jej powikłań, a także choroby współistniejące oraz inne obciążenia. Kontrola czynników ryzyka u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w Polsce jest niewystarczająca. Dane z Krakowskiego Programu Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca oraz badań EUROASPIRE wskazują, że sytuacja w tym zakresie nie uległa istotnej poprawie w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Niewystarczającą kontrolę czynników ryzyka stwierdzono zarówno wśród pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, po zabiegu rewaskularyzacji mięśnia sercowego, jak i u osób po ostrym zespole wieńcowym. Wyniki innych badań także wskazują, że poprawa jakości opieki medycznej w zakresie wtórnej prewencji chorób układu krążenia spowodowałaby znaczące zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego tych osób. Jedynie 9% pacjentów w rok po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca ma prawidłowo kontrolowane wszystkie główne czynniki ryzyka (dane z Krakowskiego Programu Wtórnej Prewencji Choroby Niedokrwiennej Serca), a wśród pacjentów z chorobą niedokrwienną serca leczonych ambulatoryjnie odsetek ten wynosi zaledwie 1%.[21]

Obecnie w Polsce świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące rehabilitację kardiologiczną finansowane są przez NFZ i są określone zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W ramach tego świadczenia pacjenci mogą być kierowani do rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych lub w oddziale dziennym.[22] Jednocześnie w Polsce nie istnieje nowoczesny i zintegrowany, system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Wprawdzie w wielu regionach działają ośrodki prowadzące kardiologiczną rehabilitację szpitalną lub rehabilitację w oddziale dziennym, to

[20] P. Jankowski, M. Niewada, A. Bochenek, „Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji", Warszawa;
[21] Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Taryfikacji, „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego", 2016.
[22] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

w ostatnich latach przedstawiono kilka raportów wskazujących na brak dostępności do rehabilitacji kardiologicznej i programów prewencyjnych w wielu regionach kraju. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, w tym po ostrym zespole wieńcowym, często nie są kierowani do ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację.[23]

W Polsce obecnie funkcjonuje program KOS-zawał, który składa się z czterech modułów:

1) interwencyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego oraz – jeśli jest taka potrzeba – leczenia kardiochirurgicznego;
2) elektroterapii (wszczepienia urządzenia stymulującego pracę serca);
3) kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej;
4) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (kardiologicznej).

To rozwiązanie ma na celu, między innymi ułatwienie pacjentom po zakończeniu hospitalizacji skorzystania z wizyty ambulatoryjnej u kardiologa; przyśpieszenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej osobom, które naprawdę jej wymagają. Każdy pacjent mający wskazania do korzystania z każdego z modułów programu KOS-zawał, objęty jest świadczeniami nielimitowanymi, rozliczanymi dodatkowo, poza dotychczasowym kontraktem na leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Dotychczasowe zainteresowanie placówek tym programem w skali kraju nie jest duże. KOS-zawał nadal wymaga dopracowania organizacyjnego.[24]

W Polsce został wprowadzony również program pilotażowy kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca – KONS.[25] Okres realizacji programu pilotażowego trwa 24 miesiące. Celem głównym programu pilotażowego jest ocena efektywności organizacyjnej i klinicznej modelu kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca. Celami szczegółowymi programu pilotażowego są: wczesne wykrywanie niewydolności serca i określenie jej etiologii, spowolnienie postępu niewydolności serca, optymalne wykorzystanie zasobów dostępnych w leczeniu szpitalnym w opiece nad osobami z niewydolnością serca przez wdrożenie systemu referencyjności w opiece nad osobami z niewydolnością serca, poprawa długości i jakości życia osób z niewydolnością serca oraz ograniczenia liczby zaostrzeń niewydolności serca. Program będzie realizowany przez ośrodki koordynujące. Do pilotażu w województwie mazowieckim został wybrany jeden podmiot: Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie. Okres realizacji programu został określony na 24

[23] P. Jankowski, M. Niewada, A. Bochenek, *„Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji”*, Warszawa;
[24] Zarządzenie nr 38.2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
25 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca.

miesiące. Programem pilotażowym będzie objętych (w całej Polsce) nie więcej niż 5000 świadczeniobiorców z rozpoznaniem niewydolności serca.

W Polsce funkcjonuje obecnie także „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020" Ministra Zdrowia. Głównym celem programu jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce. Do celów szczegółowych należą: doposażenie i wyposażenie w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, prowadzenie ogólnopolskiej prewencji pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego, realizacja badań przesiewowych w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej u osób powyżej 65 roku życia, u których stwierdzono co najmniej 3 czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, zapewnienie zdalnych konsultacji sytuacji klinicznych pacjentów z ostrym udarem mózgu do leczenia inwazyjnego w oddziałach udarowych, zmniejszenie częstości hospitalizacji chorych z niewydolnością serca, zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego poprzez wprowadzenie Oddziałów Dziennych Niewydolności Serca, ocena jakości i skuteczności leczenia poprzez tworzenie i prowadzenie rejestrów medycznych.

Okres realizacji „Ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)", przewidziany jest na lata 2017-2023. Celem programu jest wzrost świadomości oraz stopnia wykrywania chorób układu sercowo-naczyniowego u osób w wieku aktywności zawodowej, ze szczególnym uwzględnieniem identyfikacji pacjentów obciążonych genetycznie. Program zakład także m.in. wzrost kompetencji i podniesienie kwalifikacji personelu projektu w zakresie umiejętności edukowania i wspierania osób o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym oraz zwiększenie liczby personelu udzielającego wsparcia osobom z grup wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Ogólnopolskie programy oraz projekt „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych" dotyczą tego samego problemu zdrowotnego, **jednak cele i przewidziane w nich działania są różne i mogą się uzupełniać, ale się nie powielają.**

W województwie kujawsko-pomorskim realizowany jest „Program profilaktyki III stopnia dla pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych w województwie kujawsko-pomorskim", w województwie świętokrzyskim program pn.: „Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych".

Województwo mazowieckie realizowało wcześniej „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych". Program otrzymał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 109/2013 z dnia 22

kwietnia 2013 r. i był realizowany w latach 2013-2017. W 2018 r. jego realizacja została zawieszona w celu przeprowadzenia oceny efektów programu polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 48a ust. 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obecnie planowane jest ponowne wdrożenie 4-letniego programu, którego treść jest zaktualizowana, uwzględnia wnioski z ewaluacji oraz została dostosowana do obowiązującego schematu programu polityki zdrowotnej. Jak wynika z raportu końcowego istnieje potrzeba prowadzenia takiego programu, ponieważ pozwala on na systematyczną kontrolę pacjentów leczonych z powodu ostrych zespołów wieńcowych, systematyczną kontrolę przyjmowanych leków, wprowadza u chorych poczucie szczególnego zainteresowania ze strony służby zdrowia, co prowadzi do zmniejszenia poczucia zagrożenia i ograniczenia reakcji lękowych związanych z chorobą serca. Pacjenci byli pod dużym wrażeniem troskliwości i empatii, jaką system ochrony zdrowia wykazuje w ich kierunku. Jak wynika z raportu pozostaje bardzo duże pole do poprawy edukacji chorych w zakresie choroby wieńcowej, zawału serca i profilaktyki tych schorzeń. Wielu chorych sygnalizowało potrzebę poszerzenia wiedzy w tym temacie.

Jak wskazano wcześniej, w Polsce brakuje nowoczesnego i zintegrowanego, systemu organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Wprawdzie w wielu regionach działają ośrodki prowadzące kardiologiczną rehabilitację szpitalną lub rehabilitację w oddziale dziennym, jednak w ostatnich latach przedstawiono kilka raportów wskazujących na brak dostępności do rehabilitacji kardiologicznej i programów prewencyjnych w wielu regionach kraju. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z chorobą niedokrwienną serca, w tym po ostrym zespole wieńcowym, często nie są kierowani do ośrodków prowadzących kompleksową rehabilitację. Potwierdzają to dane liczbowe - liczba zakontraktowanych przez NFZ pacjentów poddanych rehabilitacji kardiologicznej w 2014 roku wyniosła 37 433, w tym jedynie 7 022 w warunkach oddziału dziennego, a łączna liczba tylko OZW i operacji kardiochirurgicznych Polsce to ponad 100 tysięcy rocznie.

Liczba zakontraktowanych przez NFZ świadczeń (rehabilitacja stacjonarna + rehabilitacja w oddziale dziennym) jako odsetek sumy liczby ostrych zespołów wieńcowych oraz operacji kardiochirurgicznych w województwie mazowieckim w 2014 r., wynosił 8% i był najniższy wśród wszystkich województw w Polsce. (średnia dla Polski – 23%).[26]

„Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych" realizuje cele wskazane w:

[26] Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Taryfikacji, *„Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego",* 2016.

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020, w zakresie celu operacyjnego nr 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- priorytetem zdrowotnym wskazanym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, w zakresie zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu;
- „Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej Województwa Mazowieckiego na lata 2018-2021" w zakresie celów operacyjnych:
  - nr 1: Profilaktyka chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych;
  - nr 3: Ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu poprzez upowszechnienie wiedzy nt. jego następstw dla zdrowia;
  - nr 9: Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym programu jest zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych, uczestniczących w programie, w latach 2019-2022.

2.2. Cele szczegółowe

1. Wzrost poziomu wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u co najmniej 80% uczestników programu.
2. Zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) przez co najmniej 50% uczestników programu, którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
3. Podejmowanie aktywności fizycznej przez co najmniej 50% uczestników programu, trwającej minimum 75 min. w tygodniu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
4. Spadek masy ciała o minimum 3%, u co najmniej 25% uczestników programu – wg pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
5. Regularne stosowanie farmakoterapii przez co najmniej 90% uczestników programu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
6. Zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne u co najmniej 50% uczestników programu – deklarowana po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1 Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie i objęto co najmniej jedną interwencją przewidzianą w programie (dot. celu głównego).

2 Odsetek uczestników programu, u których wzrósł poziom wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (dot. celu szczegółowego nr 1).

3 Odsetek uczestników programu, którzy zaprzestali palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), a którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie (dot. celu szczegółowego nr 2).

4 Odsetek uczestników programu, którzy podjęli aktywność fizyczną, trwającą minimum 75 min. w tygodniu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie (dot. celu szczegółowego nr 3).

5 Odsetek uczestników programu, u których odnotowano spadek masy ciała o minimum 3% - wg. pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie, w porównaniu z masą ciała zmierzoną podczas pierwszej wizyty (dot. celu szczegółowego nr 4).

6 Odsetek uczestników programu, którzy regularnie stosują farmakoterapię – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie (dot. celu szczegółowego nr 5).

7 Odsetek uczestników programu, którzy zmienili nawyki żywieniowe na prozdrowotne – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie (dot. celu szczegółowego nr 6).

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

Planowane interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie oraz wynikają z aktualnej wiedzy medycznej. Zostały przygotowane w oparciu o dowody naukowe oraz liczne badania.

Według badań (Chlebus 2014) po wypisie ze szpitala pacjent po zawale serca odbywa średnio 1,7 konsultacji w gabinecie kardiologicznym oraz 7,9 w gabinecie lekarza POZ. Ponadto, 89% pacjentów deklaruje, że o jego leczeniu decyduje kardiolog. Dane ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej wskazują, że mediana czasu od wypisu ze szpitala do pierwszej konsultacji kardiologicznej wynosi 4 miesiące, a do pierwszej konsultacji u lekarza POZ 1 miesiąc. Ponadto wyniki analizy Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej wskazują, że jedynie 57% pacjentów po zawale serca odbywa konsultację kardiologiczną (w ośrodkach mających kontrakt z NFZ). Nawet po uwzględnieniu osób odbywających konsultacje kardiologiczne w gabinetach prywatnych odsetek ten jest za niski (łącznie około 66%). Zarówno liczba pacjentów pozostających pod kontrolą kardiologa, jak i długi okres czasu upływający od wypisu ze szpitala do pierwszej konsultacji kardiologicznej są jedną z istotnych przyczyn dużej śmiertelności pacjentów po zawale serca w Polsce.

W randomizowanych badaniach (Chow 2010), w których stosowano usystematyzowany schemat leczenia z częstymi wizytami kontrolnymi po wystąpieniu ostrego zespołu wieńcowego, stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów był duży, a częstość występowania incydentów mała. Okazało się, że przestrzeganie zaleceń behawioralnych (dotyczących diety, wysiłku fizycznego i zaprzestania palenia tytoniu) po wystąpieniu ostrego zespołu wieńcowego wiąże się ze znacznie mniejszą częstością

występowania ponownych incydentów sercowo-naczyniowych w porównaniu z nieprzestrzeganiem zaleceń.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi europejskich towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, za najważniejsze działania profilaktyczne uważa się farmakoterapię oraz edukację i poradnictwo w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia. Działania te mają na celu zahamowanie progresji choroby, wydłużenie długości życia i poprawę jego jakości. W jednym z badań (Piepoli 2010[27]) wykazano, że rehabilitacja, edukacja i kontrola czynników ryzyka wiążą się z poprawą rokowania i poprawą jakości życia osób z chorobami układu krążenia. W przeprowadzonym badaniu wykazano również, że takie działania są efektywne kosztowo i wypadają korzystnie pod względem kosztu za dodatkowy rok życia na tle innych ugruntowanych interwencji stosowanych współcześnie w medycynie.

W badaniu McMurray'a (McMurray 2012[28]) wykazano, że po wystąpieniu incydentu sercowo-naczyniowego, szczególnie ważne i efektywne kosztowo są działania z zakresu prewencji wtórnej podejmowane w ramach usystematyzowanego programu rehabilitacji. Szereg interwencji zmniejsza ryzyko zgonu lub ryzyko wystąpienia poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (jak zawał serca, udar mózgu, rewaskularyzacja mięśnia sercowego, itp.) u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca lub niewydolnością serca.

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, efektywny program wtórnej prewencji powinien składać się z edukacji dotyczącej stylu życia, podejmowania aktywności fizycznej, czynników ryzyka, chorób układu krążenia i konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich. Program edukacji zdrowotnej powinien rozpocząć się do 14 dni od wypisu ze szpitala i powinien obejmować:

- ogólną poradę dotycząca programów rehabilitacji kardiologicznej – programy rehabilitacji kardiologicznej powinny oferować wiele form realizacji (rehabilitacja domowa, szpitalna, środowiskowa);
- motywację pacjentów do wzięcia udziału w rehabilitacji kardiologicznej - w tym omówienie czynników wpływających na rezygnację pacjentów z programów rehabilitacji kardiologicznej (np. dojazd do centrum rehabilitacji);
- porady dotyczące aktywności fizycznej, oraz edukacji zdrowotnej;
- porady dotyczące aktywności seksualnej;
- porady dotyczące zmiany stylu życia.

[27] European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines; Secondary „Prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation". Eur Heart 31 (16), 2010;

[28] ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012, „The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC", Eur Heart J., 33 (14), 2012.

3.1. Populacja docelowa

Do programu zostaną włączone osoby z województwa mazowieckiego, u których wystąpił ostry zespół wieńcowy. Zgodnie z aktualnymi mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego, w 2016 r., liczba osób z OZW, wyniosła 12,7 tys. Przyjmując, że w każdym roku wystąpi podobna liczba OZW, w ciągu trzech lat, w których odbywał będzie się nabór uczestników do programu będzie to 38,1 tys. osób. Nabór uczestników do programu może odbywać się maksymalnie do 15 grudnia 2021 r. W roku 2022 prowadzone są jedynie interwencje dla osób zakwalifikowanych do programu przed 15 grudnia 2021 r. Jest to populacja docelowa, która może ubiegać się o udział w programie. Zakładając, że budżet programu wynosi 1 750 000 zł, a koszt udziału jednego uczestnika w programie (zakładając, że skorzysta on ze wszystkich świadczeń przewidzianych w programie), wynosi 2 541,78 zł, w czasie trwania programu można przeprowadzić działania dla 688 osób z populacji docelowej.

Program przewiduje możliwość rozszerzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla rodziny i osób z najbliższego otoczenia uczestników programu. Szacuje się, że z możliwości takiej skorzysta jedna osoba z rodziny/najbliższego otoczenia osoby po OZW. W związku z tym działania informacyjno-edukacyjne będą przeprowadzone dla dodatkowo 688 osób. Koszt udziału tych osób w działaniach informacyjno-edukacyjnych wliczony jest w koszt udziału uczestnika programu.

W przypadku dużego zainteresowania programem i większej ilości uczestników programu, Zarząd Województwa Mazowieckiego dopuszcza możliwość zwiększenia środków przeznaczonych na realizację programu.

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Osoby z populacji docelowej będą mogły uzyskać wiedzę o możliwości aplikowania do programu w ramach działań informacyjno-promocyjnych prowadzonych przez realizatora programu. Osoby zainteresowane udziałem w programie będą same zgłaszać się do realizatora w celu aplikowania do programu. Celem działań informacyjno-promocyjnych jest poinformowanie jak najszerszej liczby osób z populacji docelowej o możliwości uczestnictwa w programie. Realizator zobowiązany jest do rozpowszechnienia informacji o programie w:

1. Podmiotach wykonujących działalność leczniczą.[29]
2. Innych podmiotach wskazanych przez realizatora w ofercie złożonej w ramach konkursu.

[29] Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej.

Dodatkowo wszyscy pacjenci po OZW, hospitalizowani w oddziałach kardiologicznych realizatora programu, zostaną zaproszeni do wzięcia w nim udziału.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

1. osoba aplikująca do programu jest w trakcie hospitalizacji po OZW lub w ciągu ostatnich 30 dni kalendarzowych wystąpił u niej epizod OZW (obowiązek wykazania dokumentacji medycznej potwierdzającej ten fakt);
2. osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia musi mieć ukończone 18 lat;
3. osoba aplikująca do programu musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z załącznikiem A;
4. osoba aplikująca do programu w dniu zgłoszenia do programu musi mieszkać na terenie województwa mazowieckiego, tj. być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;[30]
5. osoba aplikująca do programu nie może w tym samym czasie być uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.[31]

Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione jednocześnie. Niespełnienie co najmniej jednego z ww. kryteriów kwalifikacji do programu stanowi przeciwwskazanie do udziału w nim.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Uczestnik jest wykluczany z udziału w programie w przypadku, gdy:

- przedłoży realizatorowi pisemną rezygnację z udziału w dalszych działaniach programu, zgodną z załącznikiem B;
- zostały mu wykonane wszystkie świadczenia przewidziane w programie;
- nie zgłosi się na wizytę osobistą do realizatora programu;
- nie odpowie trzy razy w trakcie uczestnictwa w programie, na 3 próby comiesięcznego nawiązania zdalnego kontaktu przez realizatora.

3.3. Planowane interwencje

Planowane interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie oraz wynikają z aktualnej wiedzy medycznej. Zostały przygotowane w oparciu o dowody naukowe, zgodnie z piśmiennictwem użytym do opracowania programu. W ramach realizowanych działań planowane są działania edukacyjno-konsultacyjne, niefinansowane w takim zakresie przez płatnika publicznego. Interwencje przewidziane w programie

[30] Oświadczenie znajduje się w druku świadomej zgody na udział w programie (Załącznik A);
[31] Oświadczenia znajduje się w druku świadomej zgody na udział w programie (Załącznik A).

stanowią możliwości uzupełnienia działań finansowanych przez NFZ. Program nie powoduje dodatkowych obciążeń dla płatnika publicznego.

Program zakłada przeprowadzenie **interwencji edukacyjno-konsultacyjnej** dla osób po OZW. Nabór uczestników do programu może odbywać się maksymalnie do 15 grudnia 2021 r. W roku 2022 prowadzone są jedynie interwencje dla osób zakwalifikowanych do programu przed 15 grudnia 2021 r.

W przypadku wyrażenia przez osobę aplikującą do programu zgody na udział w programu, edukator zdrowotny[32] opracuje wraz z uczestnikiem **kartę postępowania zdrowotnego** – pisemny dokument, w którym zapisane zostaną wszystkie prawa i obowiązki uczestnika w trakcie trwania programu, w tym kryteria wyłączenia uczestnika z udziału w programie. Dokument ten będzie zawierał również informacje o potrzebnych do zmodyfikowania zachowaniach zdrowotnych uczestnika, konieczności przyjmowania leków, aktywności fizycznej, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. a także miejscu i sposobach możliwego do uzyskania wsparcia przez lekarza lub edukatora zdrowotnego.
Realizator programu przeprowadzi działania **informacyjno-edukacyjne** dla uczestników programu. Istnieje możliwość łączenia uczestników w grupy podczas tego działania, jednak nie więcej niż 4 osobowe.
Działania informacyjno-edukacyjne mają za zadanie podnieść poziom wiedzy uczestników programu na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Mają na celu wyjaśnić główne przyczyny wystąpienia OZW, a także możliwe dalsze skutki i powikłania, przedstawią możliwe do osiągnięcia efekty w przypadku zmiany zachowań zdrowotnych. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą przez edukatora zdrowotnego i mogą być rozszerzone dla rodziny i osób z najbliższego otoczenia uczestników programu. Osoby te mogą być łączone w grupy z osobami po OZW.
Realizator w ramach programu musi zapewnić uczestnikowi **indywidualne konsultacje z lekarzem** o specjalizacji: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne[33] (w konsultacji może uczestniczyć osoba z rodziny/najbliższego otoczenia uczestnika programu). Lekarz kontroluje stan uczestnika programu i wdrażanie przez niego zasad profilaktyki wtórnej oraz stosowanie farmakoterapii. W razie potrzeby lekarz może zlecić odpowiednie badania, zastosować inne metody terapii

[32] Edukatorem zdrowotnym w ramach programu może być: lekarz posiadający aktualne prawo do wykonywania zawodu lekarza (o specjalizacji: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne) lub pielęgniarka posiadająca aktualne prawo do wykonywaniu zawodu pielęgniarki lub fizjoterapeuta posiadający aktualne prawo do wykonywania zawodu fizjoterapeuty lub magister zdrowia publicznego;
[33] Zwany dalej w programie: lekarzem.

(poza farmakoterapią) i modyfikować leczenie. Zaleca się aby lekarz kontrolował również glikemię i stężenie lipidów uczestnika. Wizyta będzie trwała co najmniej 30 min.
Realizator w ramach programu musi zapewnić uczestnikowi **indywidualną konsultację rehabilitacyjną** z lekarzem rehabilitacji lub fizjoterapeutą[34]. Konsultacja będzie trwała co najmniej 40 minut. Podczas konsultacji lekarz rehabilitacji lub fizjoterapeuta przekaże uczestnikowi programu wiedzę o możliwych do podjęcia ćwiczeniach oraz ustali z nim plan aktywności fizycznej (w konsultacji może uczestniczyć osoba z rodziny/najbliższego otoczenia uczestnika programu).
Realizator w ramach programu musi zapewnić uczestnikowi **indywidualną konsultację dietetyczną**, którą przeprowadzi dietetyk[35]. Konsultacja będzie trwała co najmniej 40 minut, podczas których uczestnik uzyska informację na temat podjęcia właściwej diety i eliminacji z niej czynników ryzyka (w konsultacji może uczestniczyć osoba z rodziny/najbliższego otoczenia uczestnika programu).
Realizator w ramach programu musi zapewnić uczestnikowi **indywidualne wsparcie psychologiczne**, w którego skład będą wchodziły zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Zajęcia mogą organizowane być w formie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w programie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów. Mogą one być prowadzone przez psychologa lub terapeutę, w tym behawioralnego (w konsultacji może uczestniczyć osoba z rodziny/najbliższego otoczenia uczestnika programu). Wsparcie psychologiczne trwa min. 30 minut.
Powyższe działania mogą być prowadzone podczas hospitalizacji osób po OZW lub ich pierwszej wizyty u realizatora.
Edukator zdrowotny zobowiązany jest do **regularnego kontaktu zdalnego**[36] (1 raz w miesiącu) z uczestnikiem programu. Kontakt będzie inicjowany przez edukatora zdrowotnego zgodnie z opracowanym planem postępowania. Podczas każdego kontaktu monitorowane będą podstawowe informacje o stanie zdrowia uczestnika, tj. przyjmowanie leków, regularność wysiłku fizycznego oraz zachowania żywieniowe. Istnieje możliwość kontaktu zdalnego z rodziną/opiekunem osoby po OZW, w celu uzyskania tych informacji. W przypadku nie odebrania połączenia przez uczestnika programu, edukator podejmuje co najmniej dwie kolejne próby nawiązania kontaktu w odstępach jednodniowych. Próby będą podejmowane w różnych godzinach w ciągu dnia. Dopuszcza się możliwość dwukrotnego braku odpowiedzi uczestnika w trakcie uczestnictwa w programie. Uczestnik będzie wykluczony z udziału w programie w przypadku, gdy nie odpowie trzy razy w trakcie

[34] Fizjoterapeutą jest osobą, o której mowa art. 5 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.
[35] Dietetyk biorący udział w programie musi spełniać kwalifikacje wymagane na stanowisku dietetyka określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
[36] Kontaktem zdalnym jest każdy kontakt z uczestnikiem programu bez konieczności opuszczania przez niego miejsca zamieszkania, a umożliwiający wymianę informacji. Zalicza się do niego m.in. kontakt telefoniczny, kontakt przez skype, what's up lub inny komunikator internetowy, ankiety internetowe lub inne narzędzie zaproponowane przez realizatora.

uczestnictwa w programie, na 3 próby comiesięcznego nawiązania zdalnego kontaktu przez realizatora. W przypadku niezadowalającego zachowania uczestnika programu, edukator zdrowotny będzie przypominał uczestnikowi zalecenia, co do eliminacji czynników ryzyka. Ponadto uczestnik zobowiązany jest **do kontaktu osobistego** (3 razy w ciągu 12 miesięcy trwania programu – pierwsza wizyta podczas kwalifikacji do programu, druga wizyta po 6 miesiącach od wystąpienia epizodu OZW, trzecia wizyta jako spotkanie podsumowujące) u realizatora programu. W ramach wizyty realizator programu zapewni uczestnikowi spotkanie z lekarzem, edukatorem zdrowotnym i wsparcie psychologiczne. Lekarz ma za zadnie ocenić efekty terapii farmakologicznej i stan zdrowia uczestnika. Lekarz kontroluje stan uczestnika programu i wdrażanie przez niego zasad profilaktyki wtórnej oraz stosowanie farmakoterapii. W razie potrzeby lekarz może zlecić odpowiednie badania, zastosować inne metody terapii (poza farmakoterapią) i modyfikować leczenie. Zaleca się aby lekarz kontrolował również glikemię i stężenie lipidów uczestnika. Ewentualne odchylenia od założonego planu będą zgłaszane do edukatora zdrowotnego, w celu próby wypracowania zmian. Edukator zdrowotny w razie potrzeby, współpracuje na każdym etapie z innym koniecznym personelem medycznym. Podczas wizyty uczestnika programu u realizatora oprócz ww. informacji edukator zdrowotny zobowiązuje się, sam lub z pomocą upoważnionego personelu, do zebrania od uczestnika programu podstawowych danych antropometrycznych, takich jak m.in. kontrola masy ciała i ciśnienia tętniczego. Wsparcie psychologiczne ma na celu wspierać i motywować udział uczestnika w programie i osiągnięcie założonych celów.
Po okresie rocznej obserwacji oraz współpracy między edukatorem a uczestnikiem programu zostaną podsumowane wyniki postępowania oraz przygotowane dalsze zalecenia.

Zaleca się aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Realizator zobowiązuje się zapewnić miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia spełniające wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Podczas wykonywania działań w ramach programu realizator będzie stawiał dobro uczestnika jako wartość najwyższą.

Realizator zobowiązany jest do zapewnienia przeprowadzenia interwencji przewidzianych w programie przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę, kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prawidłowego ich wykonania.

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji, realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia **kwalifikacji uczestników do programu**, tj. weryfikacji, czy osoba aplikująca do programu spełnia wymagania – przedłożyła realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział

w programie zgodny z załącznikiem A, mieszka na terenie województwa mazowieckiego, nie uczestniczy w tym samym czasie w innym programie o podobnym charakterze, ma ukończone 18 lat oraz jest osobą w trakcie hospitalizacji po OZW lub w ciągu ostatnich 30 dni kalendarzowych wystąpił u niej epizod OZW. Kwalifikację do programu może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora.

W przypadku, gdy osoba aplikująca do programu spełnia ww. wymagania, poddana jest interwencjom przewidzianym w programie. Interwencje możemy podzielić na dwa etapy: etap szpitalny i etap ambulatoryjny.

Etap szpitalny trwa podczas hospitalizacji osób po OZW lub ich wizyty u realizatora. Rozpoczyna się od opracowania przez edukatora zdrowotnego wraz z uczestnikiem programu karty postępowania zdrowotnego. Jest to pisemny dokument określający prawa i obowiązki uczestnika programu, w trakcie jego trwania. Dokument zawiera informacje niezbędne dla uczestnika o zalecanych zachowaniach zdrowotnych, konieczności odpowiedniej farmakoterapii, podejmowaniu aktywności fizycznej, zaprzestaniu palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. oraz możliwości wsparcia przez lekarza lub edukatora zdrowotnego.

Po opracowaniu karty postępowania zdrowotnego, realizator programu organizuje dla uczestników działania informacyjno-edukacyjne. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone są przez edukatora zdrowotnego, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub lekarza o specjalności: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne. Działania informacyjno-edukacyjne rozszerzone mogą być dla rodziny i osób najbliższych uczestnika programu. Możliwe jest przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w grupach, nie większych niż 4-osobowe. Podczas tych działań realizator musi przekazać uczestnikowi/rodzinie/jego najbliższym wiedzę z zakresu:

1) roli nawyków, żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu OZW;
2) roli rehabilitacji oraz farmakoterapii w zapobieganiu OZW oraz jej powikłaniom;
3) głównych przyczyn wystąpienia OZW oraz jej możliwych skutków i powikłań;
4) zwalczania nikotynizmu, unikania czynnego i biernego palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) i innych wyrobów nikotynowych;
5) konieczności ograniczenia spożywania napojów alkoholowych;
6) możliwych efektów w przypadku wprowadzenia właściwych zmian w stylu życia;
7) sposobów kontroli masy ciała, ciśnienia tętniczego, kontroli stężenia lipidów, glikemii;
8) czynników ryzyka wystąpienia OZW i innych chorób układu krążenia;

9) organizacji systemu opieki kardiologicznej w Polsce i możliwości uzyskania pomocy, aspekty prawne.

Dodatkowo, zakres wiedzy może obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej, a zaproponowane przez realizatora w ofercie złożonej w ramach konkursu.

Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wśród uczestników, w formie testu, z zakresu OZW. Podczas badania zostanie użyte narzędzie stworzone przez realizatora programu, które przedstawia w ofercie złożonej w ramach konkursu. Badanie wiedzy u każdego uczestnika zostanie przeprowadzone dwukrotnie: przed rozpoczęciem działań informacyjno-edukacyjnych (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test). Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczy o wzroście wiedzy uczestnika programu. Test zawierał będzie co najmniej 15 pytań jednokrotnego wyboru. Tematyka pytań musi obejmować zakres wiedzy przedstawionej w ramach działań informacyjno-edukacyjnych.

W etapie szpitalnym realizator zobowiązany jest do zorganizowania uczestnikowi wizyty u lekarza o specjalizacji: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne, podczas której zostanie omówiona kwestia m.in. farmakoterapii i zaleceń lekarskich. Lekarz kontroluje stan uczestnika programu i wdrażanie przez niego zasad profilaktyki wtórnej oraz stosowanie farmakoterapii. W razie potrzeby lekarz może zlecić odpowiednie badania, zastosować inne metody terapii (poza farmakoterapią) i modyfikować leczenie. Zaleca się aby lekarz kontrolował również glikemię i stężenie lipidów uczestnika. Wizyta trwa min. 30 minut.

W etapie szpitalnym realizator zobowiązany jest do zorganizowania uczestnikowi, konsultacji rehabilitacyjnej z lekarzem rehabilitacji lub fizjoterapeutą. Konsultacja taka trwa min. 40 minut. Lekarz rehabilitacji lub fizjoterapeuta musi przekazać uczestnikowi programu wiedzę z zakresu:

1) rekomendowanej aktywności fizycznej (indywidualnej dla każdego uczestnika);
2) minimalnym zalecanym czasie aktywności fizycznej;
3) pozytywnego wpływu zwiększania aktywności fizycznej w przypadku siedzącego trybu życia;
4) pozytywnego wpływu uczęszczania na zajęcia rekreacyjne;
5) ryzyka nawrotu choroby w przypadku zaniechania aktywności fizycznej;
6) oczekiwanych rezultatów.

Dodatkowo, zakres wiedzy może obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej, a zaproponowane przez realizatora w ofercie złożonej w ramach konkursu.

Zalecane jest aby podczas tej konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidulany program aktywności fizycznej.

W etapie szpitalnym realizator zobowiązany jest do zorganizowania uczestnikowi programu konsultacji dietetycznej z dietetykiem. Konsultacja taka trwa min. 40 minut. Dietetyk musi przekazać uczestnikowi programu wiedzę z zakresu:

1) dziennej podaży energii, zawartości tłuszczu w diecie, tłuszczów nasyconych, sodu i innych składników;
2) oceny nawyków żywieniowych;
3) zapoznania z zawartością soli, tłuszczów oraz wody w codziennej żywności;
4) ukierunkowania na właściwe wybory żywieniowe;
5) wykorzystania strategii zmiany nawyków i przestrzegania zaleceń;
6) oczekiwanych rezultatów.

Zalecane jest aby podczas tej konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidualny plan żywieniowy.

Dodatkowo, zakres wiedzy może obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej, a zaproponowane przez realizatora w ofercie złożonej w ramach konkursu.

W etapie szpitalnym realizator zobowiązany jest zapewnić uczestnikowi wsparcie psychologiczne, w którego skład będą wchodziły zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Zajęcia mogą organizowane być w formie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w programie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów.

Etap ambulatoryjny polega na regularnym kontakcie zdalnym i wizytach osobistych uczestnika programu u realizatora. Kontakt zdalny odbywa się 1 raz w miesiącu, kontakt osobisty – 3 razy w ciągu 12 miesięcy uczestniczenia w programie – pierwsza wizyta podczas kwalifikacji do programu, druga wizyta po 6 miesiącach od wystąpienia epizodu OZW, trzecia wizyta jako spotkanie podsumowujące. Kontakt inicjowany jest przez edukatora zdrowotnego zgodnie z opracowanym planem postępowania. Podczas każdego kontaktu edukator zdrowotny monitoruje podstawowe informacje o stanie zdrowia uczestnika, tj. przyjmowanie leków, regularność wysiłku fizycznego oraz zachowania żywieniowe. Edukator zdrowotny przypomina uczestnikowi zalecenia co do stylu życia, aktywności fizycznej, diety, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. oraz eliminacji czynników ryzyka. Podczas kontaktu osobistego oprócz ww. informacji edukator zdrowotny zobowiązuje się, sam lub z pomocą

upoważnionego personelu, do zebrania od uczestnika programu podstawowych danych antropometrycznych, takich jak m.in. kontrola masy ciała i ciśnienia tętniczego.

Podczas wizyty uczestnika programu u realizatora, ten zobowiązany jest zapewnić uczestnikowi oprócz spotkania z edukatorem zdrowotnym, także wizytę u lekarza, w celu oceny efektów terapii farmakologicznej i stanu jego zdrowia oraz wsparcie psychologiczne, w celu wsparcia i motywacji do udziału w programie. Ewentualne odchylenia od założonego planu będą zgłaszane do edukatora zdrowotnego, w celu próby wypracowania zmian. Edukator zdrowotny w razie potrzeby, współpracuje na każdym etapie z innym koniecznym personelem medycznym. Uczestnik programu na każdym etapie może zwrócić się do edukatora zdrowotnego o pomoc.

Roczna obserwacja oraz współpraca między edukatorem a uczestnikiem programu kończy się spotkaniem podsumowującym z edukatorem zdrowotnym, lekarzem i osobą udzielającą wsparcia psychologicznego. Przedstawione zostają zalecenia co do dalszego postępowania.

Zaleca się aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, gdy:

1. zostaną mu udzielone wszystkie interwencje przewidziane w programie;
2. zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w rozdziale III.2.

Realizator jest zobowiązany do wskazania uczestnikowi programu, podmiotów/jednostek, gdzie może on otrzymać pomoc w zakresie chorób układu krążenia, ze szczególnym nastawieniem na jednostki udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Uczestnicy programu będą mogli skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego lub prywatnego w przypadku potrzeby/chęci skorzystania z dalszego leczenia/poradnictwa.

Zaleca się aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

Działania stosowane w ramach trwania programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującymi prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Realizator programu będzie wybrany w drodze konkursu ofert zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie.

Realizatorem będzie mógł być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

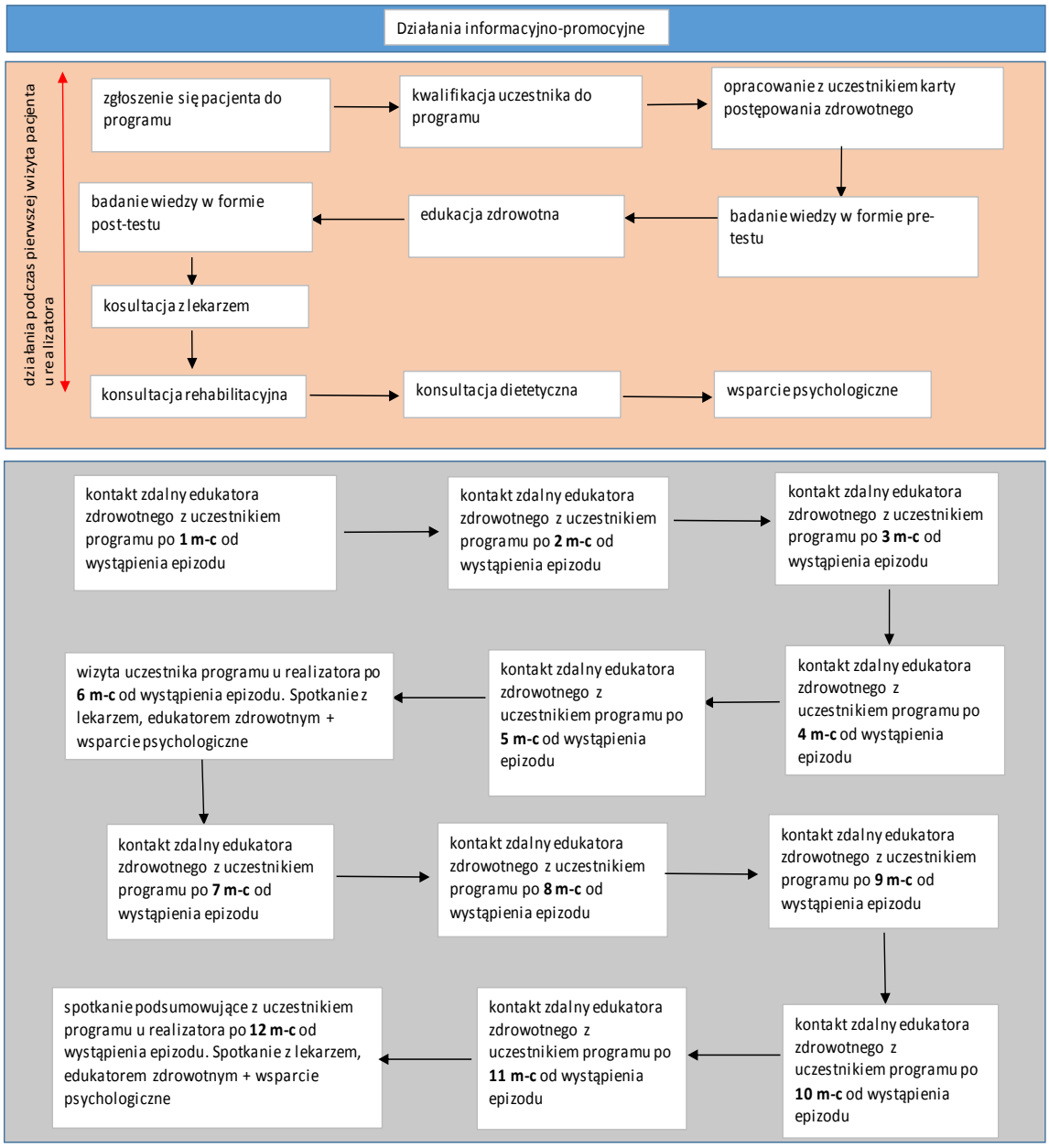
W trosce o dobro uczestnika programu, ze względu na jego miejsce zamieszkania, organizator dopuszcza możliwość nawiązania współpracy przez realizatora z POZ funkcjonującym w miejscu zamieszkania uczestnika programu. Możliwość ta, ma na celu ułatwienie uczestnikom korzystania ze świadczeń przewidzianych w programie.

Poniżej przedstawiono działania obligatoryjne programu:

1. Działania informacyjno-promocyjne;
2. Kwalifikacja uczestników do programu;
3. Opracowanie z uczestnikiem karty postępowania zdrowotnego;
4. Przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych;
    1) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników programu z zakresu OZW – pre-test;
    2) edukacja zdrowotna;
    3) ponowne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników programu z zakresu OZW - post-test;
5. Konsultacja z lekarzem;
6. Konsultacja rehabilitacyjna;
7. Konsultacja dietetyczna;
8. Wsparcie psychologiczne;
9. Regularny kontakt zdalny edukatora zdrowotnego z uczestnikiem programu;
10. Regularny kontakt osobisty (edukator zdrowotny + lekarz + wsparcie psychologiczne);

11. Spotkanie podsumowujące roczną obserwację uczestnika programu.

Rycina 4. Schemat postępowania podczas realizacji programu



Źródło: Opracowanie własne

Ad 1. Działania informacyjno-promocyjne

W celu realizacji programu polityki zdrowotnej realizator przeprowadzi działania informacyjno-promocyjne skierowane do osób z populacji docelowej, zachęcające do aktywnego udziału w programie. Celem działań informacyjno-promocyjnych jest poinformowanie jak najszerszej liczby osób z populacji docelowej o możliwości uczestnictwa w programie. Mieszkańcy województwa mazowieckiego będą informowani o programie m.in. za pośrednictwem lokalnych mediów, stron internetowych jednostek samorządu terytorialnego, lokalnych forów internetowych oraz plakatów i ulotek.

Sugerowanymi sposobami rozpowszechnienia informacji o programie są:

1. przesłanie informacji drogą mailową do placówek wymienionych w rozdziale III.2;
2. przesłanie materiałów promocyjnych (m.in. plakaty i ulotki) do placówek wymienionych w rozdziale III.2;
3. umieszczenie informacji o programie na stronie internetowej realizatora.

Realizator może dodatkowo nawiązać współpracę m.in. z: poradniami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnymi poradniami specjalistycznymi i innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w celu rozpowszechniania informacji o możliwości udziału w programie.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie zależy od realizatora.

Realizator przyjmie do udziału w programie osoby po OZW, do osiągnięcia limitu osób zadeklarowanych na etapie konkursu.

Ad 2. Kwalifikacja uczestników do programu

Podczas kwalifikacji uczestników do programu, realizator musi zweryfikować, czy osoba zgłoszona do udziału w programie spełnia kryteria włączenia opisane w rozdziale III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w regionalnym programie zdrowotnym oraz kryteria wyłączenia z regionalnego programu zdrowotnego. Do programu mogą zostać zakwalifikowane tylko te osoby, które spełniają jednocześnie wszystkie kryteria włączenia. W późniejszych etapach interwencji realizator musi wykluczyć z udziału w programie uczestnika, u którego wystąpi co najmniej jedno kryterium wyłączenia. Kwalifikację do programu może prowadzić pracownik administracyjny realizatora.

Ad 3. Opracowanie z uczestnikiem karty postępowania zdrowotnego

Edukator zdrowotny opracowuje wraz z uczestnikiem kartę postępowania zdrowotnego – pisemny dokument, w którym zapisane zostaną wszystkie prawa i obowiązki uczestnika w trakcie trwania programu. Zapisane w nim będą wszystkie etapy, które przejdzie uczestnik w trakcie trwania programu. Dokument ten będzie zawierał również informacje o potrzebnych do zmodyfikowania zachowaniach zdrowotnych uczestnika, konieczności przyjmowania leków, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in., a także miejscu i sposobach możliwego do uzyskania wsparcia przez lekarza lub edukatora zdrowotnego. Karta postępowania zdrowotnego może być uzupełniania przez kolejnych specjalistów, do których uczestnik jest kierowany.

Ad 4. Przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych

Działania informacyjno-edukacyjne składają się z:

a.) badania wiedzy, w formie pre-testu, sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z zakresu OZW

Przed przeprowadzeniem działań informacyjno-edukacyjnych realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy wśród uczestników, w formie pre-testu, z zakresu OZW. Podczas badania zostanie użyte narzędzie stworzone przez realizatora programu. Badanie ma za zadanie sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu z zakresu OZW, przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej.

b.) edukacji zdrowotnej

Realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia dla każdego uczestnika programu edukacji z zakresu OZW. Edukacja zdrowotna zostanie przeprowadzona podczas pobytu uczestnika programu u realizatora. Możliwie jest łączenie uczestników programu w grupy z zastrzeżeniami opisanym w rozdziale III.4. Tematy poruszane na wykładach zostały omówione w rozdziale III.4.

c.) ponownego badania wiedzy, w formie post-testu, sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z zakresu OZW

W ramach ponownego badania sprawdzającego poziom wiedzy zostanie użyte to samo narzędzie, co przy początkowym badaniu wiedzy. Zostanie wykonane po przeprowadzeniu edukacji zdrowotnej. O wzroście poziomu wiedzy świadczy wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej w ponownym badaniu wiedzy.

Na etapie konkursu, realizator przedstawi kwestionariusz ankietowy, którym będzie badał wiedzę uczestników programu z zakresu OZW.

Celem działań informacyjno-edukacyjnych jest:

a.) sprawdzenie początkowego poziomu wiedzy uczestników programu z zakresu OZW;

b.) przekazanie wiedzy, dzięki której m.in. wzrośnie poziom wiedzy uczestników na temat problematyki OZW;

c.) sprawdzenie końcowego poziomu wiedzy uczestników programu z zakresu OZW.

Wiedza przekazywana uczestnikowi podczas działań informacyjno-edukacyjnych musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.

Ad 5. Konsultacja z lekarzem

Realizator w ramach programu musi zapewnić uczestnikowi indywidualne konsultacje z lekarzem o specjalizacji: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne. Lekarz kontroluje stan uczestnika programu i wdrażanie przez niego zasad profilaktyki wtórnej oraz stosowanie farmakoterapii.

W razie potrzeby lekarz może zlecić odpowiednie badania, zastosować inne metody terapii (poza farmakoterapią) i modyfikować leczenie. Zaleca się aby lekarz kontrolował również glikemię i stężenie lipidów uczestnika. Wizyta u lekarza trwa co najmniej 30 minut.

Ad 6. Konsultacja rehabilitacyjna

Realizator w ramach programu zapewni uczestnikowi indywidualną konsultację rehabilitacyjną z lekarzem rehabilitacji lub fizjoterapeutą. Konsultacja będzie trwała co najmniej 40 minut. Tematy poruszane podczas konsultacji zostały omówione w rozdziale III.4. Zalecane jest aby podczas konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidulany program aktywności fizycznej.

Ad 7. Konsultacja dietetyczna

Realizator w ramach programu zapewni uczestnikowi indywidualną konsultację dietetyczną z dietetykiem. Konsultacja będzie trwała co najmniej 40 minut. Tematy poruszane podczas konsultacji zostały omówione w rozdziale III.4.
Zalecane jest aby podczas tej konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidualny plan żywieniowy.

Ad 8. Wsparcie psychologiczne

Realizator w ramach programu zapewni uczestnikowi indywidualne wsparcie psychologiczne, w którego skład będą wchodziły zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Zajęcia mogą organizowane być w formie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w programie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów. Mogą one być prowadzone przez psychologa lub terapeutę (w tym behawioralnego). Wsparcie psychologiczne trwa min. 30 minut.

Ad 9. Regularny kontakt zdalny edukatora zdrowotnego z uczestnikiem programu

Po wypisie uczestnika ze szpitala, edukator zdrowotny zobowiązany jest do regularnego kontaktu zdalnego z uczestnikiem programu. Kontakt zdalny odbywać się będzie 1 raz na miesiąc. Kontakt będzie inicjowany przez edukatora zdrowotnego zgodnie z opracowanym planem postępowania. Podczas kontaktu zdalnego edukator zdrowotny będzie monitorował podstawowe informacje o stanie zdrowia uczestnika programu. Monitorowaniu podlegać będzie m.in. przyjmowanie leków, regularność wysiłku fizycznego, zachowania żywieniowe, zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) i spożywania alkoholu i in. W przypadku niezadowalającego zachowania uczestnika programu, edukator zdrowotny będzie przypominał uczestnikowi zalecenia, co do eliminacji czynników ryzyka.

Ad 10. Regularny kontakt osobisty (edukator zdrowotny + lekarz + wsparcie psychologiczne)

Edukator zdrowotny zainicjuje kontakt osobisty z uczestnikiem programu. Kontakt osobisty odbędzie się 3 razy w ciągu 12 miesięcy trwania programu – pierwsza wizyta podczas

kwalifikacji do programu, druga wizyta po 6 miesiącach od wystąpienia epizodu OZW, trzecia wizyta jako spotkanie podsumowujące. Podczas kontaktu osobistego uczestnik programu ma zapewnioną wizytę u lekarza, wsparcie psychologiczne i spotkanie z edukatorem zdrowotnym. Podczas kontaktu osobistego edukator dodatkowo, sam lub z pomocą upoważnionego personelu, zbiera od uczestnika programu podstawowe dane antropometryczne, takie jak m.in. kontrola masy ciała i ciśnienia tętniczego. Edukator zdrowotny przypomina uczestnikowi zalecenia co do stylu życia, aktywności fizycznej, diety, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) i spożywania alkoholu i in. oraz eliminacji czynników ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych.

Ad 11. Spotkanie podsumowujące roczną obserwację uczestnika programu

Roczna obserwacja oraz współpraca między edukatorem a uczestnikiem programu kończy się spotkaniem podsumowującym oraz zaleceniami, co do dalszego postępowania. Podczas spotkania podsumowującego uczestnik spotyka się z lekarzem, edukatorem zdrowotnym oraz ma zapewnione wsparcie psychologiczne.

Zaleca się aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

1. Realizator programu będzie wybrany w drodze konkursu.
2. Realizator będzie wykonywał działania w ramach programu stawiając dobro uczestnika jako wartość najwyższą.
3. Realizator zapewni uczestnikowi programu najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie programu.
4. Realizator będzie przeprowadzał działania programu, w taki sposób aby jak najefektywniej wykorzystać czas przewidziany na interwencje przewidziane w programie.
5. Świadczenia w ramach programu będą udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
6. Udział w programie jest dobrowolny.
7. Uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z załącznikiem A, przed rozpoczęciem działań w ramach programu.
8. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń.

9. Do programu będą włączone tylko osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia.
10. Nabór uczestników do programu odbywa się do 15 grudnia 2021 r. W roku 2022, udzielane są interwencje dla uczestników już zakwalifikowanych przed 15 grudnia 2021 r.
11. Świadczenia programu będą przerywane, a uczestnik zakończy udział w programie w przypadku, kiedy zaistnieje kryterium wyłączenia.
12. Świadczenia w ramach programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
13. Sprzęt stosowany w programie musi spełniać wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadać niezbędne certyfikaty.
14. Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie będzie wpływało negatywnie na inne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane przez tego realizatora.
15. Uczestnicy programu będą informowani o źródłach finansowania programu.
16. Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki realizator zadeklarował na etapie konkursu na realizację programu.
17. Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może wziąć w nim udziału ponownie.
18. Uczestnik, u którego wystąpił ponowny epizod OZW, w ciągu 12 miesięcy od pierwszego epizodu, kontynuuje program zgodnie z planem opracowanym przy pierwszym epizodzie.
19. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami wskazanymi w programie.
20. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.
21. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
22. Interwencje prowadzone w ramach programu nie będą stanowiły zagrożenia dla uczestników programu.

23. Działania przewidziane w programie muszą być prowadzone przez personel charakteryzujący się odpowiednim wykształceniem oraz doświadczeniem opisanym w programie.
24. Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, będzie opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.
25. Realizator programu na etapie konkursu musi wykazać, że jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub jego partner jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą[37] w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
26. Realizator na etapie konkursu musi oświadczyć, że jest w stanie zapewnić prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
27. Realizator na etapie konkursu musi oświadczyć, że posiada odpowiednio wykwalifikowaną kadrę do udzielania świadczeń w ramach programu.

Tabela 1. Planowany harmonogram wdrażania i realizacji programu (źródło: opracowanie własne)

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Opracowanie projektu PPZ wraz z wyceną świadczeń i konsultacjami projektu programu	ZD	13 lutego 2019 r.	22 marca 2019 r.
2.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	26 marca 2019 r.	26 marca 2019 r.
3.	Opiniowanie projektu PPZ	AOTMiT	27 marca 2019 r.	27 maja 2019 r.
4.	Aktualizowanie treści PPZ	ZD	28 maja 2019 r.	11 czerwca 2019 r.
5.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD	12 czerwca 2019 r.	26 czerwca 2019 r.
6.	Ogłoszenie konkursu na wybór realizatorów programu	ZD	3 lipca 2019 r.	3 sierpnia 2019 r.
7.	Składanie ofert konkursowych	potencjalni realizatorzy	4 sierpnia 2019 r.	4 września 2019 r.
8.	Ocena formalna i merytoryczna	ZD	5 września 2019 r.	12 września 2019 r.
9.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	wrzesień 2019 r	wrzesień 2019 r.
10.	Podpisywanie umów	ZD, realizatorzy	wrzesień 2019 r.	wrzesień 2019 r.
11.	Nabór uczestników do PPZ	Realizatorzy	październik 2019 r.	15 grudnia 2021 r.
12.	Realizacja PPZ	Realizatorzy	październik 2019 r.	15 grudnia 2022 r.
13.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2019 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2020 r.	31 stycznia 2020 r.
14.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2020 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2021 r.	31 stycznia 2021 r.
15.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2021 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2022 r.	31 stycznia 2022 r.
16.	Przekazanie sprawozdań rocznych z realizacji PPZ w 2022 r.	Realizatorzy	1 stycznia 2023 r.	31 stycznia 2023 r.
17.	Przekazanie sprawozdania końcowego z realizacji PPZ	Realizatorzy	1 stycznia 2023 r.	31 stycznia 2023 r.
18.	Ewaluacja PPZ	ZD	1 lutego 2023 r.	31 marca 2023 r.
19.	Zaakceptowanie raportu z ewaluacji PPZ przez ZWM	ZWM	8 kwietnia 2023 r.	8 kwietnia 2023 r.
20.	Przekazanie raportu z ewaluacji PPZ do AOTMiT oraz zamieszczanie jego treści na BIP Organizatora	ZD	10 kwietnia 2023 r.	15 kwietnia 2023 r.

[37] Do dokumentacji składanej przez realizatora w konkursie musi zostać dołączone porozumienie, umowa lub inny dokument określający wspólny cel partnerów/stron mający na celu realizację niniejszego programu.

Rozwinięcie skrótów użytych w tabeli:
PPZ - program polityki zdrowotnej pn.: „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych";
AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
ZD - Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
ZWM - Zarząd Województwa Mazowieckiego.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

a) oceny zgłaszalności do programu,

b) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,

c) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, Realizator zobowiązany jest do złożenia corocznie następujących dokumentów:

1) sprawozdanie roczne z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik D;

2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnych ze wzorem stanowiącym załącznik C;

3) analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu – wykorzystując do tego, stworzone przez realizatora narzędzie;

4) sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu – zgodnie z załącznikiem D.

Sprawozdanie roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne.

a) ocena zgłaszalności do programu

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

1. imię i nazwisko uczestnika ubiegającego się o udział w programie;
2. dane kontaktowe do osoby ubiegającej się o udział w programie (sugeruje się zebranie takich danych jak: numer telefonu, adres korespondencyjny, adres e-mail).

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie sprawozdania rocznego – zgodnego z załącznikiem D.

b) ocena jakości świadczeń w programie

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z załącznikiem C. Uczestnik programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi kwestionariusza zgodnego z załącznikiem C po udzieleniu uczestnikowi wszystkich świadczeń.

Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.

Poniżej przedstawiono wytyczne do sporządzenia analizy wyników ankiet satysfakcji uczestników programu:

1. Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:
    1) liczbę uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji uczestników programu;
    2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji uczestników programu;
    3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
    4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
    5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się aby analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analiza wyników może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

c) ocena efektywności programu

Efektywność programu będzie oceniana na podstawie sprawozdania z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej wymienionych w rozdziale II.3, zgodnego z załącznikiem D. Analiza osiągniętych wartości w omawianych miernikach będzie podstawą do oceny czy zostały osiągnięte założone cele programu.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

5.2. Ewaluacja

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia, jednorazowo, po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji:

1. sprawozdanie ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu, w całym okresie trwania programu,
2. analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, w całym okresie trwania programu,
3. analizę badania poziomu wiedzy uczestników programu, w całym okresie trwania programu,
4. sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej, w całym okresie trwania programu.

Sprawozdanie ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu, analiza wyników ankiet satysfakcji, analiza badania poziomu wiedzy, sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu, muszą zawierać te same elementy, co ich odpowiedniki roczne. Ww. sprawozdania i analizy mogą zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia modyfikacji w sprawozdaniach i analizach rocznych, sprawozdania i analizy końcowe muszą również zostać zmodyfikowane.

Zaleca się aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Na podstawie między innymi analizy raportów rocznych oraz końcowych, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o aktualizacji i realizacji niniejszego programu w kolejnych latach lub jego zawieszeniu.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Ostateczny koszt jednostkowy jednej osoby uczestniczącej w programie zostanie określony w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na realizację niniejszego programu.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestnika programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 20% wartości kosztów bezpośrednich.

W związku z opracowywaniem „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych", Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę głównych świadczeń przewidzianych w programie do: jednostek samorządu terytorialnego z Mazowsza, Instytutu Kardiologii w Warszawie, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych szpitali i jednostek z poradniami/oddziałami kardiologicznymi z województwa mazowieckiego.

Wartość poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego do użycia w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy[38]. Przedstawione zostały na rycinie 5.

Rycina 5. Średnie szacunkowe wartości świadczeń przewidzianych w programie przypadające na 1 uczestnika

Koszty bezpośrednie z podziałem na elementy	Koszt jednostkowy elementu (zł)	Liczba świadczeń	Koszt udziału uczestnika we wszystkich elementach programu (zł)
kwalifikacja uczestnika do programu	117,32	1	117,32
Konsultacja z lekarzem	142,95	3	428,85
Konsultacja z rehabilitacyjna	130,76	1	130,76
Konsultacja dietetyczna	125,03	1	125,03
Wsparcie psychologiczne	144,73	3	434,19
Spotkanie z Edukatorem Zdrowotnym	119,20	3	357,60
Kontakt zdalny edukatora zdrowotnego z uczestnikiem programu	52,44	10	524,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie wycen otrzymanych od 22 podmiotów.

Suma kosztów bezpośrednich wynosi 2 118,15 zł. Koszty pośrednie wynoszą 423,63 zł. Całkowity koszt przepadający na jednego uczestnika programu 2 541,78 zł.

Należy zaznaczyć, że w przypadku rozszerzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla rodziny lub osób z najbliższego otoczenia uczestnika programu, koszt udziału tych osób w działaniach informacyjno-edukacyjnych wliczony jest w koszt udziału uczestnika programu.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

[38] Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 22 podmiotów, odrzucając wartość zbyt wysokie i zbyt niskie, przypadające na 1 uczestnika.

6.2. Koszty całkowite

Okres realizacji programu wynosi cztery lata (2019-2022). Budżet programu został określony w wysokości 1 750 000,00 zł (250 000,00 zł na 2019 r. oraz po 500 000,00 zł na każdy kolejny rok trwania programu).

6.3. Źródła finansowania

Program finansowany jest w całości z budżetu Samorządu Województwa Mazowieckiego.

7. Bibliografia

a. publikacje:

- N. I. Nikolaou. H.-R. Arntz, A. Bellou i in. „Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych", Wytyczne resuscytacji, nr 8, 2015;
- Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, „Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku", Kardiologia Polska 2018; 76, 2;
- K. Thygesen, J.S. Alpert, A. S. Jaffe i in.: Grupa tworząca dokument w imieniu Wspólnej Grupy Roboczej ESC/ACCF/AHA/WHF ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, „Trzecia Uniwersalna Definicja Zawału Serca", Kardiologia Polska, tom 70, Via Medica 2012;
- A. Kumar. Ch. P. Cannon, „Acute Coronary Syndromes: Diagnostic and Management, Part I" Mayo Clin Proc 2009; 84 (10), tłum. Lek. P. Niewiński, „Ostre Zespoły Wieńcowe: Diagnostyka i leczenie (Niestabilna Dławica Piersiowa i NSTEMI)" Medycyna po dyplomie, vol 19/nr 8/sierpień 2010;
- Morise AP, Haddad WJ, Beckner D. „Development and validation of a clinical score to estimate the probability of coronary artery disease in men and women presenting with suspected coronary disease", Med 1997;102(4);
- E. Kozak-Szkopek, J. Baraniak, J. Mieczkowska, „Rozpowszechnienie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca w szóstej dekadzie życia", Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Lublinie, Gerontologia Polska, tom 14, nr 1, Lublin 2006;
- D. Płaczkiewicz, S. Raczkiewicz, A. Kleinrok, „Postępowanie przedszpitalne w ostrych zespołach wieńcowych", Kardiologiczna opieka ambulatoryjna, Kardiologia po Dyplomie; 9 (9), 2010;
- L. Poloński, M. Osuch, „Czy lekarz rodzinny może poprawić rokowanie chorych

z ostrymi zespołami wieńcowymi Co wynika z ogólnopolskiego rejestru PL-ACS", Przewodnik Lekarza, 2007;

- Hartley A., Marshall D.C., Salciccioli J.D., i in., „Trends in Mortality From Ischemic Heart Disease and Cerebrovascular Disease in Europe: 1980 to 2009. Circulation", 133(20), 2016;
- Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P., i in. „Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016". Eur Heart J., 37(42), 2016;
- Rutkowska L., Waligórska M., Sapała K., „Trwanie życia w 2017 r.", Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, Warszawa 2018;
- Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., "Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji", Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
- E.M. Antman, S.T. Anbe, P.W. Armstrong, i in. „ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: executive summary, a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association", 44, 2004;
- European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Committee for Science Guidelines, „Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical activity counselling and exercise training: key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation". Eur Heart 31 (16), 2010;
- The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, „ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012", Eur Heart J., 33 (14), 2012;
- Raport Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Taryfikacji, „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego", 2016.

b. źródła internetowe:

- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład higieny – www.pzh.gov.pl;
- Główny Urząd Statystyczny – www.stat.gov.pl;
- „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego" - www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl;

- PubMED - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/.

c. akty prawne:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- Zarządzenie nr 38.2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca;
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej
  i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

d. Inne źródła:

- III Kongres Wyzwań Zdrowotnych (HCC 2018).

Załączniki

Załącznik A. Wzór świadomej zgody na udział w programie

Świadoma zgoda na udział w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres korespondencyjny (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych” oraz otrzymałam(em), satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany, o tym, że program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego, tj. jestem osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażam zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący program.

.....
Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*
* Niepotrzebne skreślić

Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”

.....
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....

.....

.....

……

Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia*
* Niepotrzebne skreślić

Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Ankieta satysfakcji uczestników „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas i uczestnictwo w programie.

W pytaniach 1-9 proszę zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5,
gdzie 1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

2. Jak ocenia Pani/Pan organizację programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

3. Jak Pani/Pan ocenia współpracę z edukatorem zdrowotnym pracującym przy realizacji programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

4. Jak ocenia Pani/Pan lekarza pracującego przy realizacji programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

5. Jak ocenia Pani/Pan lekarza rehabilitanta/fizjoterapeutę pracującego przy realizacji programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

6. Jak ocenia Pani/Pan dietetyka pracującego przy realizacji programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

7. Jak ocenia Pani/Pan psychologa pracującego przy realizacji programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

8. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania programu?

1 2 3 4 5

Uwagi: .....

9. Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w programie innym osobom?

1 2 3 4 5

10. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

- ☐ z podmiotu leczniczego,
- ☐ z Internetu,
- ☐ od znajomych/innych uczestników,
- ☐ z ulotki/plakatu,
- ☐ inne (jakie?) …….

11. Czy uważa Pani/Pan, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- ☐ tak
- ☐ nie

12. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji programu?

- ☐ tak (jeśli tak to jakie?)

.....

.....

- ☐ nie

13. Inne uwagi

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym uczestnikom.

Załącznik D. Wzór sprawozdania rocznego

Dane realizatora: ……(nazwa, adres NIP, REGON)

Nr umowy:……

Sprawozdanie za okres: ……

Sprawozdanie z realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”

Sprawozdanie z wykonania świadczeń w ramach programu

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których została udostępniona informacja o możliwości udziału w programie w danym roku.	
2.	Liczba osób aplikujących do programu w danym roku.	
3.	Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie w danym roku.	
4.	Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie w danym roku.	
5.	Liczba zgonów uczestników programu w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia epizodu OZW.	
6.	Liczba ponownych epizodów OZW u uczestników programu w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia pierwszego epizodu.	
7.	Liczba osób, którym przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne w danym roku.	
8.	Liczba przeprowadzonych konsultacji rehabilitacyjnych w danym roku.	
9.	Liczba przeprowadzonych konsultacji dietetycznych w danym roku.	
10.	Liczba przeprowadzonych konsultacji zdalnych edukatora zdrowotnego z uczestnikami programu w danym roku.	
11.	Liczba przeprowadzonych wizyt osobistych uczestnika programu u realizatora programu (w tym pierwsza wizyta) w danym roku.	
12.	Liczba przeprowadzonych spotkań uczestnika programu z lekarzem (w tym pierwsza wizyta) w danym roku.	
13.	Liczba przeprowadzonych spotkań uczestnika programu z edukatorem zdrowotnym (w tym pierwsza wizyta) w danym roku.	
14.	Liczba udzielonych wsparć psychologicznych dla uczestnika programu (w tym pierwsza wizyta) w danym roku.	
15.	Liczba spotkań podsumowujących po rocznej obserwacji uczestnika programu w danym roku.	

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
16.	Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie i objęto co najmniej jedną interwencją przewidzianą w programie.	
17.	Odsetek uczestników programu, u których wzrósł poziom wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.	
18.	Odsetek uczestników programu, którzy zaprzestali palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), a którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.	
19.	Odsetek uczestników programu, którzy podjęli aktywność fizyczną, trwającą minimum 75 min. w tygodniu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.	

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika

20.	Odsetek uczestników programu, u których odnotowano spadek masy ciała o minimum 3% - wg. pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie, w porównaniu z masą ciała zmierzoną podczas pierwszej wizyty.	
21.	Odsetek uczestników programu, którzy regularnie stosują farmakoterapię – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.	
22.	Odsetek uczestników programu, którzy zmienili nawyki żywieniowe na prozdrowotne – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.	
23.	Liczba ponownych epizodów OZW w ciągu 12 miesięcy po wystąpieniu pierwszego epizodu.	

Uwagi:

.....

.....

Część opisowa:

.....

.....

.....

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu

.....

.....

.....

Analiza badania poziomu wiedzy uczestników programu

.....

.....

.....