

**Załącznik Nr 2 do ogłoszenia do Uchwały Nr 303/2022
Zarządu Powiatu Przemyskiego z dnia 28 lutego 2022 r.**

AKCEPTUJĘ

.....

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób
układu krążenia na lata 2022-2024 dla mieszkańców Powiatu
Przemyskiego**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (t. Dz.U. z 2021 poz. 1285 z późn.zm.)

Przemyśl, 2021

1. Nazwa programu:

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata 2022-2024
dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego

2. Okres realizacji programu: 2022-2024

3. Autorzy programu: dr n. med. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

4. Kontynuacja/trwałość programu:

Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców powiatu przemyskiego nie
był dotąd realizowany.

5. Dane kontaktowe:

Starostwo Powiatowe w Przemyślu

plac Dominikański 3

37-700 Przemyśl

e-mail: starostwo@powiat.przemysl.pl

Tel: 16/ 678 50 54

6. Data opracowania programu: lipiec 2021 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	6
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	12
1. Cel główny:	13
2. Cele szczegółowe:	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
1. Populacja docelowa	15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje:	15
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	21
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	21
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	23
1. Monitorowanie	23
2. Ewaluacja	23
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszt jednostkowy	24
2. Koszty całkowite:	24
3. Źródło finansowania	24
Załączniki	26

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby układu krążenia przez WHO postrzegane są jako jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Szacuje się, że w skali globalnej stanowią one 30% przyczyn wszystkich zgonów, co w połowie ubiegłej dekady przekładało się na około 17 milionów osób umierających z ich powodu. W tej grupie 46% zgonów dotyczyło osób poniżej 70 roku życia, 18% - poniżej 60 roku życia, a więc w dużej mierze dotyczyły one osób będących wciąż w wieku produkcyjnym. Dla tej grupy wiekowej 79% obciążenia chorobami przypadało właśnie na choroby układu krążenia¹. Dane te pokazują nie tylko indywidualny wymiar dramatu obcowania z chorobą i przedwczesną śmiercią, której można byłoby uniknąć dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi prewencji. Wskazują one również na niezwykle znaczące obciążenie ekonomiczne związane z przedmiotowymi chorobami, wywierające negatywny wpływ na ogół społeczeństwa i gospodarki państw świata. Obciążenie to związane jest zarówno z kosztami leczenia osób dotkniętych chorobami układu krążenia, jak i z kosztami makroekonomicznymi (wynikającymi z dużej liczby utraconych lat życia) i obniżoną produktywnością chorujących osób. Są to jednocześnie dane uzasadniające konieczność podejmowania działań prewencji pierwotnej i wtórnej, w tym – adresowanych do grup wiekowych w największym stopniu narażonych na ryzyko przedwczesnego zgonu związanego z chorobami układu krążenia. Zadanie to jest tym istotniejsze i tym bardziej uzasadnione, że występowanie omawianych chorób w znacznej mierze zależne jest od kontrolowanych czynników ryzyka, związanych ze stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi jednostek, co daje bardzo duże szanse na skuteczne zmniejszenie obciążenia chorobami układu krążenia w wymiarze zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym, w przypadku podjęcia stosownych działań profilaktycznych.

Choroby układu krążenia to dość liczna grupa chorób, w międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 są umieszczone pod pozycjami od I00 do I99. W przedziale tym znajduje się łącznie 10 następujących grup klasyfikacyjnych chorób²:

- I00–I02 – Ostra choroba reumatyczna,

1. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization, Geneva 2007 oraz Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving (eds.) Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva 2011.

2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>; dostęp: 28.06.2021r.].

- I05–I09 – Przewlekła choroba reumatyczna serca,
- I10–I15 – Nadciśnienie tętnicze,
- I20–I25 – Choroba niedokrwienności serca,
- I26–I28 – Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego,
- I30–I52 – Inne choroby serca (w tym I50 – niewydolność serca oraz I47-49 – zaburzenia rytmu serca),
- I60–I69 – Choroby naczyń mózgowych,
- I70–I79 – Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych,
- I80–I89 – Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej,
- I95–I99 – Inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia.

Kluczową rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niektóre wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia, takie jak: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, czy przewlekły stres uważane obecnie za podstawowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Powielanie tych zachowań przez dłuższy czas może prowadzić do zaburzeń biochemicznych i fizjologicznych, których konsekwencją będą np. otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze krwi³. Światowa Organizacja Zdrowia uznała następujące czynniki ryzyka jako najistotniejsze w przypadku chorób układu krążenia⁴:

- nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR > 140/90 mmHg),
- zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu),
- palenie tytoniu,
- niska aktywność ruchowa,
- nadwaga i otyłość,
- upośledzona tolerancja glukozy,
- wzrost stężenia fibrynogenu,
- wzrost stężenia kwasu moczowego,
- nadmierny stres,
- nieracjonalne odżywianie,

³ Program profilaktyki chorób układu krążenia, Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁴ Ibidem.

- wiek,
- płeć męska,
- obciążenia genetyczne.

Oddziaływanie o charakterze prewencji bezpośrednio na poszczególne czynniki ryzyka chorób układu krążenia będzie skutkowało obniżeniem zachorowalności i umieralności z ich powodu. Profilaktyka pierwotna obejmuje wszelkie działania, których celem jest zmniejszenie narażenia na różnego rodzaju czynniki usposabiające do wystąpienia zaburzenia. Działania związane z profilaktyką pierwotną powinny być wdrażane natychmiast po stwierdzeniu podwyższonego ryzyka choroby. Niezwykle ważnym elementem oddziaływania na tym etapie jest odpowiednia edukacja zdrowotna, zmierzająca do modyfikacji stylu życia pacjenta tak, aby ograniczyć bądź całkowicie zniwelować czynniki ryzyka. Jeśli jednak choroba rozpoznawana jest zbyt późno może się okazać konieczne wdrożenie działań profilaktyki drugiej fazy, czyli profilaktyki wtórnej. Działania te mają na celu szybkie rozpoczęcie leczenia, aby nie dopuścić do rozwoju choroby, zaostrzenia objawów bądź pojawienia się powikłań. Wyróżniamy również profilaktykę III fazy (profilaktyka późna), której działania są nakierowane na ograniczenia skutków choroby oraz niepełnosprawności, mogących powstać z jej powodu^{5,6}.

2. Dane epidemiologiczne

W skali globalnej choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów, odpowiadając za nawet połowę wszystkich przypadków zgonów z powodu chorób niezakaźnych⁷. W roku 2015 szacowano ogólną liczbę osób cierpiących na choroby układu krążenia na 422,7 miliona osób, zaś liczba zgonów sięgnęła 17,9 mln osób, co daje współczynnik umieralności z tej przyczyny na poziomie 286 na każde 100 tys. ludności. Najczęstszą przyczyną zgonu spośród chorób układu krążenia pozostaje choroba niedokrwienna serca.

Choroby układu krążenia pozostają nie tylko główną przyczyną zgonów w ogóle, ale też najważniejszą przyczyną zgonów przedwczesnych, które są możliwe do uniknięcia w przypadku redukcji ekspozycji na czynniki ryzyka (w tym przypadku przede wszystkim powiązane z zachowaniami zdrowotnymi) oraz zapewnienia dostępu do skutecznego leczenia.

⁵ Windak A, Godycki-Ćwirko M., Priorytety prewencji chorób sercowo-naczyniowych w opiece podstawowej. [w:] Podolec P. (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 125-129.

⁶ Bryła M., Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia. [w:] Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J (red). Epidemiologia z elementami biostatystyki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2005: 150-179.

⁷ Preventing chronic diseases: vital investment, World Health Organization, Geneva https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf, dostęp 05.07.2021

W Europie choroby z tej grupy odpowiadają za 667 000 zgonów osób poniżej 65 roku życia rocznie, co stanowi 29% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej. W przypadku mężczyzn jest to najliczniej stwierdzana przyczyna zgonu (odpowiada za 31% wszystkich przypadków śmierci osób poniżej 65 roku życia), zaś w przypadku kobiet – druga w kolejności po nowotworach, odpowiadając za 26% zgonów w tej grupie wiekowej. W obu przypadkach najczęściej jest to choroba niedokrwienna serca⁸.

W Polsce, podobnie jak na całym świecie, choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów. W roku 2015 zmarło z tego powodu ponad 180 tys. osób, co daje współczynnik 469 osób na każde 100 tys. ludności⁹. Jest to wartość wysoka – przewyższająca wyraźnie średnie wartości zarówno dla krajów Europy Zachodniej, jak i Europy Centralnej.

Szacuje się, że w latach 2015-2025 w województwie podkarpackim zachorowalność z powodu chorób układu krążenia wzrośnie z poziomu 19,3 tys. do poziomu 22,1 tys.¹⁰. Zachorowalność ogólna dorosłych mieszkańców województwa podkarpackim zwiększyła się z 1 161,5/100 tys. ludności w roku 2007 do 1 918,9/100 tys. ludności w roku 2019, przy czym wśród przyczyn zachorowalności dominuje choroba nadciśnieniowa¹¹. Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów ludności województwa, przy czym wskaźnik zgonów z powodu ChUK zmalał w latach 2010-2017, z 449,8 do 391,9/100 tys. ludności¹².

Analiza danych dotycząca zachorowania na choroby układu krążenia za 2019 r. dla powiatu przemyskiego u mieszkańców w wieku 19 lat i więcej wskazuje, że w przypadku tej grupy schorzeń wskaźnik zachorowalności na 100 tys. mieszkańców wyniósł 2563,9 osób i był około 2 krotnie wyższy niż w roku 2011 i 3 krotnie wyższy niż w roku 2018. W 2019 r. ogólna liczba zachorowań na ten typ chorób wyniosła 2 827 osób. Największy odsetek w ramach chorób układu krążenia miała choroba nadciśnieniowa – aż 2 116 osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego. W roku 2017 zmarło z powodu chorób układu krążenia 314 osób w powiecie przemyskim, co daje wskaźnik 422,3 na 100 tys. ludności, przy czym wyższą umieralność zanotowano wśród kobiet niż mężczyzn¹³.

⁸ European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network, Bruksela 2017.

⁹ Dane Głównego Urzędu Statystycznego, Bank Danych Lokalnych (bdl.stat.gov.pl; dostęp: 28.06.2021r.).

¹⁰ http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_podkarpackie.pdf (dostęp 28.06.2021r.)

¹¹ Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, <https://bdoz.rzeszow.uw.gov.pl/dane-wojewodzkie/stan-zdrowia/zachorowalnosc> (dostęp 28.06.2021r.)

¹² Ibidem

¹³ <https://bdoz.rzeszow.uw.gov.pl/dane-powiatowe/powiat-przemyski/stan-zdrowia/zachorowalnosc/> dostęp 05.07.2021r.

3. Opis obecnego postępowania

Porady zdrowotne o charakterze profilaktyki chorób układu krążenia udzielane są w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej osobom w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały z tego typu świadczeń. Dodatkowo warunkiem przyznania tych procedur jest stwierdzenie przynajmniej jednego czynnika ryzyka chorób układu krążenia, takiego jak: nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR>140/90 mmHg), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, nadwaga bądź otyłość, przewlekła choroba nerek, upośledzona tolerancja glukozy, wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, ponadnormatywny stres, wadliwe wzorce odżywiania, wiek, płeć męska lub obciążenia genetyczne¹⁴.

W ramach opisanego powyżej świadczenia lekarz POZ wykonuje m.in.¹⁵:

- badanie przedmiotowe oraz ocenę czynników ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia;
- kwalifikację pacjenta do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE (uzyskany wynik zostaje odnotowany w karcie badania profilaktycznego);
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz decyzję odnośnie dalszego postępowania.

Wśród świadczeń gwarantowanych Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej ubezpieczonym zapewnia się dostęp do porad specjalistycznych w zakresie kardiologii oraz leczenia chorób naczyń. Zakres pierwszego świadczenia obejmuje: dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, a także możliwość wykonania badania RTG, Holter EKG, ABPM, echokardiografii z opcją Dopplera oraz elektrokardiografii wysiłkowych serca, a drugiego z wymienionych: możliwość wykonania badania USG z opcją Dopplera¹⁶.

Na poziomie opieki szpitalnej realizowany jest przede wszystkim szeroki zakres zabiegów na naczyniach serca (oznaczenie kodowe 36 w Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM), takich jak: usunięcie niedrożności tętnicy wieńcowej oraz wprowadzenie stentu(ów), pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca, wszczep tętniczy dla

¹⁴. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 86 z późn. zm.).

¹⁵. Ibidem.

¹⁶. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).

rewaskularyzacji serca, a także inna rewaskularyzacja serca oraz inne zabiegi na naczyniach serca¹⁷. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują ogółem 41 procedur, z których świadczeniobiorca może korzystać w warunkach opieki stacjonarnej całodobowej¹⁸.

Należy również wspomnieć o działaniach w ramach Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD¹⁹ realizowanych od 2002 roku. POLKARD stawia sobie za cel przede wszystkim redukcję umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce, a do celów szczegółowych programu 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.

Ponadto od 1 lipca 2021r. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło „Program badań profilaktycznych dla Polaków w wieku od 40 lat i więcej” oraz „Zniesienie limitów do specjalistów”, jako dwa kolejne elementy „Programu odbudowy zdrowia Polaków” po 3 falach pandemii koronawirusa mających miejsce od marca 2020 r. do czerwca 2021r²⁰. Profilaktyka 40 PLUS zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego.

¹⁷. ICD-9 PL w wersji 5.31 (nfz.gov.pl; dostęp: 01.07.2021r.)

¹⁸. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2016 poz. 694 z późn. zm.).

¹⁹. Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020”, Warszawa 2017 (mz.gov.pl; dostęp: 30.06.2021r.).

²⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka40-plus---pakiet-badan-dla-milionow-polakow>, dostęp 05.07.2021r.

Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet będzie zawierał:

1. morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi
2. stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy
3. stężenie poziomu glukozy
4. oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1c
5. kreatynina
6. badanie ogólne moczu
7. kwas moczowy
8. krew utajona w kale

Pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn będzie zawierał:

1. morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi
2. stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy
3. stężenie poziomu glukozy
4. oznaczenie hemoglobiny glikowanej HbA1c
5. kreatynina
6. badanie ogólne moczu
7. kwas moczowy
8. krew utajona w kale
9. PSA (badanie w kierunku raka prostaty)

Pakiet wspólny dla kobiet i mężczyzn zawiera:

1. pomiar ciśnienia tętniczego
2. pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI)
3. ocenę miarowości rytmu serca.

Przyjęto, że program będzie realizowany od 1 lipca do 31 grudnia 2021 r²¹.

Obecnie w powiecie przemyskim nie jest realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorządy można wymienić m.in.:

- PPZ pn. Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego (na lata 2016-2022);
- Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców powiatu zawierciańskiego w wieku 40+ na lata 2020-2022;

²¹ Ibidem.

- Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania ryzyka chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Imielina w grupie wiekowej 40 lat i powyżej na lata 2021-2026.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Choroby układu krążenia pozostają od wielu lat pierwszą przyczyną zgonów w populacji polskiej ogółem oraz zgonów przedwczesnych, czyli śmierci osób przed 65 r.ż. Modyfikowanie czynników ryzyka (zwłaszcza związanych z wadliwym stylem życia) oraz dostępu do skutecznej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji stanowią podstawowe metody przeciwdziałania opisywanym zjawiskom. W większości dostępnych rekomendacji wskazuje się również na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz ryzyka wystąpienia innych chorób współtowarzyszących chorobom układu sercowo-naczyniowego.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Rekomendacją nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii;
- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²²:
 - *priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*
 - a) *chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu.*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025²³:
 - *Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości.*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego²⁴:

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 r. poz. 642].

²⁴ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego, Rzeszów, 27.02.2017 [bip.rzeszow.uw.gov.pl; dostęp: 05.07.2021r.]

- *priorytet nr I: Wzmocnienie infrastruktury w wybranych obszarach ochrony zdrowia w województwie podkarpackim (cel 2: Poprawa dostępności świadczeń kardiologicznych);*
- *priorytet nr II: Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia (cel 4: Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych).*
- „Oceną stanu zdrowia oraz określeniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców Powiatu Przemyskiego”:
 - *priorytet 1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia.*

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 70%²⁵ uczestników programu w latach 2022-2024.

2. Cele szczegółowe:

- 1) zmiana niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 30% dorosłych uczestników programu;
- 2) zwiększenie wiedzy uczestników w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia w okresie trwania programu;
- 3) zwiększenie liczby palaczy decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu o 10% w stosunku do wszystkich dorosłych uczestników programu;
- 4) zwiększenie aktywności fizycznej wśród 30% dorosłych uczestników programu;
- 5) ocena ryzyka wystąpienia ChUK w populacji docelowej poprzez określenie odsetka osób cechujących się podwyższonym ryzykiem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie tablic Pol-SCORE wśród dorosłych mieszkańców powiatu przemyskiego będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a. odsetek osób deklarujących poprawę nawyków żywieniowych (wd. wzrost o 30%),
- b. liczba wyników co najmniej dobrych (min 75% pozytywnych odpowiedzi) dla post-testów w porównaniu z pre-testami dotyczącymi wiedzy uczestników z zakresu czynników ryzyka chorób układu krążenia (wd. wzrost o 30%),
- c. odsetek uczestników deklarujących chęć ograniczenia lub rzucenia palenia w stosunku do całkowitej liczby uczestników PPZ (wd. wzrost o 10%),
- d. odsetek osób deklarujących zwiększenie aktywności fizycznej (wd. wzrost o 30%),
- e. odsetek pacjentów z podwyższonym ryzykiem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wyłonionych w programie w relacji do pacjentów z podwyższonym ryzykiem stwierdzonym poza programem (wd. 10%),

²⁵ wskaźnik przyjęto na podstawie doświadczeń innych JST z realizacji PPZ w podobnych obszarach tematycznych

- f. odsetek osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie tablic Pol-SCORE (wd. 10%).

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

1. Populacja docelowa

Osoby z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (mężczyźni powyżej 40 r.ż. lub kobiety powyżej 50 r.ż. lub osoby dorosłe, u których występuje obecność co najmniej jednego czynnika ryzyka choroby sercowo-naczyniowej) z wyłączeniem osób będących w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których ww. program finansuje NFZ), osób które wezmą udział w „Programie badań profilaktycznych dla Polaków w wieku od 40 lat i więcej” oraz osób u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia. Szacuje się, że program obejmie ok. 1 500 osób (ok. 10% populacji powiatu w danej grupie wiekowej).

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

a. kryteria włączenia:

- mężczyźni powyżej 40 r.ż. lub kobiety powyżej 50 r.ż. lub osoby dorosłe, u których występuje obecność co najmniej jednego czynnika ryzyka choroby sercowo-naczyniowej (niebilansowana dieta, palenie wyrobów tytoniowych, mała aktywność fizyczna, zwiększone wartości parametrów ciśnienia tętniczego i cholesterolu oraz nadwaga bądź otyłość);
- zamieszkiwanie na terenie powiatu przemyskiego;
- wyrażenie pisemnej zgody uczestnika programu na dobrowolny udział w programie;

b. kryteria wykluczenia:

- osoby będące w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których ww. program finansuje NFZ);
- osoby które wzięły udział w „Programie badań profilaktycznych dla Polaków w wieku od 40 lat i więcej”;
- osoby u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia.

3. Planowane interwencje:

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Pre-test i post-test są identyczne zarówno w zakresie formy jak i treści. W ramach testu oceniane są: aktywność fizyczna (np. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), nawyki

żywieniowe, stosowanie substancji psychoaktywnych (w tym: palenie tytoniu, spożycie alkoholu), poziom wiedzy merytorycznej z zakresów profilaktyki pierwotnej i profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.

Kryteria oceny testu:

- niedostateczny poziom wiedzy – poniżej 60%;
- dostateczny poziom wiedzy – 60-74%;
- dobry poziom wiedzy – 75-85%
- bardzo dobry poziom wiedzy – powyżej 86%.

Interwencje:

- 1) Akcja informacyjno-promująca realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych, w Starostwie Powiatowym oraz w Urzędach Gmin na terenie powiatu, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, kampania promująca program: publikacje w prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, radio, itp. W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej.
- 2) Porada pielęgniarska zawierająca:
 - poradę edukacyjną (działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka ChUK, w tym: nieprawidłowej diety, nadwagi/otyłości, stosowania substancji psychoaktywnych (palenie tytoniu, spożycie alkoholu), braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej, siedzącego trybu życia, radzenia sobie ze stresem),
 - pomiary: wysokość ciała („wzrost”), masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder. Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników należy obliczyć aktualne wartości wskaźników: BMI (ang. *body-mass index*), stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR, ang. *waist to hip ratio*) oraz stosunek obwodu talii do wysokości ciała (WHtR, ang. *waist to height ratio*). Dla uzyskanych wyników BMI, WHR, WHtR oraz dla obwodu talii świadczeniobiorcom podawane i omawiane są zakresy referencyjne.
 - przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie I części Karty Badania Profilaktycznego,

- wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i poziomu cukru na czczo), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, wpisanie wyników badań do części II Karty Badania Profilaktycznego,
- określenie ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE, wpisanie uzyskanego wyniku w części IV Karty Badania Profilaktycznego,
- przekazanie pacjentowi zaleceń co do dalszego postępowania, wydanie Karty Badania Profilaktycznego.

3) Zajęcia ruchowe – oparte na społecznościowych programach aktywności fizycznej (forma nieodpłatna dla wykonawców), np. jazdy na rowerze, pływania lub chodzenia (w tym np. Nordic Walking), z częstotliwością 2 razy w tygodniu.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Profilaktykę chorób układu krążenia rekomendują wiodące organizacje i towarzystwa naukowe, takie jak:

- American Diabetes Association;
- National High Blood Pressure Working Group;
- European Society of Hypertension (ESH);
- European Society of Cardiology (ESC);
- American Heart Association (AHA);
- Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLPwP);
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR);
- European Society of Cardiology (ESC),
- British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR, 2012),
- National Institute for Health Care Excellence (NICE 2013, 2015),
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation/ American Heart Association (AACVPR/AHA, 2012),
- Polskie Towarzystwo Kardiologiczne (PTK),
- Standardy postępowania dietetycznego w kardiologii - stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki (PTD, 2016).

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Wytyczne European Society of Cardiology (ESC) dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia w praktyce klinicznej z 2016 roku²⁶, zalecają wdrażanie działań prewencyjnych zarówno na poziomie populacyjnym, jak i na poziomie indywidualnym, poprzez promowanie zdrowego stylu życia (np. modyfikację diety, aktywności fizycznej, unikanie palenia tytoniu) oraz optymalizację czynników ryzyka. Jak wynika z szacunków wyeliminowanie działań związanych z ryzykiem dla zdrowia pomogłoby zapobiegać aż 80% przypadków chorób układu sercowo-naczyniowego²⁷. W celu oceny ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia rekomendowane jest stosowanie karty SCORE, pozwalającej na oszacowanie 10-letniego ryzyka choroby²⁸. Wytyczne ESC zalecają²⁹:

- systematyczną ocenę czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (np. u osób z rodzinnym wywiadem w kierunku tych chorób, rodzinną hiperlipidemią, obciążonych takimi czynnikami ryzyka, jak: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie tętnicze, lub podwyższone wartości lipidów, lub z chorobami współistniejącymi),
- powtarzanie oceny ryzyka co 5 lat, a u osób cechujących się ryzykiem zbliżonym do punktu, w którym należy rozpocząć leczenie częściej,
- rozważenie systematycznej oceny czynników ryzyka mężczyzn >40. r.ż. i u kobiet >50 r.ż. lub w wieku po menopauzie i bez rozpoznanych wcześniej czynników ryzyka.

Optymalnym narzędziem służącym ocenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, wystandaryzowanym dla populacji polskiej, są tablice Pol-SCORE³⁰.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Program pozwoli na zmniejszenie kosztów społecznych i ekonomicznych w grupie wiekowej stanowiącej istotny element przyszłego rynku pracy. Ponadto działania Programu zapobiegą ewentualnym przyszłym nakładom finansowym publicznego systemu ochrony zdrowia związanym z długoterminową opieką medyczną i leczeniem schorzeń przewlekłych, stanowiących powikłania zdrowotne wynikające m.in. z otyłości oraz cukrzycy, co jest możliwe dzięki planowanemu zakresowi Programu, uwzględniającemu działania profilaktyczne, w tym

²⁶. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku, *Kardiologia Polska* 2016; 74, 9: 821–936; DOI: 10.5603/KP.2016.0120

²⁷. NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. www.nice.org.uk/guidance/PH25

²⁸. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur H J*, 2003; 24: 987–1003

²⁹. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób... op. cit.

³⁰ Karta ryzyka SCORE dla populacji polskiej (Pol-SCORE 2015), *Kardiol. Pol.*, 2015; 73: 958–961.

wczesną identyfikację osób zagrożonych lub chorych, informację i edukację mającą na celu kształtowanie i utrwalanie pozytywnych postaw i nawyków dla prowadzenia zdrowego stylu życia.

Wzrost częstości zachorowań na otyłość powoduje zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10.4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto. Zachorowania na otyłość powodują również zwiększenie tzw. kosztów pośrednich obejmujących utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich i przedwczesną śmiertelność³¹.

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią znaczne obciążenie zdrowotne oraz ekonomiczne dla większości krajów świata. W 2009 roku koszty systemu opieki zdrowotnej związane z tymi chorobami, nie uwzględniając wielu nieklinicznych działań pierwotnej prewencji, sięgały w Unii Europejskiej ponad 106 miliardów euro, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca daje 212 euro. Nakład finansowy na opiekę zdrowotną w zakresie chorób sercowo-naczyniowych istotnie różni się pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Przykładowo w tym samym 2009 roku w Rumunii w przeliczeniu na jedną osobę wynosił on 37 euro, natomiast w Niemczech aż 374 euro³².

Śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w poszczególnych krajach zależy od wielu czynników, między innymi od jakości opieki medycznej, działań prewencyjnych, czy też sytuacji demograficznej. W krajach o wysokich dochodach obserwuje się spadek liczby zgonów, przede wszystkim dzięki redukcji czynników ryzyka chorób serca i naczyń oraz większych nakładów finansowych na leczenie tych chorób. Powyżej 80% wszystkich zgonów sercowo-naczyniowych następuje w krajach o dochodzie niskim i średnim³³. W rozwiniętych krajach świata, w tym także w Polsce, ChUK stanowią główną przyczynę utraty produktywności, chorobowości, inwalidztwa i zgonów.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach programu będą realizowane w wybranych w drodze konkursu podmiotach leczniczych, a podmioty będą wybierane corocznie. W ramach akcji informacyjnej

³¹ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), *Zasady postępowania...* op. cit.

³² European Heart Network, European Society of Cardiology. *European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition*; 2012.

³³ World Health Organization. *Global Status Report non communicable diseases 2014*.

zostaną przekazane pacjentom terminy porad pielęgniarskich. Porady odbywać się będą indywidualnie. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

Każdy świadczeniobiorca otrzyma informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie Karty Badania Profilaktycznego (Załącznik nr 4). Należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy. Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Po uczestnictwie w programie pacjent :

- zostaje poinformowany o sposobie dalszego postępowania (zalecenia zdrowego trybu życia oraz w razie wykrycia nieprawidłowości, zalecenia dotyczące dalszej konsultacji specjalistycznej z wykazem podmiotów leczniczych, w którym będzie mógł podjąć leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika);
- zostaje poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 3);
- kończy udział w Programie.

Pacjent może w każdym momencie zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku takiej decyzji zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji ze wskazanych działań profilaktycznych (zwiększone ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (III kwartał 2021);
- 2) powołanie Rady ds. Programu (III-IV kwartał 2021);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Powiatu Przemyskiego (IV kwartał 2021)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizujących program podmiotów leczniczych, spełniających warunki określone w dalszej części projektu;
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (IV kwartał 2021 - I kwartał 2022);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2022 - 2024):
 - etap I - akcja informacyjno-promująca
 - etap II – porady pielęgniarskie
 - etap III – zajęcia ruchowe
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2024):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora;
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników (załącznik 3);
 - ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2024).

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

Koordynatorem programu będzie Starostwo Powiatowe w Przemyślu. Realizatorem w programie będą wyłonione corocznie w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 711 z późn. zm.];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. z 2021r., poz. 540);
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: pielęgniarki POZ;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [tekst jedn. Dz.U. 2020 poz. 849 z późn. zm.], ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 666 z późn. zm.], a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych [tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781].

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w corocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza odsetka oraz liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w poradach pielęgniarskich;
- analiza odsetka oraz liczby osób, które skierowano do dalszej pogłębionej diagnostyki kardiologicznej poza programem;
- analiza odsetka oraz liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie;
- analiza odsetka oraz liczby osób, które wzięły udział w zajęciach aktywności ruchowej.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3),
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez:

- analizę odsetka oraz liczby osób, u których zdiagnozowano podwyższone ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu Pol-SCORE;
- określenie wpływu działań edukacyjnych na wiedzę uczestników;

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszt jednostkowy wynosi 70 zł, w tym:

- 40 zł - koszt porady pielęgniarskiej
- 30 zł - koszt badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, trójglicerydów i poziomu cukru na czczo)

Pozostałe koszty:

- 3 600 zł - akcja informacyjno-edukacyjna (druk ulotek, plakatów materiałów edukacyjnych)
- 1 500 zł - koszt ewaluacji i monitoringu programu

2. Koszty całkowite:

Tab. I. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako iloczyn kosztów jednostkowych i liczby uczestników (w złotych).

Rok realizacji		2022	2023	2024
1	Populacja docelowa	500	500	500
2	Koszt interwencji (70zł x poz. 1)	35 000	35 000	35 000
3	Koszt akcji edukacyjno-promocyjnej	1 200	1 200	1 200
4	Koszt monitorowania i ewaluacji programu	500	500	500
5	Całkowity koszt programu	36 700	36 700	36 700
		110 100		

3. Źródło finansowania.

Program finansowany z budżetu Powiatu Przemyskiego. Starostwo podejmie starania o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie przez Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn.zm.].

Bibliografia:

1. Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, <https://bdoz.rzeszow.uw.gov.pl/dane-wojewodzkie/stan-zdrowia/zachorowalnosc> (dostęp 28.06.2021r.)
2. Bryła M., Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób układu krążenia. [w:] Maniecka-Bryła I, Martini-Fiwek J (red). Epidemiologia z elementami biostatystyki. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2005: 150-179.
3. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur H J, 2003; 24: 987–1003
4. Dane Głównego Urzędu Statystycznego, Bank Danych Lokalnych (bdl.stat.gov.pl; dostęp: 28.06.2021r.)
5. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. European Heart Network, Bruksela 2017.
6. European Heart Network, European Society of Cardiology. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition; 2012.
7. http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_podkarpackie.pdf (dostęp 28.06.2021r.)
8. <https://bdoz.rzeszow.uw.gov.pl/dane-powiatowe/powiat-przemyski/stan-zdrowia/zachorowalnosc/> (dostęp 05.07.2021r.)
9. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka40-plus---pakiet-badan-dla-milionow-polakow>, dostęp 05.07.2021r.
10. ICD-9 PL w wersji 5.31 (nfz.gov.pl; dostęp: 01.07.2021r.)
11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>; dostęp: 28.06.2021r.].
12. Karta ryzyka SCORE dla populacji polskiej (Pol-SCORE 2015), Kardiol. Pol., 2015; 73: 958–961.
13. NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. www.nice.org.uk/guidance/PH25
14. Preventing chronic diseases: vital investment, World Health Organization, Geneva https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf, dostęp 05.07.2021
15. Prevention of Cardiovascular Disease Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization, Geneva 2007 oraz Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving (eds.) Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. World Health Organization, Geneva 2011.
16. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego, Rzeszów, 27.02.2017 [bip.rzeszow.uw.gov.pl; dostęp: 05.07.2021r.]
17. Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020”, Warszawa 2017 (mz.gov.pl; dostęp: 30.06.2021r.)
18. Program profilaktyki chorób układu krążenia, Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 38/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2016 poz. 694 z późn. zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 86 z późn. zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.).
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 r. poz. 642].
24. Windak A, Godycki-Ćwirko M., Priorytety prewencji chorób sercowo-naczyniowych w opiece podstawowej. [w:] Podolec P. (red). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007: 125-129.
25. World Health Organization. Global Status Report non communicable diseases 2014.
26. Wytuczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku, Kardiologia Polska 2016; 74, 9: 821–936; DOI: 10.5603/KP.2016.0120

Załączniki

Załącznik 1

Karta udziału pacjenta w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata 2022-2024 dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego”

Część A

I. Dane uczestnika programu:

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL*		

Pacjent deklaruje, że nie spełnia żadnego z poniższych warunków (zaznaczyć kółkiem):

- Nie ma 35, 40, 45, 50, oraz 55 lat (dla tych roczników program finansuje NFZ);
- Nie wziął/ęła udziału w „Programie badań profilaktycznych dla Polaków w wieku od 40 lat i więcej”;
- Nie zdiagnozowano u Pana/Pani wcześniej choroby układu krążenia.

II. Zgoda na udział w programie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udział w programie profilaktyki chorób układu krążenia.

.....
(data i podpis)

Część B

I. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Sprawozdanie kwartalne/roczne* realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata 2022-2024 dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego”

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w dokumentacji elektronicznej uczestników oraz w kartach udziału przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Starostwo Powiatowe w Przemysłu
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 5 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji	Liczba osób uczestniczących w interwencjach

II. Interwencje profilaktyczne

Liczba osób uczestniczących w interwencjach	Liczba udzielonych porad pielęgniarskich	Liczba zajęć ruchowych	Liczba osób które zrezygnowały z uczestnictwa w programie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik 3

Ankieta satysfakcji pacjenta uczestniczącego w programie pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia na lata 2022-2024 dla mieszkańców Powiatu Przemyskiego”

I. Ocena sposobu umówienia terminu wizyty:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena porady pielęgniarskiej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania porady?					
sposób przekazania informacji nt. profilaktyki chorób układu krążenia Panu/Pani?					

III. Ocena warunków panujących w gabinecie:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

Załącznik 4

Karta Badania Profilaktycznego (na podstawie załącznika nr 4 do zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r.).

Karta badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia

Uwaga!

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami, twierdzące odpowiedzi na pytania zawarte w Karcie, zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

W przypadkach odpowiedzi negatywnych, w pola odpowiedzi przy pytaniach należy wpisać znak „-”.

Część 1. Podstawowe dane:

Nazwisko:

Imię

tel. kont. adres e-mail

PESEL

Miejscowość

Kod Poczta

UlicaNr lokaluNr mieszk.

Zawód wykonywany / Zajęcie:

Wykształcenie:

Data pierwszej wizyty:

Obciążenia rodzinne:

1. **Czy u ojca rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 55 r. ż.)

1) zawał serca, jeśli tak - to w jakim wieku

2) udar mózgu, jeśli tak - to w jakim wieku

2. **Czy u matki rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 60 r. ż.)

1) zawał serca, jeśli tak - to w jakim wieku

2) udar mózgu, jeśli tak - to w jakim wieku

3. **Czy Pan/Pani pali papierosy?**

1) TAK od ilu lat?, ile m-cy?, ile dziennie?

4. **Czy Pan/Pani palił/ła papierosy w przeszłości?**

1) TAK ile lat? ile m-cy? ile dziennie?

2) Kiedy Pan/i rzucił/a palenie, ile lat? ile m-cy?

5. **Czy Pan/Pani nigdy nie palił/ła papierosów?**

1) TAK

6. Ile razy w tygodniu Pan/Pani wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające powyżej 30 minut?

1)razy,

2) Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych

Część 2. Wyniki pomiarów:

Wyniki badania fizykalnego:

Obwód: ramię cm, pascm, biodracm

Waga: kg

Wzrost: cm

Wynik oceny BMI:

Wynik oceny WHR:

Wynik oceny WHtR:

Pomiary ciśnienia tętniczego:

1. skurczowe: a) b) c) d) średnia $(b+d)/2$

2. rozkurczowe: a) b) c) d) średnia $(b+d)/2$

3. tętno (30s x 2) a) b) c) d)

Wyniki badań biochemicznych:

1. cholesterol całkowitymg/dl,

2. cholesterol HDLmg/dl,

3. cholesterol LDLmg/dl,

4. trójglicerydy mg/dl,

5. glukoza na czczo mg/dl

Ocena ryzyka chorób układu krążenia:

Ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu SCORE:

.....
Data, pieczętka i podpis pielęgniarki