

Projekt

z dnia 15 listopada 2021 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR XL/1148/21
RADY MIASTA KROSNA**

z dnia 29 listopada 2021 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie Programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2018 – 2021, stanowiących integralną część projektu „Increasing of access to health services in Krosno and Uzhgorod” (Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie)

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1372 z późn. zm.), w związku z art. 92 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2020 r., poz. 920 z późn. zm.) oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1285 z późn. zm.)

uchwała się, co następuje:

§ 1. W uchwale Nr II/66/18 Rady Miasta Krosna z dnia 6 grudnia 2018 r. w sprawie uchwalenia Programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2018 – 2021, stanowiących integralną część projektu „Increasing of access to health services in Krosno and Uzhgorod” (Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie) zmienionej uchwałą Nr XXXII/920/21 Rady Miasta Krosna z dnia 26 marca 2021 r. wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w tytule uchwały oraz w § 1 uchwały wyraz „2021” zastępuje się wyrazem „2022”;
- 2) załącznik nr 3 do uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krosna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały Nr ..XL/1148/21..
Rady Miasta Krosna
z dnia 29 listopada 2021 r.

Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2021 - 2022

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

Krosno, 2021

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2021 - 2022

2. Okres realizacji programu: 2021 - 2022

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 Krosna był realizowany w latach 2006-2017 i finansowany w całości ze środków Gminy Miasto Krosno.

5. Dane kontaktowe:

Urząd Miasta Krosna
ul. Lwowska 28a
38-400 Krosno
Tel: (13) 47 43 220

6. Data opracowania programu: lipiec 2018r.

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:	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	11
1. Cel główny:	11
2. Cele szczegółowe:	11
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
1. Populacja docelowa.....	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	18
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	18
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	22
1. Monitorowanie	22
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszty jednostkowe:	24
2. Planowane koszty całkowite:	24
3. Źródło finansowania.....	24
Załączniki	25

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 zależy 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: 28.11.2017r.].

- I05–I09 – Przewlekła choroba reumatyczna serca,
- I10–I15 – Nadciśnienie tętnicze,
- I20–I25 – Choroba niedokrwienna 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 skierowane 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 WHO (2005) Preventing chronic diseases: vital investment. Global status report on Non-Communicable diseases 2013-2014, World Health Organization, Geneva.

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 1 909,1/100 tys. ludności w roku 2016, przy czym wśród przyczyn zachorowalności dominuje choroba nadciśnieniowa¹¹. Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów ludności województwa, przy czym wskaźnik zgonów z powodu ChUK nieznacznie zmalał w latach 2010-2016, z 449,8 do 419,5/100 tys. ludności¹².

Analiza danych dotycząca zachorowania na choroby układu krążenia za 2016 r. dla miasta Krosna oraz krośnieńskiego powiatu ziemskiego u mieszkańców w wieku 19 lat i więcej wskazuje, że w przypadku tej grupy schorzeń wskaźnik zachorowalności na 1 tys. mieszkańców wyniósł 19,9 osoby. W 2016 r. ogólna liczba zachorowań na ten typ choroby wyniosła 2 533 osoby. Największy odsetek w ramach chorób układu krążenia miała choroba nadciśnieniowa – aż 54,4% osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego. Zachorowalność na choroby układu krążenia wśród mieszkańców miasta Krosna oraz krośnieńskiego powiatu ziemskiego jest spośród innych chorób najwyższa.

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: 28.11.2017r.).

¹⁰ http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_podkarpackie.pdf (dostęp 2 lipiec 2018)

¹¹ Bank Danych o Zdrowiu Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, <https://bdoz.rzeszow.uw.gov.pl/dane-wojewodzkie/stan-zdrowia/zachorowalnosc> (dostęp 2 lipiec 2018)

¹² Ibidem

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 genetyczne¹³.

W ramach opisanego powyżej świadczenia lekarz POZ wykonuje m.in.¹⁴:

- 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 Dopplera¹⁵.

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 rewaskularyzacji serca, a także inna rewaskularyzacja serca oraz inne zabiegi na naczyniach

¹³. 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.).

¹⁴. Ibidem.

¹⁵. 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.).

serca¹⁶. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego obejmują ogółem 41 procedur, z których świadczeniobiorca może korzystać w warunkach opieki stacjonarnej całodobowej¹⁷.

Należy również wspomnieć o działaniach w ramach Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD¹⁸ 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.

W latach ubiegłych (2006-2017) miasto Krosno realizowało programy profilaktyki chorób układu krążenia w oparciu o pozytywne opinie AOTM: nr 109/2014 z dnia 16 czerwca 2014 r., nr 138/2011 z dnia 3 października 2011 r. i nr 192/2013 z dnia 8 lipca 2013 r. Obecnie w mieście Krośnie nie jest realizowany program zdrowotny o wybranej tematyce. Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Program zapobiegający chorobom cywilizacyjnym w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa opolskiego” (na lata 2016-2022);
- PPZ pn. „Powiatowy program zwalczania otyłości i nadwagi „Czas na zdrowie” realizowany przez powiat Tczewski” (na lata 2016-2020);

¹⁶. ICD-9 PL w wersji 5.31 (nfz.gov.pl; dostęp: 01.12.2017r.)

¹⁷. 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.).

¹⁸. Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020”, Warszawa 2017 (mz.gov.pl; dostęp: 30.11.2017r.).

- PPZ pn. „Profilaktyka i promocja zdrowia w chorobach cywilizacyjnych” realizowany przez gminę Polkowice (na lata 2017-2020).

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.

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

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁹:
 - *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 2016-2020²⁰:
 - *Cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego²¹:
 - *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).*
- Strategią Rozwoju Miasta Krosna na lata 2014-2022²²:
 - *cel strategiczny 2: Kapitał ludzki i społeczny (priorytet 1: Zdrowie).*

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

²⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

²¹ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego, Rzeszów, 27.02.2017 [bip.rzeszow.uw.gov.pl; dostęp: 02.07.2018r.]

²² Uchwała Nr LXIV/1470/14 Rady Miasta Krosna z dnia 7 listopada 2014 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Miasta Krosna na lata 2014-2022” [bip.umkrosno.pl; dostęp: 02.07.2018r.]

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zwiększenie wykrywalności chorób układu krążenia i świadomości zdrowotnej w populacji dorosłych mieszkańców Krosna w wieku 18+ poprzez kompleksowe działania z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej prowadzone w latach 2021- 2022.

2. Cele szczegółowe:

- 1) zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów biochemicznych krwi wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 2) zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości wskaźnika BMI wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 3) zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi wśród dorosłych mieszkańców Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu;
- 4) zwiększenie wiedzy uczestników w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia w okresie trwania programu;
- 5) zwiększenie dostępu do usług opieki zdrowotnej;
- 6) 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 Krosna będących uczestnikami działań profilaktycznych w okresie trwania programu.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- a. odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami parametrów biochemicznych krwi (wd. 10%);
- b. odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami wskaźnika BMI (wd. 20%);
- c. odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi (wd. 10%);
- d. 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%),

- e. odsetek pacjentów z podwyższonym ryzykiem wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wyłonionych w programie w relacji do pacjentów z podwyższonym ryzykiem stwierdzonym poza programem;
- 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

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Miasta Krosno (18+) z wyłączeniem osób będących w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których ww. program finansuje NFZ) oraz osób u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia oraz z wyłączeniem osób, które korzystały z ww. badania finansowanego przez Gminę Miasto Krosno w roku poprzednim. Zgodnie z danymi pozyskanymi z Urzędu Miasta Krosno Gminę zamieszkuje 38 789 osób w wieku 18+, biorąc jednak pod uwagę powyższe obostrzenia populacja docelowa programu obejmie 35 543 osób. Ostatecznie szacuje się, że w programie weźmie udział około 1600 osób*.

*oszacowania populacji docelowej programu dokonano na podstawie oceny zgłaszalności do programu w poprzednich edycjach

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

1) Akcja informacyjno-promująca (etap I):

a. kryteria włączenia:

- wiek 18+;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;

b. kryteria wykluczenia:

- osoby będące w wieku: 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których ww. świadczenia finansuje NFZ);
- choroba układu krążenia w wywiadzie;
- udział w programie finansowanym przez Miasto Krosno w roku poprzednim.

2) Porada pielęgniarska wraz z badaniami przesiewowymi (badania biochemiczne krwi, pomiar ciśnienia tętniczego i wskaźnika BMI), (etap II):

a. kryteria włączenia:

- wiek 18+;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;
- 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 u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia;
- osoby, które korzystały z ww. badania finansowanego przez Gminę Miasto Krosno w roku poprzednim.

3) Porada lekarska (etap III):

- wiek 18+;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;
- stwierdzenie choroby układu krążenia;
- 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 u których już wcześniej zdiagnozowano chorobę układu krążenia;
- osoby, które korzystały z ww. badania finansowanego przez Gminę Miasto Krosno w roku poprzednim.

4) Zajęcia ruchowe (etap IV):

a. kryteria włączenia:

- wiek 18+;
- stwierdzenie choroby układu krążenia;
- zamieszkiwanie na terenie miasta Krosna;

b. kryteria wykluczenia:

- osoby będące w wieku: 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia (dla których ww. świadczenia finansuje NFZ);
- przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń fizycznych stwierdzone w wywiadzie;
- udział w programie finansowanym przez Miasto Krosno w roku poprzednim.

3. Planowane interwencje:

1) Etap I – Akcja informacyjno-promująca:

- realizowana za pomocą ulotek i plakatów informacyjnych w wybranych podmiotach leczniczych oraz w Urzędzie Miasta Krosna, a także za pośrednictwem stron internetowych wskazanych jednostek, kampania promująca program: publikacje w prasie, artykuły sponsorowane, portale internetowe, radio, itp.

2) Etap II – Porada pielęgniarska wraz z badaniami przesiewowymi:

- 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, określenie BMI,
- ustalenie terminu wizyty lekarskiej.

3) Etap III - Porada lekarska:

- wpisanie wyników badań do części II Karty Badania Profilaktycznego,
- przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, określenie ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE, wpisanie uzyskanego wyniku w części IV Karty Badania Profilaktycznego,
- edukacja pacjenta w trakcie wizyty (obejmująca upowszechnianie wiedzy na temat czynników ryzyka, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem), przekazanie pacjentowi zaleceń co do dalszego postępowania, wydanie Karty Badania Profilaktycznego.

4) Zajęcia ruchowe (etap IV):

- zajęcia ruchowe będą organizowane przez organizację pozarządową lub osobę z odpowiednimi kwalifikacjami. Zajęcia będą opierały się na aktywności fizycznej w ramach, których będą następujące propozycje dla uczestników np. jazdy na rowerze, pływania lub chodzenia (w tym np. Nordic Walking), z częstotliwością 2 razy w tygodniu, udział w zajęciach będzie odnotowany w Karcie Badania Profilaktycznego (rodzaj zajęć, termin, długość trwania treningu).

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 roku²³, 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-naczyniowego²⁴. W celu oceny ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia rekomendowane jest stosowanie karty SCORE, pozwalającej na oszacowanie 10-letniego ryzyka choroby²⁵. Wytyczne ESC zalecają²⁶:

- 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),

²³. 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

²⁴. NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. www.nice.org.uk/guidance/PH25

²⁵. 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

²⁶. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób... op. cit.

- powtarzanie oceny ryzyka co 5 lat, a u osób cechujących się ryzykiem zbliżonym do punktu, w którym należy rozpocząć leczenie części,
- 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-SCORE²⁷.

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 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 śmiertelność²⁸.

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

²⁷ Karta ryzyka SCORE dla populacji polskiej (Pol-SCORE 2015), *Kardiol. Pol.*, 2015; 73: 958–961.

²⁸ Olszanecka-Glinianowicz M. (red.), *Zasady postępowania...* op. cit.

w tym samym 2009 roku w Rumunii w przeliczeniu na jedną osobę wynosił on 37 euro, natomiast w Niemczech aż 374 euro²⁹.

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 średnim³⁰. 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. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy porad pielęgniarskich. Badania przesiewowe, porady lekarskie oraz edukacja zdrowotna odbywać się będą indywidualnie. Wszystkie wyniki badań będą odnotowywane w Karcie Badania Profilaktycznego. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

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, np. wymagających leczenia operacyjnego, 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.

²⁹ European Heart Network, European Society of Cardiology. European Cardiovascular Disease Statistics 2012 Edition; 2012.

³⁰ World Health Organization. Global Status Report non communicable diseases 2014.

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 2018);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (III kwartał 2018);
- 3) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (III-IV kwartał 2018), zmiana uchwały (I 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);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2021 -2022):
 - etap I - akcja informacyjno-promująca;
 - etap II – porada pielęgniarska i badania przesiewowe;
 - etap III – porada lekarska;
 - analiza sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 7) ewaluacja (IV kwartał 2022):
 - 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 2022).

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

Koordynatorem programu będzie Miasto Krosno. Realizatorem w programie będą wyłonione 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 (Dz.U. z 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 (Dz.U. z 2013 r., poz. 1248);
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionego lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza rodzinnego, pielęgniarki POZ;
- posiadanie umowy z laboratorium medycznym;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora całościowo po zakończeniu programu (załącznik 2):

- analiza odsetka oraz liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w poradach pielęgniarskich (etap II);
- analiza odsetka oraz liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w badaniach przesiewowych (etap II);
- analiza odsetka oraz liczby osób, które zgłosiły się do realizatora i wzięły udział w poradach lekarskich (etap III);
- 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

- całościowo po zakończeniu programu analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3)
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – końcowa prowadzona poprzez:

- analiza odsetka oraz liczby osób, u których zdiagnozowano nieprawidłowe wartości parametrów biochemicznych krwi;
- analiza odsetka oraz liczby osób, u których zdiagnozowano nieprawidłowe wartości wskaźnika BMI;
- analiza odsetka oraz liczby osób, u których zdiagnozowano nieprawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi;
- analiza 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 i świadomość zdrowotną 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

5 100 – koszt akcji edukacyjno-promocyjnej

1. Koszty jednostkowe:

- 86zł – koszt porady pielęgniarskiej, badań przesiewowych (badania biochemiczne krwi, pomiar ciśnienia tętniczego i BMI), koszt porady lekarskiej;

2. Planowane koszty całkowite:

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

Lata realizacji		2021 - 2022
1	Populacja docelowa	1600
2	Koszt interwencji (86zł x poz. 1)	137 600
3	Koszt akcji edukacyjno-promocyjnej	5100
4	Koszt monitorowania i ewaluacji programu	3000
5	Całkowity koszt programu	145 700

3. Źródło finansowania.

Program finansowany w 10% z budżetu Gminy Miasto Krosno, w 90% w ramach projektu pt.: "Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie" realizowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska – Białoruś – Ukraina 2014-2020 (źródło finansowania: Europejski Instrument Sąsiedztwa i Partnerstwa).

Załączniki

Załącznik 1

Karta udziału pacjenta w programie pn. „Program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2021 - 2022”

Część A

I. Dane uczestnika programu:

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

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 profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2021 - 2022”

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: Miasto Krosno
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 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 badań biochemicznych	Liczba porad lekarskich	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 profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18+ na lata 2021 - 2022”

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 porady lekarskiej:

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
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:

Uzasadnienie

do projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie uchwalenia Programów polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Krosna na lata 2018 – 2021, stanowiących integralną część projektu „Increasing of access to health services in Krosno and Uzhgorod” (Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie)

Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z realizacją w latach 2018 - 2021 przez Gminę Miasto Krosno projektu „Increasing of access to health services in Krosno and Uzhgorod” (Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Krośnie i Użgorodzie) zostały opracowane i zaplanowane do realizacji programy polityki zdrowotnej, w tym program profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18 +.

Biorąc pod uwagę harmonogram realizacji przedmiotowego projektu oraz trwającą od marca 2020 r. epidemię COVID – 19, Gmina postanowiła przesunąć termin realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia dla mieszkańców Krosna w wieku 18 + na lata 2021 - 2022. Aneksem z dnia 27 września 2021 r. Instytucja Zarządzająca Programem Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020 wydłużyła termin realizacji projektu, co pozwala na przesunięcie w czasie zaplanowanych działań.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz możliwość dokonywania w zaopiniowanym już programie polityki zdrowotnej zmian np. w zakresie przesunięcia w czasie realizacji zaplanowanych działań, zostały wyznaczone nowe ramy czasowe realizacji przedmiotowego Programu.

Środki finansowe na realizację w/w Programu zostały zabezpieczone na podstawie uchwały Nr XXXVIII/1111/21 Rady Miasta Krosna z dnia 27 września 2021 r. w sprawie zmiany uchwały budżetowej na 2021 rok oraz na podstawie uchwały Nr XXXVIII/1112/21 Rady Miasta Krosna z dnia 27 września 2021 r. w sprawie zmiany Wieloletniej Prognozy Finansowej Miasta Krosna.