

UCHWAŁA NR XXX/357/23
RADY POWIATU WROCŁAWSKIEGO

z dnia 13 czerwca 2023 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej
pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata
2023 –2025”

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1526 ze zm.), art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2022 r., poz. 1608), art. 8, art. 48 ust. 1 oraz art. 48a ust. 1 i ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) Rada Powiatu Wrocławskiego uchwala, co następuje:

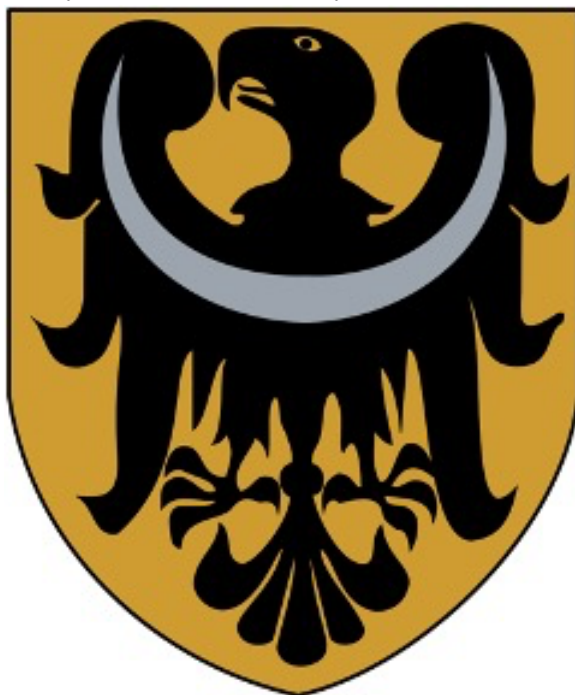
§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Wrocławskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady
Powiatu Wrocławskiego

Janusz Gargala



Program polityki zdrowotnej

w zakresie
profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii

dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego
na lata 2023–2025

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2022 poz. 2561)

Wrocław, kwiecień 2023 r.

Opracowanie dokumentu na zlecenie Powiatu Wrocławskiego
dr n. o zdr. Jacek Borowicz



dr n. o zdr. Jacek Borowicz
PubHealth
01-738 Warszawa, ul. Izabelli 16/12
NIP 538-157-48-57; REGON 368571482
tel. kom. 505-418-428
e-mail: jacek.borowicz@pubhealth.pl
www.pubhealth.pl

Spis treści

Spis treści	3
Spis tabel:.....	5
Spis rycin:	5
Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji	7
Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	7
Modelowe rozwiązanie	7
1. Opis problemu zdrowotnego	8
a. Choroba lub problem zdrowotny	8
Choroby układu sercowo-naczyniowego (ChSN)	8
Nadciśnienie tętnicze (NT)	9
Hipercholesterolemia	10
b. Epidemiologia	11
Choroby układu sercowo-naczyniowego	11
Nadciśnienie tętnicze	13
Hipercholesterolemia	14
Epidemiologia województwo dolnośląskie	15
c. Obecne postępowanie	23
Świadczenia gwarantowane	23
Krajowe Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej (KCHR)	24
Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).....	26
Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021	27
Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)	29
Wnioski z odnalezionych rekomendacji	29

2. Cele programu i mierniki efektywności	33
a. Cel główny	33
b. Cele szczegółowe	33
c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	33
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	35
a. Populacja docelowa	35
b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	37
Kryteria ogólne włączenia	37
Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu	39
c. Planowane interwencje	40
1. Kampania promocyjna	40
2. Rekrutacja uczestników	40
3. Kwalifikacja do działań w ramach programu	41
4.1. Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia:	41
4.2. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży:	48
d. Sposób udzielania świadczeń	50
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	51
4. Organizacja programu	52
a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	52
Ad 4. Wybór realizatora	53
Ad 5. Kampania promocyjna	53
Ad 7 Monitoring działań	53
Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	53
b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	54
5. Monitorowanie i ewaluacja	56

a. Monitorowanie	56
b. Ewaluacja	58
6. Koszty	60
a. Koszty jednostkowe	60
b. Planowane koszty całkowite	62
c. Źródła finansowania, partnerstwo	63
7. Bibliografia	64
8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora	68
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór	68
b. Zgoda na udział w programie - wzór	69
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór..	70

Spis tabel:

Tabela 1. Populacja całościowa dorosłych od 35 roku życia.....	36
Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu	61
Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich.....	61
Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu.	62
Tabela 5. Koszty całkowite realizacji programu z podziałem na kategorie	62
Tabela 6. Planowany budżet programu w zł.	63

Spis rycin:

Rycina 1. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – choroba niedokrwienna serca.....	15
Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od płci na 100 tys. ludności (w ramach danej płci) - choroba niedokrwienna serca.....	16
Rycina 3. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – niewydolność serca.....	17
Rycina 4. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – kardiomiopatie.....	17

Rycina 5. Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg województw zamieszkania pacjenta	18
Rycina 6. Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg powiatu zamieszkania pacjenta	18
Rycina 7. Liczba zgonów w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego	19
Rycina 8. Standaryzowany wskaźnik umieralności w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego - umieralność z powodu chorób kardiologicznych	20
Rycina 9. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - nadciśnienie tętnicze	20
Rycina 10. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) – miażdżyca tętnic.....	21
Rycina 11. Standaryzowany wskaźnik umieralności w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego umieralność z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego	22
Rycina 12. Piramida wieku mieszkańców powiatu wrocławskiego, 2021 rok.....	35
Rycina 13. Liczba szkół, klas i uczniów powiatu wrocławskiego	37

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Program został przygotowany na podstawie Rekomendacji nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. 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.

Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2022 poz. 2561) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 337/2020 z dnia 14 grudnia 2020 roku 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 i hipercholesterolemii oraz Raportu nr OT.423.8.2019/OT.423.9.2018 pn. „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, data ukończenia raportu: grudzień 2020.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Choroba lub problem zdrowotny

Choroby układu krążenia stanowią obecnie jedną z głównych przyczyn zgonów w polskiej populacji. Jest to rozległa grupa chorób w ramach, której znajduje się 100 kodów ICD 10 (WHO 2009). W efekcie przebieg, objawy oraz proces diagnostyczny są uwarunkowane konkretną jednostką chorobową. Jedynym wspólnym elementem dla większości jednostek z tej grupy chorobowej pozostają czynniki ryzyka. Zgodnie z literaturą do najczęstszych przyczyn wystąpienia chorób układu krążenia należą m.in.: niebilansowana dieta, palenie wyrobów tytoniowych, mała aktywność fizyczna, zwiększone wartości parametrów ciśnienia tętniczego i cholesterolu oraz nadwaga bądź otyłość (Szczeklik 2017).

Spośród wszystkich chorób układu krążenia szczególną uwagę należy zwrócić na nadciśnienie tętnicze oraz hipercholesterolemię (w tym także hipercholesterolemię rodzinną). W przypadku nadciśnienia tętniczego dochodzi do wzrostu ciśnienia do wartości $\geq 140/90$ mmHg (PTNT 2019). Oprócz negatywnego wpływu ww. jednostki chorobowej na naczynia krwionośne, stanowi ono preludium do wystąpienia innych, poważniejszych w skutkach chorób układu krążenia. Zależność ta dotyczy się także hipercholesterolemii, w której to obserwowane jest znaczące podwyższenie frakcji cholesterolu LDL (Wojakowski 2014). W przypadku tych dwóch jednostek chorobowych czynniki ryzyka pozostają podobne jak w przypadku ogółu chorób układu krążenia.

Choroby układu sercowo-naczyniowego (ChSN)

Zadaniem układu sercowo-naczyniowego, jest dostarczanie krwi do tkanek w ilości odpowiedniej do ich zapotrzebowania metabolicznego. Układ funkcjonuje poprawnie, gdy pompa sercowa ma odpowiednio dużą pojemność minutową, a w tętnicach panuje odpowiednio wysokie ciśnienie wymuszające przepływ krwi od serca do tkanek (Szczeklik 2017).

Czynniki ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego podlegającymi modyfikacji są: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu LDL w osoczu, małe stężenie cholesterolu HDL w osoczu, zwiększone stężenie triglicerydów w osoczu, stan przedcukrzycowy, nadwaga lub otyłość. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego niepodlegającymi modyfikacji są natomiast: wiek, płeć i wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy (Szczeklik 2017).

W celu oszacowania 10-letniego ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego zakończonego zgonem u osób bez objawów chorobowych stosuje się kartę ryzyka SCORE. Narzędzie to jest przystosowane do populacji polskiej i uwzględnia m.in. takie parametry jak płeć, wiek, ciśnienie tętnicze skurczowe, stężenie cholesterolu całkowitego i palenie tytoniu (Szczeklik 2017).

Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych obejmuje strategię populacyjną oraz strategię dużego ryzyka, w tym profilaktykę wtórną. Strategia populacyjna polega na redukcji wpływu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia poprzez: edukację całego społeczeństwa, tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepalenie tytoniu i zdrowe odżywianie się. Strategia dużego ryzyka natomiast dotyczy populacji osób obciążonych większym ryzykiem ChSN niż „średnie” – zgodnie z kartą ryzyka SCORE (Szczeklik 2017).

Nadciśnienie tętnicze (NT)

Nadciśnienie tętnicze to choroba przewlekła, charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości $\geq 140/90$ mm Hg. Nadciśnienie tętnicze należy do głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia (ChUK lub CVD, ang. cardiovascular disease), które według WHO stanowią najczęstszą przyczynę zgonów na całym świecie (PTNT 2019).

Nadciśnienie tętnicze można podzielić na dwie grupy: nadciśnienie pierwotne i wtórne. Ponad 90% przypadków NT stanowi nadciśnienie pierwotne, które spowodowane jest czynnikami środowiskowymi i genetycznymi (o niejasnej przyczynie). Do pozostałych przypadków NT należy nadciśnienie wtórne, w którym przyczyną występowania są choroby współistniejące takie jak: choroby nerek, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, koarktacja aorty, stan przedrzucawkowy lub rzucawkowy, ostry stres, zespół obturacyjnego bezdechu sennego, zwiększona objętość płynu wewnątrznaczyniowego, choroby układu nerwowego, leki i substancje toksyczne (Szczeklik 2018).

Pierwotne NT w większości przypadków przebiega bezobjawowo przez pierwszych kilka lat. Objawy, które najczęściej zgłaszane są przez pacjentów to: bóle głowy, zaburzenia snu, szybkie i łatwe męczenie się, krwawienie z nosa, szumy w uszach, zaburzenia widzenia. W ciężkich przypadkach NT mogą występować nudności, wymioty, niepokój, ból w klatce piersiowej, drżenie mięśni i dezorientacja (WHO 2019).

W diagnostyce nadciśnienia tętniczego stosuje się pośredni pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Rozpoznanie NT dokonuje się na podstawie pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch osobnych wizyt (PTNT 2019).

Leczenie NT opiera się na modyfikacji stylu życia w połączeniu z farmakoterapią hipotensyjną. Wybór terapii zależy od wieku pacjenta, wysokości ciśnienia tętniczego, rodzaju powikłań narządowych i chorób współistniejących (Szczeklik 2018). Terapia przeciwnadciśnieniowa polega na obniżeniu ciśnienia tętniczego do wartości docelowych, mieszczących się w prawidłowym przedziale SCT i RCT (ESC/ESH 2018).

Nadciśnienie tętnicze może prowadzić do rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (ChSN), w szczególności u pacjentów nieleczonych. Rozwój ChSN np. przerost lewej komory serca, niewydolność serca, miażdżycę naczyń, rozwarstwienie naczyń wiąże się z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Każde, nawet niewielkie obniżenie ciśnienia tętniczego jest korzystne i pożądane w leczeniu NT, ponieważ zmniejsza to ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, powikłań nerkowych i zgonu (Szczeklik 2018).

Hipercholesterolemia

Hipercholesterolemia jest to podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi powyżej 190 mg/dl (5,0 mmol/l). Wyróżnia się hipercholesterolemię pierwotną oraz wtórną. Hipercholesterolemia pierwotna jest spowodowana mutacją jednego bądź wielu genów receptora LDL (hipercholesterolemia rodzinna ang. familial hypercholesterolaemia FH, hipercholesterolemia wielogenowa), która czyni ten receptor nieaktywnym. Efektem inaktywacji receptora LDL jest wzrost stężenia cholesterolu frakcji LDL w osoczu krwi. Hipercholesterolemia wtórna jest efektem stosowania leków lub objawem innych chorób. W tej postaci hipercholesterolemii zwykle pierwszym objawem jest incydent sercowy bądź zdarzenie mózgowe (Arent-Piotrowska 2018).

Badanie w kierunku dyslipidemii zaleca się u: osób z klinicznymi objawami ChSN, osób z blaszkami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych i/lub szyjnych, chorych na cukrzycę, przewlekłą chorobę nerek, nadciśnienie tętnicze, otyłość, przewlekłe autoimmunologiczne choroby zapalne, potomków osób z ciężką dyslipidemią oraz członków rodzin osób z przedwczesną ChSN. Rozpoznanie kliniczne hipercholesterolemii przeważnie ustala się na podstawie lipidogramu oraz w przypadku FH - danych z wywiadu. Dokładne określenie mutacji odpowiedzialnej za FH wymaga wykonania badań genetycznych, ale nie wpływa na postępowanie z chorym (Szczeklik 2017).

Podstawowym celem prewencji chorób sercowo-naczyniowych jest obniżenie stężenia frakcji cholesterolu LDL. Do osiągnięcia powyższego celu wymagana jest zmiana stylu życia, a wraz ze wzrostem ryzyka wskazane jest zastosowanie farmakoterapii (Szczeklik 2017). Nie jest możliwe całkowite wyleczenie hipercholesterolemii i zakończenie leczenia. Dalszą profilaktykę polegającą na regularnych wizytach kontrolnych oraz stosowaniu się do zaleceń lekarskich, prowadzi się przez całe życie (Wojakowski 2014).

b. Epidemiologia

O potrzebie prowadzenia działań profilaktycznych nacełowanych na hipercholesterolemię oraz nadciśnienie tętnicze świadczą także dane epidemiologiczne. Jedynie w roku 2013 z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zmarło łącznie ponad 177 tys. osób. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia choroby te były odpowiedzialne za ponad 45% wszystkich zgonów (MZ 2018). Do najczęstszych przyczyn zgonów w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego należy zaliczyć: chorobę niedokrwienną serca (23%), niewydolność serca (22%), miażdżycę (20%) oraz choroby naczyń mózgowych (19%). W przypadku nadciśnienia tętniczego zapadalność rejestrowana dla całego kraju wynosi obecnie 1 475,2/100 tys. Szczyt zapadalności w przypadku tej jednostki chorobowej przypada obecnie na grupę wiekową między 54 a 64 r.ż. W przypadku kobiet jest to 2 652,8/100 tys., a wśród mężczyzn 2 801,2/100 tys. (MPZ 2018). W efekcie to właśnie u mężczyzn częściej dochodzi do wystąpienia nadciśnienia. Istotnym jest także fakt, że w roku 2018 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu nadciśnienia tętniczego na poziomie 7 937 przypadków (GUS 2020). W przypadku hipercholesterolemii brakuje obecnie dokładnych danych na temat występowania tej konkretnej jednostki chorobowej. Zgodnie z danymi europejskimi częstotliwość występowania hipercholesterolemii rodzinnej kształtuje się na poziomie 1/250 przypadków. W efekcie szacunkowa liczba chorych na hipercholesterolemię rodzinną w Polsce wynosi obecnie ok. 190 tys. Istotnym jest również fakt, że w przypadku 99% chorych nie są oni świadomi jej obecności, przez co nie otrzymują odpowiedniego leczenia (MZ 2018). Zgodnie z danymi polskiego badania WOBASZ hipercholesterolemię stwierdza się u niemal 67% mężczyzn oraz 64% kobiet, przy czym hipercholesterolemię ciężką stwierdza się odpowiednio u 2% i 3% z nich (AOTMiT 2016).

Choroby układu sercowo-naczyniowego

W roku 2013 w Polsce z powodu chorób sercowo-naczyniowych zmarło łącznie 177 433 osoby, co stanowiło 45,8% wszystkich zgonów i zarazem najczęstszą ich przyczynę. W grupie tej jako

bezpośrednią przyczynę zgonów najczęściej wskazywano chorobę niedokrwienną serca (23%), niewydolność serca (22%), miażdżycę (20%) oraz choroby naczyń mózgowych (19%) (MPZ 2018).

Choroba niedokrwienna serca

Według danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), w 2017 r. w Polsce na chorobę niedokrwienną serca (ChNS) chorowało 1,6 mln osób (4,2% populacji) (NFZ 2019). Zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „Choroba niedokrwienna serca” w roku 2016 wyniosła 215,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 560,1 (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny spadek liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 5%. W roku 2011 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca na poziomie 46 344 zgonów (GUS 2020).

Miażdżycę tętnic

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „miażdżycę tętnic” w roku 2016 wyniosła 107,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 280,9. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018). Chorobowość rejestrowaną na miażdżycę tętnic oszacowano na dzień 31.12.2016. Liczbę chorych w analizowanej jednostce chorobowej oszacowano na 772,4 tys. osób (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny wzrost liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 6%. W roku 2014 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu chorób niedokrwienych serca na poziomie 35 553 zgonów (GUS 2020).

Niewydolność serca

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 139,9 tys. rozpoznai z grupy „Niewydolność serca”. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 364,1. Przy czym zapadalność ta jest wyższa w populacji kobiet niż u mężczyzn. Szczyt zapadalności na ww. chorobę przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018).

Zgodnie z danymi przedstawionym w raporcie NFZ, chorobowość rejestrowana dla niewydolności serca wyniosła w 2019 r. 1,39 mln osób. Liczba ta utrzymywała się na zbliżonym poziomie w latach 2014– 2019 (NFZ 2019).

Kardiomiopatie

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznai z grupy „Kardiomiopatie” w roku 2016 w Polsce wyniosła 19,1 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100

tysięcy ludności wyniósł 49,6. Zapadalność rejestrowana na tę grupę chorób na 100 tys. mieszkańców jest wyższa w populacji mężczyzn niż u kobiet. Szczyt zapadalności na ww. problem zdrowotny przypada na grupę wiekową 65+ (MZ 2018).

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano chorobowość rejestrowaną na kardiomiopatie. Liczba chorych w analizowanej podgrupie w Polsce wyniosła 143,1 tys. (MZ 2018).

Zawał serca

Zgodnie z raportem NFZ w 2019 r. odnotowano łącznie 78,6 tys. przypadków zawałów u 76,4 tys. osób. Blisko 64% pacjentów stanowili mężczyźni (NFZ 2019). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH opublikował raport dotyczący sytuacji zdrowotnej w Polsce, w którym to przedstawiono liczbę zgonów na 100 tys. osób w latach 2015-2016 z powodu zawału serca, z uwzględnieniem płci. Liczba zgonów wśród mężczyzn na ww. chorobę jest wyższa w stosunku do kobiet o 39% (2015 rok). Natomiast między latami 2015 a 2016 umieralność z powodu zawałów serca zmalała o 9% (PZH 2018).

Nadciśnienie tętnicze

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 567 tys. rozpoznań z grupy – nadciśnienie tętnicze. Współczynnik zapadalności rejestrowanej wynosił 1 475,2/100 tys. (MZ 2018).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na nadciśnienie tętnicze jest wyższa w populacji mężczyzn niż kobiet we wszystkich województwach. Najwyższą wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej obserwuje się obecnie w województwie śląskim na poziomie 1 720/100 tys. osób wśród mężczyzn oraz ok. 1 600/100 tys. osób wśród kobiet. Ponadto wskaźnik ten jest zróżnicowany w określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 r.ż. W grupie mężczyzn jest to 2 801,2/100 tys., a w przypadku kobiet 2 652,8/100 tys. Najmniejszą zapadalność na nadciśnienie odnotowuje się u osób w wieku poniżej 18 r.ż. zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, odpowiednio 165,4/100 tys. oraz 117,5/100 tys. (MPZ 2018).

W 2018 roku dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia wykazały, że 31,5% osób w Polsce powyżej 17 r.ż. choruje na nadciśnienie tętnicze (9,9 mln osób). Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawia także następstwa chorobowe z powodu nadciśnienia tętniczego wśród osób dorosłych.

W 2018 roku liczba osób z nadciśnieniem, które zapadały na chorobę niedokrwienną serca ukształtowała się na poziomie 1 279,7 tys. przypadków (NFZ 2019).

W 2016 roku najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu nadciśnienia odnotowano w województwach: łódzkim (ok. 260/100 tys.), lubelskim, świętokrzyskim (ok. 250/100 tys.), opolskim i śląskim (ok. 220/100 tys.). Natomiast najniższy wskaźnik hospitalizacji w powodu nadciśnienia zarejestrowano w województwie pomorskim (ok. 100/100 tys.) (MPZ 2018).

W 2016 roku przeprowadzono analizę, mającą na celu weryfikację liczby hospitalizowanych pacjentów z powodu choroby nadciśnieniowej według oddziałów szpitalnych. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzował się oddział chorób wewnętrznych. Względem wszystkich oddziałów ich udział wyniósł 57,2% wszystkich hospitalizacji (NFZ 2019).

Główny Urząd Statystyczny przedstawia liczbę zgonów wśród Polaków z powodu nadciśnienia tętniczego. Między latami 2010-2014 odnotowano spadek liczby zgonów o 37%. Od roku 2015 zaś nastąpił wzrost liczby zgonów (o 44%), podczas gdy w roku 2018 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej na poziomie 7 937 zgonów (GUS 2020).

Hipercholesterolemia

Na podstawie analizy pacjentów z duńskiego rejestru szacuje się częstość występowania FH na poziomie 1:250 w populacji ogólnej. W przypadku polskiej populacji jest to ok. 190 tys. przypadków. Większość z nich pozostaje nierozpoznana i nieleczona (ponad 99%) (MZ 2018). Według badania WOBASZ w Polsce hipercholesterolemię stwierdzono u 67% mężczyzn i 64% kobiet, a ciężką hipercholesterolemię odpowiednio u 2% i 3% z nich. Stężenie LDL-C $\geq 3,0$ mmol/l występuje u 57,8% dorosłych Polaków, w tym u 58,3% mężczyzn i 57,3% kobiet. Częstość występowania rodzinnej hipercholesterolemii homozygotycznej to 1/1 mln, rodzinnej hipercholesterolemii heterozygotycznej – 1/500-700, rodzinnego defektu apolipoproteiny B100 – 1/700-1000, hipercholesterolemii wielogenowej – 1/10-20 osób (w zależności od wieku). Szacuje się, że w Polsce hipercholesterolemia heterogeniczna może dotyczyć ponad 80 tysięcy osób (AOTMiT 2016).

W listopadzie 2018 roku wprowadzono program lekowy „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej (ICD10 E78.01)”. Dostępne dane Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące pacjentów zakwalifikowanych do ww. programu lekowego, przedstawiają liczbę pacjentów z 2019 roku (85 osób). Płcią dominującą w tym przypadku są kobiety (49 osób). Na podstawie danych NFZ wskazano, iż szczyt zachorowalności przypada na wiek 54-64 lata w przypadku kobiet, natomiast dla mężczyzn jest to wiek 44-53 lat.

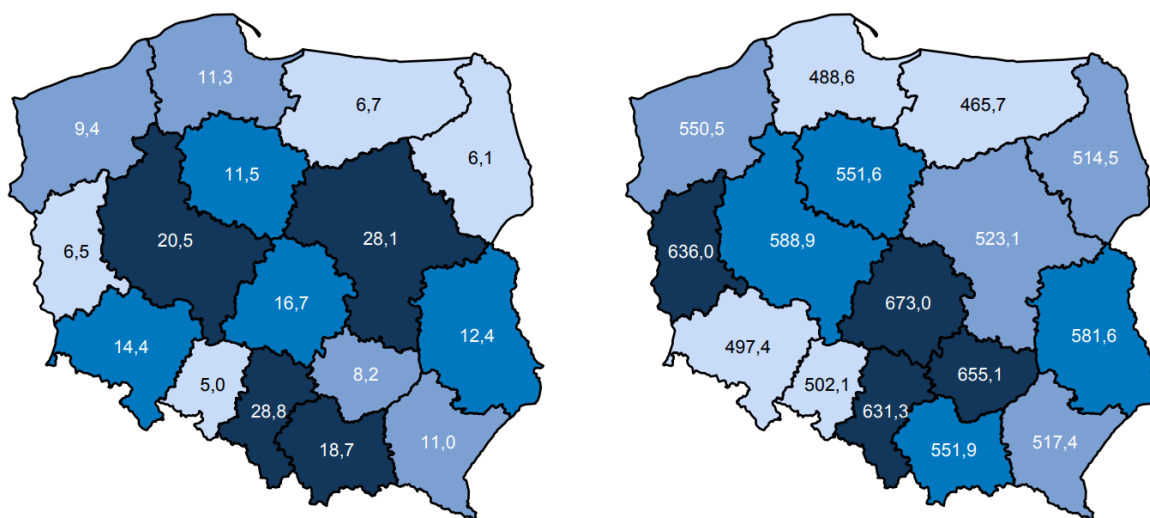
Województwem z największą liczbą osób ogółem uczestniczących w ww. programie lekowym jest województwo pomorskie (na poziomie 169 osób). Najniższą zaś liczbę pacjentów odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (5 osób) (NFZ 2020).

Epidemiologia województwo dolnośląskie

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego wskazuje, iż województwo cechują niższe niż średnie w Polsce wskaźniki zapadalności rejestrowanej dla rozpoznania z grupy „choroba niedokrwienna serca” na 100 tys. osób, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy 'Choroba niedokrwienna serca' w roku 2016 wyniosła 215,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 560,1.

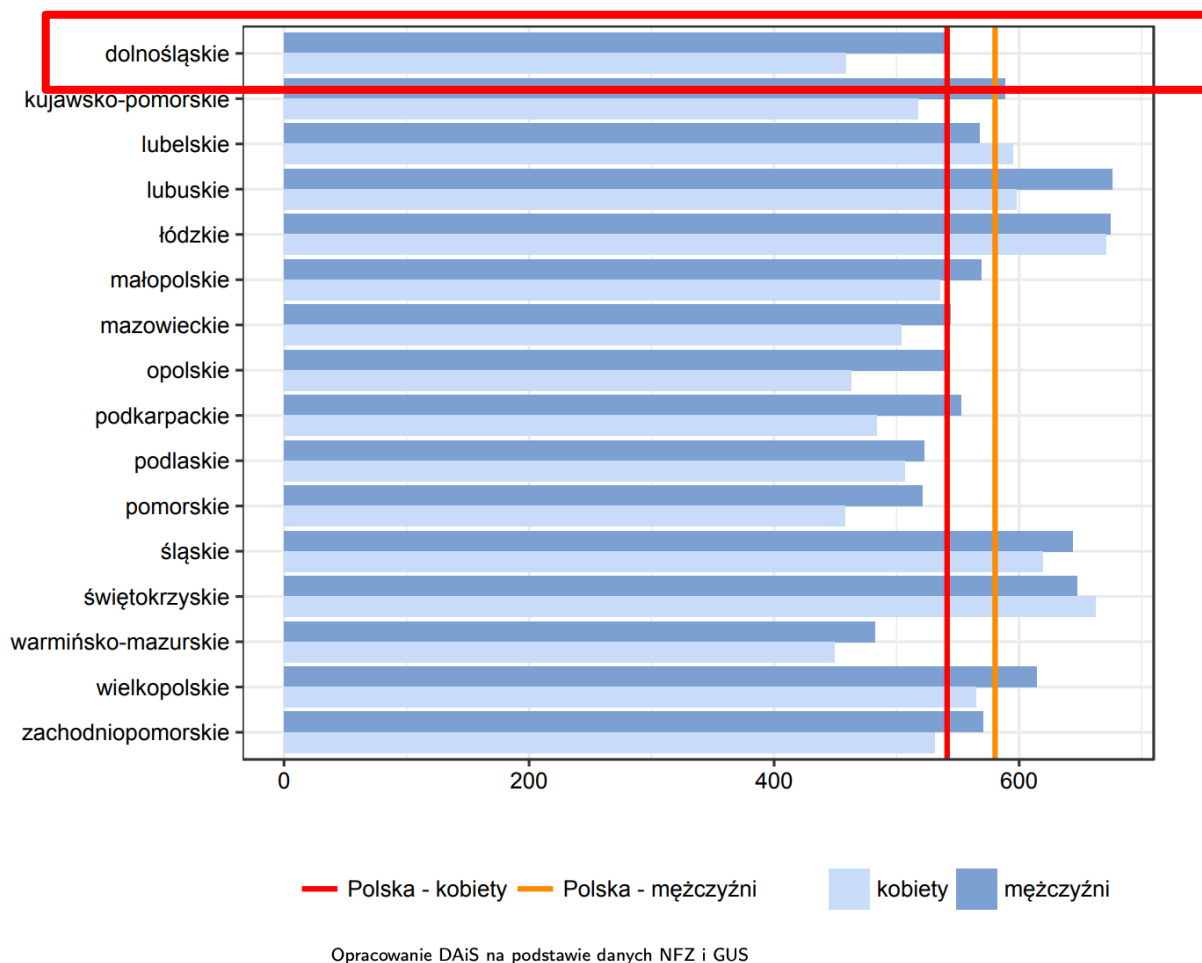
W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 14,4 tys. przypadków, przy współczynniku 497,4.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 1. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – choroba niedokrwienna serca

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego



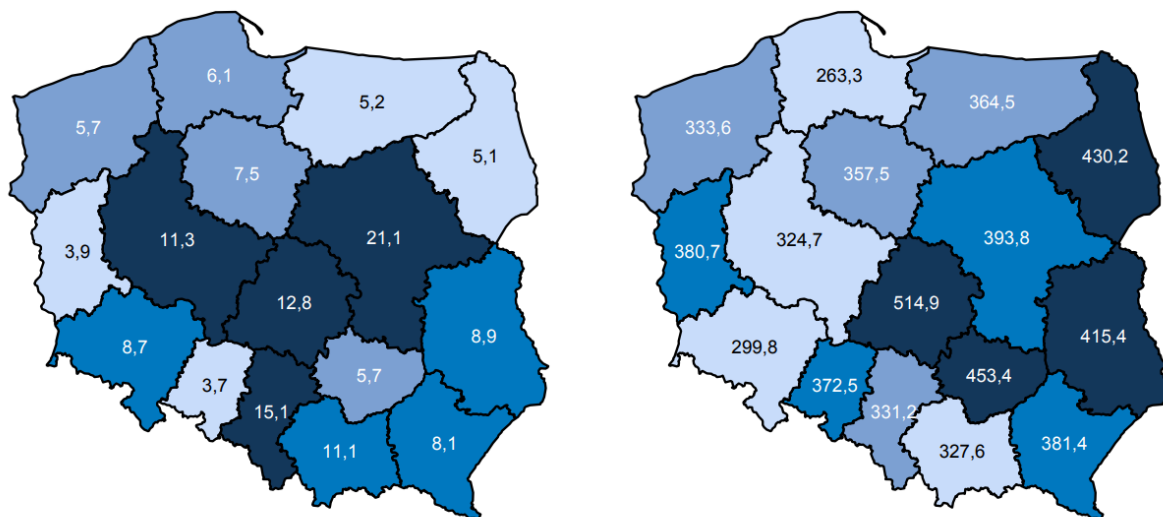
Rycina 2. Zapadalność rejestrowana w zależności od płci na 100 tys. ludności (w ramach danej płci) - choroba niedokrwienna serca

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego

Podobnie sytuacja przedstawia się dla grupy rozpoznaw „niewydolność serca”. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego wskazuje, iż województwo cechują niższe niż średnie w Polsce wskaźniki zapadalności rejestrowanej dla rozpoznaw z grupy „niewydolność serca” na 100 tys. osób, zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy ‘Niewydolność serca’ w roku 2016 wyniosła 139,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 364,1.

W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 8,7 tys. przypadków, współczynnik 299,8.

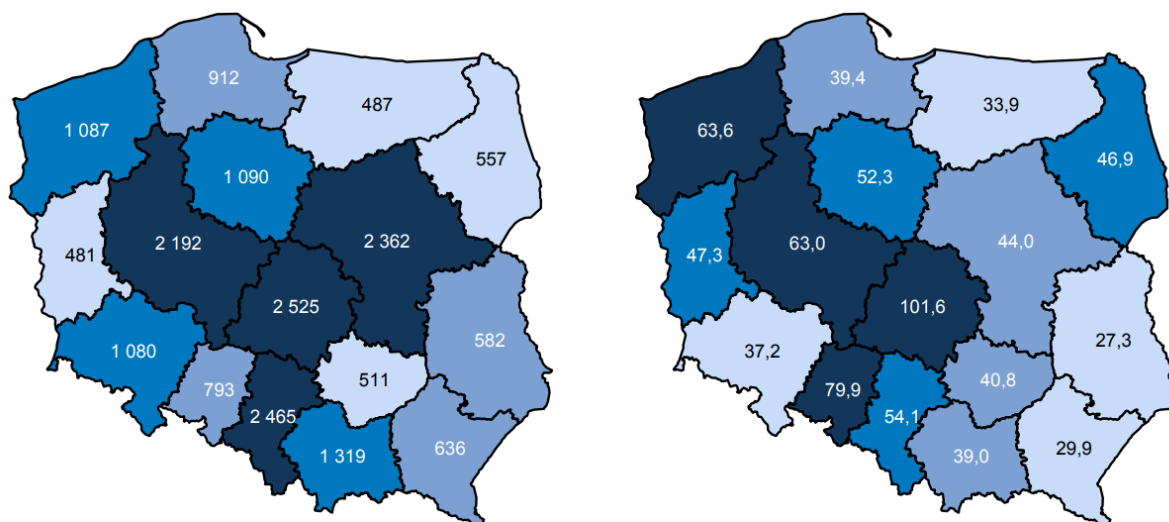


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 3. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – niewydolność serca
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy 'Kardiomiopatie' w roku 2016 wyniosła 19,1 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 49,6.

W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 1,1 tys. przypadków, przy współczynniku zapadalności 37,2.

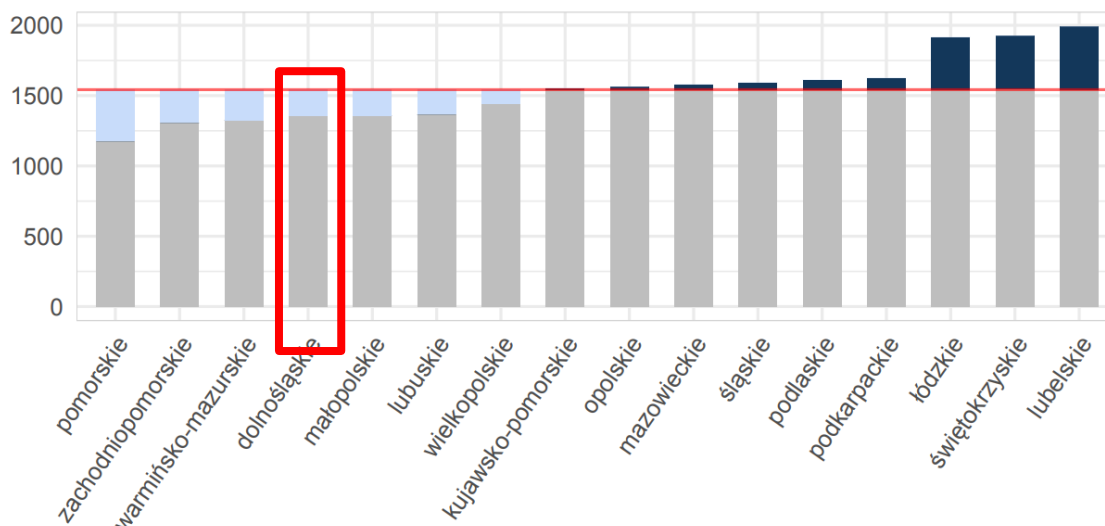


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 4. Wskaźnik zapadalności (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) – kardiomiopatie
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego

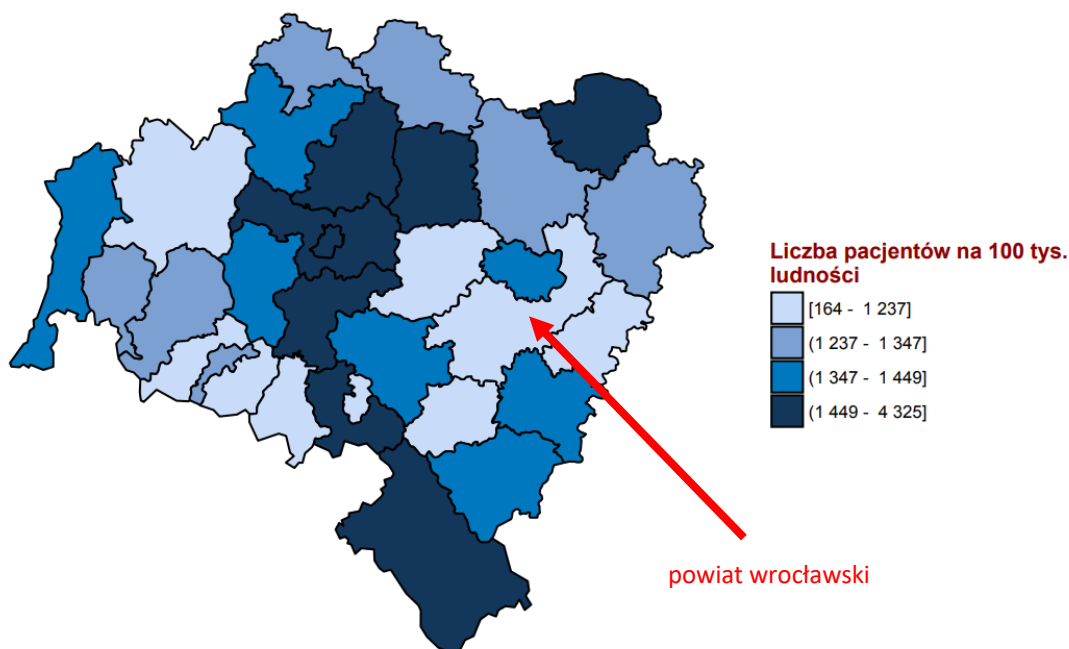
Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych wg miejsca zamieszkania z powodu grupy rozpoznań kardiologicznych w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Dla województwa dolnośląskiego jest on niższy niż współczynnik dla Polski, jak również dla samego powiatu wrocławskiego.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

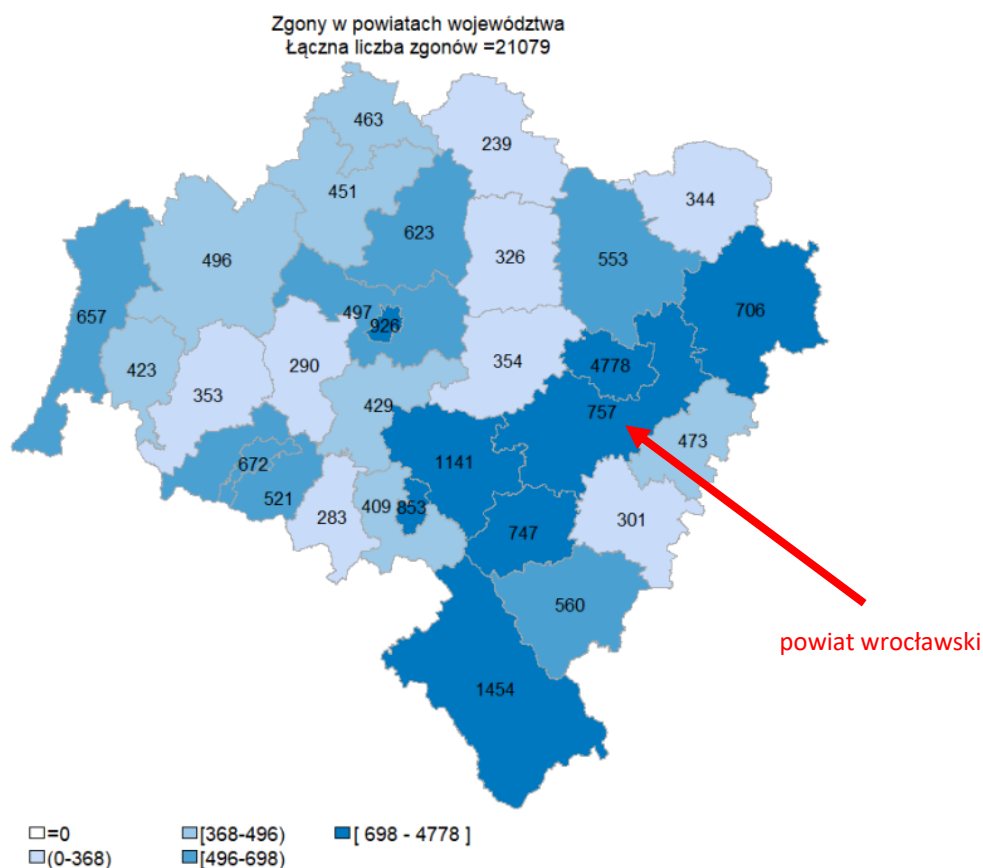
Rycina 5. Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg województw zamieszkania pacjenta
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego



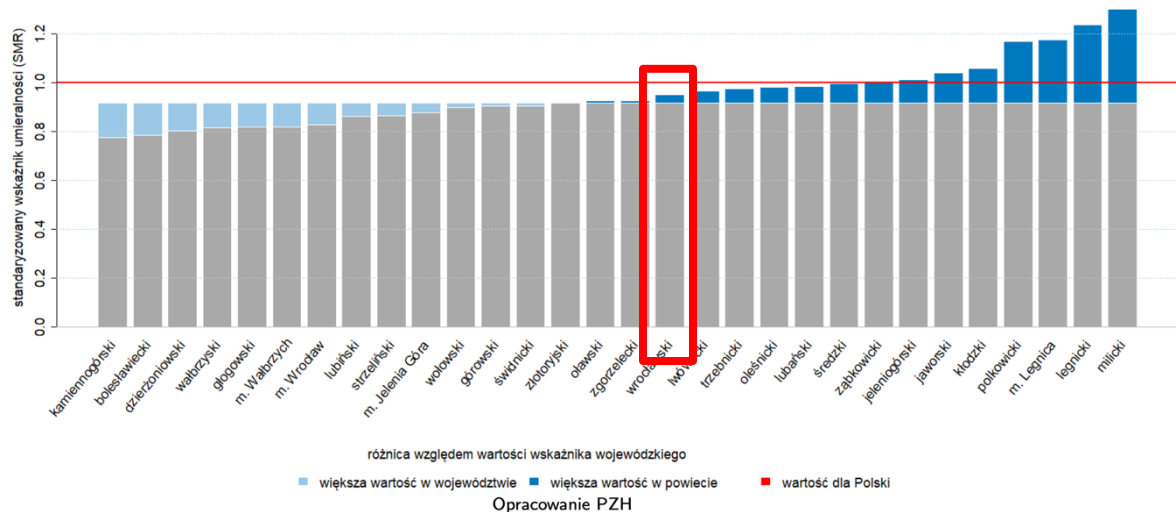
Rycina 6. Empiryczny współczynnik chorobowości szpitalnej wg powiatu zamieszkania pacjenta
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego

W okresie 2013-2015 w województwie dolnośląskim stwierdzono 21 079 zgonów z powodu chorób kardiologicznych, z których 74,3% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 52,7% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie dolnośląskim wynosił 241,6/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 5,8%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 10. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest niższy niż w kraju o 2,6%, natomiast kobiet o 9,0%. Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 10. miejscu, kobiet na 11., licząc od wartości najwyższych.

Niemniej sam powiat wrocławski cechowało 4 miejsce wśród najwyższych wartości bezwzględnych zgonów w województwie z powodu problemów kardiologicznych, ale też był to wskaźnik wyższy od średniej wartości dla województwa. W 8 z 30 powiatów województwa dolnośląskiego umieralność z powodu chorób kardiologicznych jest wyższa od ogólnopolskiej.



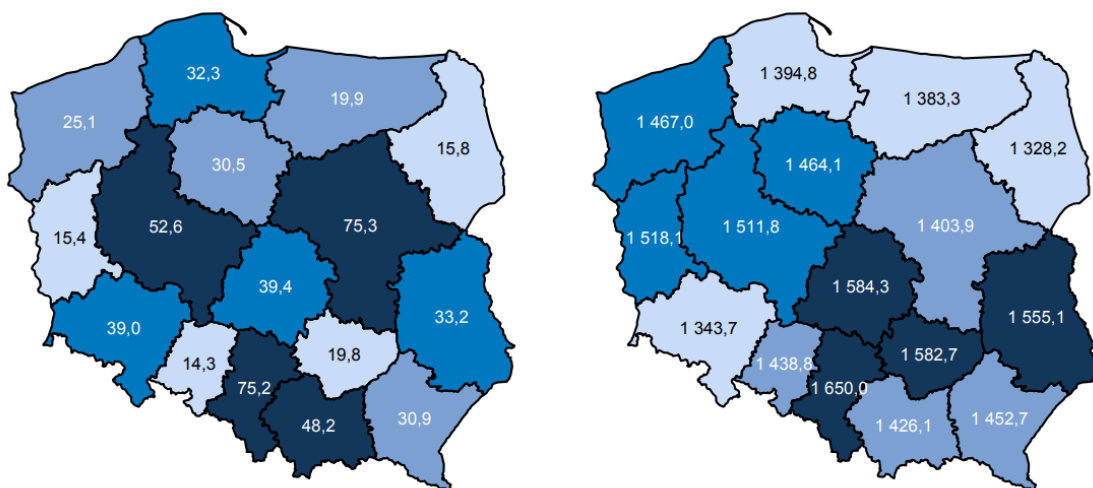
Rycina 7. Liczba zgonów w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego



Rycina 8. Standaryzowany wskaźnik umieralności w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego - umieralność z powodu chorób kardiologicznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy 'Nadciśnienie tętnicze' w roku 2016 wyniosła 567,0 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 1 475,2. W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 39,0 tys., zaś współczynnik 1 343,7 i był niższy niż średni dla Polski.

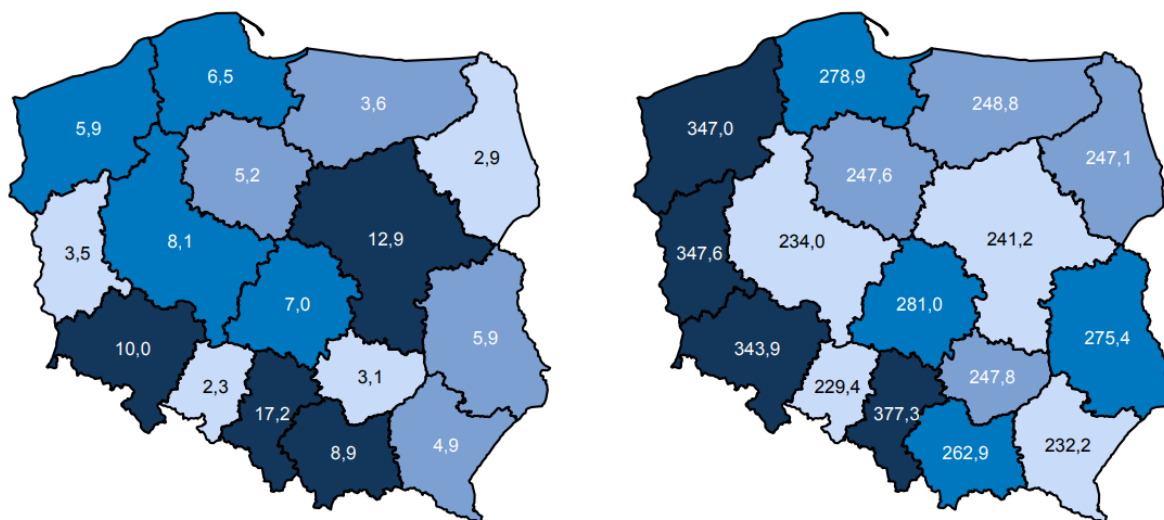


Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 9. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - nadciśnienie tętnicze

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego dla województwa dolnośląskiego

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy 'Miażdżycy tętnic' w roku 2016 wyniosła 107,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 280,9. W województwie dolnośląskim zapadalność wyniosła 10,0 tys. zaś współczynnik 343,9 i był czwartym najwyższym w kraju.



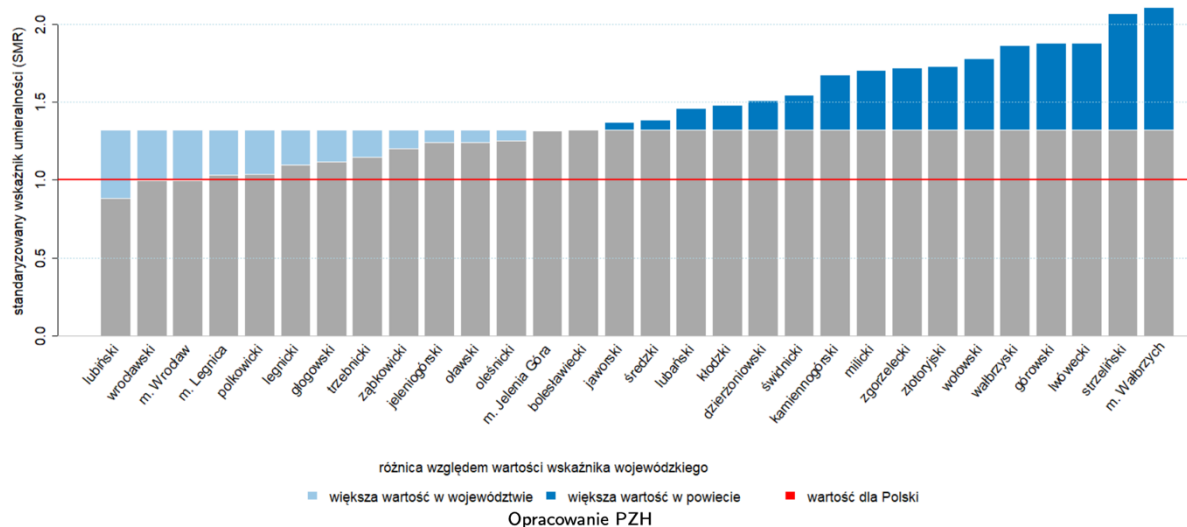
Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina 10. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) – miażdżycy tętnic

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego dla województwa dolnośląskiego

W okresie 2013-2015 w województwie dolnośląskim stwierdzono 13 478 zgonów z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego, z których 94,1% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 36,6% zmarłych stanowili mężczyźni. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie dolnośląskim wynosił 154,5/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 36%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 4. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest wyższy niż w kraju o 30,7%, natomiast kobiet o 39,1%. Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 5. miejscu, kobiet na 4., licząc od wartości najwyższych.

W 27 z 30 powiatów województwa dolnośląskiego umieralność z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego jest wyższa od ogólnopolskiej.



Rycina 11. Standaryzowany wskaźnik umieralności w poszczególnych powiatach województwa dolnośląskiego umieralność z powodu chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego dla województwa dolnośląskiego

Według Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026, określającego potrzeby zdrowotne społeczeństwa i wyzwania organizacji opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa dolnośląskiego, warto zaznaczyć, że zdrowie mieszkańców województwa dolnośląskiego nie ulega znaczącej poprawie wraz z upływem lat, w odniesieniu do obserwowanej szybkości wzrostu ich długości życia. Oznacza to, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa nastąpi konieczność zapewnienia i wzmocnienia dostępności i jakości opieki długoterminowej dla coraz liczniejszej i coraz bardziej schorowanej grupy społecznej osób starszych.

Analizując dane z lat 1998, 2008 i 2019 stwierdzono, że najbardziej istotnymi problemami zdrowotnymi niezmiennie pozostają: choroby niedokrwienne serca, udary, nowotwory złośliwe tchawicy oskrzeli i płuc (pierwsze trzy miejsca w rankingu wg wartości bezwzględnej DALY).

W ostatnich dziesięcioleciach najistotniejsze przyczyny zgonów w populacji dolnośląskiej pozostają niezmiennie: choroby układu krążenia (choroba niedokrwienności serca, udar, choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego), nowotwory układu oddechowego (tchawicy oskrzeli i płuc) oraz nowotwory układu pokarmowego (jelita grubego i odbytnicy, żołądka, trzustki) a także, zależnie od płci: nowotwory sutka u kobiet i nowotwory gruczołu krokowego i pęcherza moczowego u mężczyzn. Do istotnych przyczyn

zgonów w populacji dolnośląskiej należą także samookaleczenia, upadki oraz urazy w zdarzeniach drogowych.

c. Obecne postępowanie

Świadczenia gwarantowane

Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych realizowane są działania z zakresu podstawowej i zaawansowanej diagnostyki chorób układu krążenia. Do świadczeń tych zaliczyć można m.in. pomiar ciśnienia tętniczego, USG, Holter EKG oraz lipogram. W ramach świadczeń tych realizowane jest także poradnictwo specjalistyczne w zakresie kardiologii, podczas którego możliwym jest uzyskanie podstawowych informacji na temat modyfikacji stylu życia oraz dalszego postępowania w sytuacji wystąpienia ww. chorób. Dodatkowo na terenie całego kraju realizowanych jest kilka dużych programów profilaktycznych obejmujących swoim zakresem zarówno choroby układu krążenia ogółem jak i pojedyncze jednostki chorobowe jak np. nadciśnienie tętnicze. Spośród istotniejszych programów należy wymienić: „Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK)”; „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021” oraz „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)”.

Profilaktyka chorób układu krążenia finansowana jest ze środków publicznych w Polsce. Świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia stanowią część gwarantowanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Warunki realizacji tych świadczeń określone są w części II. załącznika nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357) w ramach porady specjalistycznej z zakresu kardiologii możliwe jest wykonanie badań laboratoryjnych immunologicznych, RTG, badania Holter EKG, ABPM, echokardiografii z opcją Dopplera oraz elektrokardiografii wysiłkowej serca.

Krajowe Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej (KCHR)

Aktualnie projekt Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej obejmuje 3 poradnie dla dorosłych:

- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- Poradnię Chorób Metabolicznych Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie;
- Poradnię Zaburzeń Lipidowych przy Klinice Chorób Metabolicznych w Krakowie.

Założeniem programu jest prowadzenie ośrodków specjalizujących się w diagnostyce genetycznej pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną, poprzez projekt *„Diagnostyka kliniczna i genetyczna pacjentów z wysokim ryzykiem hipercholesterolemii rodzinnej wraz z diagnostyką kaskadową ich krewnych”*.

Celem ww. projektu jest opracowanie optymalnego modelu diagnostyki i leczenia hipercholesterolemii rodzinnej opartego na nowoczesnych technologiach oraz poprawa dostępu do diagnostyki molekularnej tej choroby w Polsce. Projekt w swoich założeniach ma prowadzić do:

- zwiększenia skuteczności rozpoznawania i leczenia FH (ang. familial hypercholesterolemia);
- wyrównania dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych FH;
- wprowadzenia programów edukacyjnych dotyczących FH.

Program zakłada przeprowadzenie 3 wizyt w ośrodku obejmujących:

Wizyta 1:

- wywiad pielęgniarzki, pomiary: antropometryczne, ciśnienia tętniczego, akcji serca oraz wykonanie EKG;
- pełną ocenę czynników ryzyka przez lekarza poradni – analiza dokumentacji pacjenta, wykonanie badania podmiotowego oraz przedmiotowego;
- oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia hipercholesterolemii rodzinnej zgodnie z kryteriami rozpoznawania – adaptacja skali The Dutch Lipid Clinic Network – WHO i Simon Broome Register – uzyskana punktacja jest podstawą do skierowania pacjenta na badanie genetyczne w kierunku mutacji odpowiedzialnej za hipercholesterolemię rodzinną;

- zlecenie niezbędnych badań laboratoryjnych w celu kompleksowej oceny stanu pacjenta, np:
 - hormon tyreotropowy (TSH),
 - aminotransferazy: asparaginowa (AST) i alaninowa (ALT),
 - kinaza kreatynowa (CK),
 - kreatynina (kreat) i wskaźnik filtracji kłębuszkowej (eGFR),
 - glikemia na czczo (Glc),
 - białko C-reaktywne (CRP),
 - badanie ogólne moczu (BOM),
 - lipoproteina a (Lp(a)),
 - apolipoproteina B (ApoB),
 - hemoglobina glikowana (HbA1c).
- w zależności od wskazań wdrożenie odpowiedniego leczenia lub modyfikacja dotychczasowego;
- zlecenie kontrolnych badań laboratoryjnych niezbędnych na kolejnej wizycie oraz skierowanie na badanie grubości kompleksu intima-media (IMT) w celu oceny zaawansowania procesu miażdżycowego;
- w wypadku zaistnienia wskazań klinicznych pacjenci kierowani są do Poradni Kardiologicznej UCK, celem przeprowadzenia diagnostyki nieinwazyjnej i/lub inwazyjnej choroby wieńcowej lub innej klinicznej manifestacji miażdżycy.

Wizyta 2 (po 6-12 tygodniach) oraz wizyta 3 (po 12-18 miesiącach od pierwszej wizyty):

- wywiad pielęgniarzski, pomiary: antropometryczne, ciśnienia tętniczego i akcji serca;
- wywiad oraz badanie fizykalne przez lekarza poradni;
- analiza wyników badań laboratoryjnych (zleconych podczas poprzedniej wizyty) oraz genetycznych;
- ocena efektywności włączonego leczenia, ewentualnie jego modyfikacja oraz monitorowanie skutków niepożądanych czy objawów nietolerancji terapii;
- w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych pacjenci kierowani są do Poradni Kardiologicznej UCK, celem przeprowadzenia diagnostyki nieinwazyjnej i/lub inwazyjnej choroby wieńcowej lub innej klinicznej manifestacji miażdżycy.

Ponadto projekt zakłada przeprowadzenie diagnostyki kaskadowej rodzin wśród krewnych pacjentów, u których potwierdzono obecność mutacji genu odpowiedzialnego za hipercholesterolemię rodzinną. Diagnostyka przeprowadzana jest u wszystkich krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci pacjenta). Krewni, u których potwierdzono obecność wariantu genu odpowiedzialnego za FH lub rozpoznano ją na podstawie oceny klinicznej, zostają objęci opieką Poradni Hipercholesterolemii Rodzinnej.

Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)

W Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie i redukcję występowania natężenia czynników ryzyka.

Cele pośrednie obejmują:

- zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia;
- wczesną identyfikację osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia;
- promocję zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

Dostępne w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPChUK) świadczenia obejmują: badania biochemiczne krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i stężenia glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), kwalifikację świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE i zapisanie uzyskanego wyniku w karcie badania profilaktycznego, jak również przekazanie osobie, u której rozpoznano chorobę układu krążenia, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej informacji o wynikach badania oraz zaleceń dotyczących konieczności zmiany trybu życia lub kierowanie świadczeniobiorcy na dalszą diagnostykę lub leczenie.

Program skierowany jest do populacji osób obciążonych określonymi czynnikami ryzyka, zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i w danym roku będących 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 ze świadczeń udzielanych w ramach

programu (także u innych świadczeniodawców).

Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021

Program POLKARD na lata 2017-2021 stanowił kontynuację projektów rozpoczętych w ramach poprzednich edycji (w latach 2003-2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012 oraz 2013-2016). Celem głównym programu była redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce.

Do celów szczegółowych programu POLKARD należały:

- 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 badania przesiewowego w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej u osób powyżej 65 roku życia, u których stwierdzono co najmniej 3 czynniki ryzyka chorób sercowo- naczyniowych;
- zmniejszenie umieralności w wyniku chorób naczyń mózgowych oraz poprawa efektywności leczenia ostrej fazy udarów niedokrwiennych mózgu, zwiększenie dostępności do inwazyjnych terapii endowaskularnych i skrócenie czasu do interwencji;
- 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.

Działania w ramach programu POLKARD skupione były na realizacji następujących zadań:

1. Prowadzenie ogólnopolskiego programu prewencji pierwotnej chorób sercowo- naczyniowych obejmującego:
 - edukację zdrowotną społeczeństwa poprzez przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w zakresie profilaktyki i zapobiegania chorobom układu krążenia;

- program edukacyjno-interwencyjny redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego dla dzieci i młodzieży szkolnej - #ogarnijserce;
 - opracowanie i wdrożenie skutecznej metody w zakresie strategii wysokiego ryzyka obejmującego prowadzenie prewencji pierwotnej wśród osób dorosłych.
2. Prowadzenie ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej obejmującego:
- wykonywanie przesiewowych badań ultrasonograficznych aorty brzusznej oraz badań kontrolnych;
 - skierowanie osób z potwierdzonym rozpoznaniem TAB na dalsze leczenie, finansowane przez publicznego płatnika;
 - wytypowanie ośrodków, w których prowadzone będą badania przesiewowe, dysponujące aparatami USG;
 - prowadzenie bazy danych o wykonanych badaniach przesiewowych, szkoleń dotyczących zasad prowadzenia badań przesiewowych i postępowania z pacjentem z tętniakiem aorty brzusznej.
3. Poprawy dostępu do terapii w ostrym udarze mózgu poprzez wprowadzenie regionalnej międzyszpitalnej sieci poprawiającej efektywność leczenia ostrej fazy udarów niedokrwiennych mózgu, zwiększenie dostępności do inwazyjnych terapii endowaskularnych i skrócenie czasu do interwencji – TELESTROKE.
4. Opracowanie kompleksowego modelu opieki nad chorymi z niewydolnością serca oraz zorganizowanie i wdrożenie pilotażowe Oddziałów Dziennych Niewydolności Serca z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych.
5. Prowadzenie następujących rejestrów medycznych:
- Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK),
 - Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS (Rejestr PL-ACS),
 - Krajowy Rejestr Operacji Naczyniowych (KRON),
 - Ogólnopolski Rejestr Udarów Mózgu (ORUM),
 - Ogólnopolski Rejestr Kardiologiczno-Kardiochirurgiczny Przecewnikowych Implantacji Zastawek Serca POL-TAVI (Rejestr POL-TAVI),
 - Rejestr ablacji zaburzeń rytmu serca (Rejestr ablacji),
 - Rejestr implantacji stymulatorów (Rejestr PM ICD CRT),

- Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej (FH),
- Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych Płodów (ORPKP).

Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)

W ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2017-2023 „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)”, który realizowany jest przez 3 ośrodki lecznicze w województwach: łódzkim, małopolskim i kujawsko-pomorskim. Program ten w swoich założeniach obejmuje edukację personelu medycznego, edukację pacjentów, przeprowadzanie konsultacji lekarskich/pielęgniarskich na poziomie POZ oraz konsultacji lekarskich na poziomie ośrodka wielospecjalistycznego. Koszt całego programu wynosi 18 285 827 PLN.

Wnioski z odnalezionych rekomendacji

Wytyczne w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii przygotowane są m.in. przez następujące podmioty:

- American Academy of Pediatrics – AAP 2017
- American College of Cardiology – ACC 2017
- American College of Cardiology/ American Heart Association – ACC/AHA 2013a
- American College of Cardiology/ American Heart Association – AHA/ACC 2013b
- American College of Cardiology/American Heart Association – ACC/AHA 2019
- American College of Cardiology/American Heart Association – ACC/AHA 2018
- American Heart Association – AHA 2011
- Brazilian Guideline of Arterial Hypertension – BGAH 2016
- Brazilian Society of Cardiology – BSC 2014
- British Columbia Ministry of Health – BCMoH 2014
- Canadian Cardiovascular Harmonized National Guideline Endeavour – C-CHANGE 2018
- Canadian Cardiovascular Society – CCS 2018
- Canadian Cardiovascular Society – CCS 2020
- Canadian Family Physician – CFP 2015

- Canadian Hypertension Education Program – CHEP 2011
- Cardiac Society of Australia and New Zealand – CSANZ 2012
- Cardiac Society of Australia and New Zealand – CSANZ 2016
- European Society of Cardiology and European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation – ESC/EACPR 2016
- European Society of Cardiology and European Society of Hypertension – ESC/ESH 2018
- International Society of Hypertension – ISH 2020
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2010a
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2010b.
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2013
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2014
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2018
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2019a
- National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2019b
- Royal Australian College of General Practitioners – RACGP 2016
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN 2017
- Spanish Interdisciplinary Committee for Cardiovascular Disease Prevention and the Spanish Society of Cardiology – SIC/SSC 2014
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2014
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2016
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2017
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2018a
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2018b
- United States Preventive Services Task Force – USPSTF 2018c

W większości z załączonych rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz czynników ryzyka wystąpienia zarówno chorób układu krążenia jak i chorób im współtowarzyszących. Edukacja może być prowadzona na zasadzie szkoleń jak i zajęć indywidualnych.

Obecnie obowiązujące rekomendacje podkreślają potrzebę prowadzenia osobnej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia. W ramach działań tych należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ niektórych czynników ryzyka CVD. Działania w tym zakresie powinny skupiać się na ograniczeniu wpływu m.in. takich czynników jak: nadwaga/otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, użytkowanie wyrobów tytoniowych oraz siedzący tryb życia. W ramach działań tych należy również zachęcać pacjentów do prowadzenia codziennej aktywności fizycznej przy uwzględnieniu ich możliwości i stanu zdrowia.

W rekomendacjach wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Do grupy tej zalicza się: kobiety powyżej 50 r.ż.; mężczyzn powyżej 40 r.ż.; osoby, u których stwierdza się obecność dodatkowych czynników ryzyka CVD jak np. siedzący tryb życia czy niebilansowana dieta oraz osoby, u których zdiagnozowano obecność chorób determinujących podwyższenie ryzyka wystąpienia CVD jak cukrzyca, otyłość. W przypadku działań edukacyjnych, należy skierować je również do populacji ogólnej celem zwiększenia wiedzy społeczeństwa na temat ww. problemów zdrowotnych. Zasadnym wydaje się również włączenie do działań profilaktycznych dzieci i młodzieży celem zaznajomienia ich z działaniami profilaktycznymi związanymi z modyfikacją stylu życia.

W celu zidentyfikowania osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii lub chorób układu sercowo-naczyniowego zaleca się przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej, podczas której należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego, BMI oraz stosunku obwodu tali do bioder w celu określenia ryzyka wystąpienia ww. chorób. Dodatkowo zalecane jest przeprowadzenie wywiadu nastawionego na czynniki ryzyka znacząco podwyższające ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. Należy w tym również uwzględnić historyczne przypadki ww. chorób w rodzinie.

W ramach działań profilaktycznych zaleca się realizację konsultacji dietetycznych w celu zachęcenia pacjenta do zmodyfikowania swojej diety o redukcję spożywanej soli oraz unikanie żywności wysoko przetworzonej. Należy zalecić także zwiększenie podaży warzyw, owoców i innych produktów żywnościowych, które wykazują właściwości profilaktyczne dla chorób

układu sercowo-naczyniowego. Jeśli uważa się to za konieczne należy zalecić pacjentom stosowanie określonych diet, m.in. diety DASH (ang. dietary approaches to stop hypertension) lub diety śródziemnomorskiej.

Celem wczesnego wykrycia i zapobiegania chorobom układu krążenia zaleca się wdrożenie działań przesiewowych z użyciem oceny ryzyka CVD, pomiaru ciśnienia tętniczego oraz profilu lipidowego. Zgodnie z rekomendacjami badania te mogą być realizowane zarówno w populacji ogólnej jak i wysokiego ryzyka. Jeśli natomiast istnieje podejrzenie obecności hipercholesterolemii rodzinnej zaleca się wykonanie testów genetycznych wraz z wywiadem rodzinnym, celem potwierdzenia domniemanej obecności choroby dziedzicznej.

W części rekomendacji zaleca się również prowadzenie szkoleń personelu medycznego. W trakcie szkolenia należy zapoznać personel z podstawowymi metodami profilaktyki chorób układu krążenia, rekomendowanymi metodami diagnostyki oraz zalecić stałe uświadamianie pacjentów o potrzebie realizacji działań profilaktycznych, a w szczególności modyfikacji stylu życia.

Eksperci kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku chorób układu krążenia, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii. Eksperci podkreślają, iż interwencje w zakresie profilaktyki ww. jednostek chorobowych powinny w pierwszej kolejności skupiać się na edukacji oraz ocenie obecności podstawowych czynników ryzyka. Ponadto eksperci zalecają również realizację działań z zakresu wczesnego wykrycia ww. jednostek chorobowych oraz wykonanie podstawowych badań diagnostycznych tj. lipogram, pomiar masy ciała, BMI oraz pomiar glikemii. Eksperci pozostają zgodni, że choroby układu krążenia pozostają istotnym problemem zdrowotnym w polskiej populacji i wymagają prowadzenia działań profilaktycznych ze względu na idące za nimi skutki zdrowotne, wysokie ryzyko zgonu oraz koszty związane z dalszym leczeniem.

W obecnej sytuacji program polityki zdrowotnej realizowany przez Powiat Wrocławski może stanowić uzupełnienie obecnie realizowanych działań, zwiększyć dostępność do działań profilaktycznych realizowanych w ramach ww. programów i świadczeń gwarantowanych oraz umożliwić uzyskanie dokładniejszych danych na temat efektywności rekomendowanych działań.

2. Cele programu i mierniki efektywności

a. 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 30% uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.

b. Cele szczegółowe

- Zwiększenie o 20% liczby osób decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu w stosunku do wszystkich dorosłych uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.
- Zwiększenie aktywności fizycznej wśród 20% dorosłych uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.
- Zmiana niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 20% dorosłych uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.
- Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 20% dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej powiat wrocławski, w latach 2023–2025.

c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek uczestników deklarujących chęć rzucenia palenia w stosunku do całkowitej liczby palących uczestników PPZ.
- Odsetek uczestników deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.

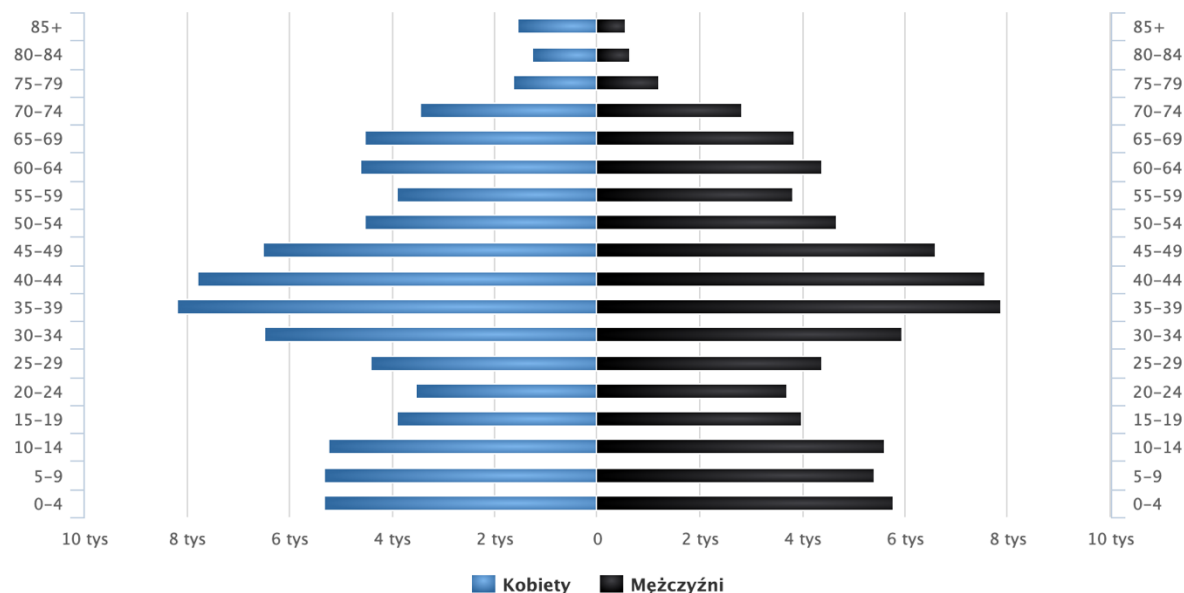
- Odsetek uczestników deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z zaleceniami w ramach programu.
- Odsetek dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z tej grupy, które wypełniły pre- test.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Powiat wrocławski ma 160 852 mieszkańców, z czego 51,1% stanowią kobiety, a 48,9% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców wzrosła o 66,2%. Program ma charakter wieloletni i realizowany będzie w latach 2023–2025.



Rycina 12. Piramida wieku mieszkańców powiatu wrocławskiego, 2021 rok

Źródło: GUS

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców powiatu wrocławskiego, w wieku od 40 r.ż. w przypadku mężczyzn lub od 50 r.ż. w przypadku kobiet z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Druga grupa populacyjna do której będą kierowane działania w ramach programu to uczniowie szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie powiatu wrocławskiego.

Populacja docelowa szczegółowo składa się z poniższych grup przypisanych do konkretnych rodzajów interwencji zaplanowanych w programie:

a) Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

dedykowane są osobom 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

b) edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

uczestnikami będą dzieci i młodzież w wieku szkolnym (uczniowie uczęszczający do szkoły podstawowej na terenie powiatu)

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2021 roku populacja w wieku od 35 r.ż. liczy 75 920 osób.

Tabela 1. Populacja całościowa dorosłych od 35 roku życia.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa grupy wiekowej
85+	1547	560	2107
80-84	1249	647	1896
75-79	1621	1218	2839
70-74	3459	2815	6274
65-69	4535	3856	8391
60-64	4597	4370	8967
55-59	3895	3819	7714
50-54	4526	4670	9196
45-49	6510	6587	13097
40-44		7556	7556
35-39		7883	7883
Razem	31939	43981	75920

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL.

https://www.polskawliczbach.pl/powiat_wroclawski

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2021 roku populacja osób w wieku 5-14 r.ż. liczy 21 531 osób.

Na terenie powiatu swoją placówkę mają 52 szkoły podstawowe (w tym szkoły specjalne i dla dorosłych), w których w 931 oddziałach uczyło się 17 656 uczniów (8 650 dziewcząt oraz 9 006 chłopców).

Szkoły podstawowe dla dzieci i młodzieży bez szkół specjalnych		47
Oddziały		878
Uczniowie		17 495
Kobiety (uczniowie)	8 571	Mężczyźni (uczniowie) 8 924
		
Uczniowie w 1 klasie		2 581
Kobiety (uczniowie w 1 klasie)	1 284	Mężczyźni (uczniowie w 1 klasie) 1 297
Absolwenci		1 652
Kobiety (absolwenci)	804	Mężczyźni (absolwenci) 848

Rycina 13. Liczba szkół, klas i uczniów powiatu wrocławskiego

Źródło: https://www.polskawliczbach.pl/powiat_wroclawski#edukacja-i-szkolnictwo

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zamieszkujący na terenie powiatu wrocławskiego.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

Osoby dorosłe:

- wiek powyżej 40 roku życia M i 50 roku życia K, potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- osoby dorosłe w wieku 18-40 lat, u których podczas kwalifikacji potwierdzone zostanie występowanie co najmniej jednego czynnika ryzyka choroby sercowo- naczyniowej;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego będzie prowadzona wśród mieszkańców powiatu wrocławskiego (za okazaniem stosownego zaświadczenia lub poświadczenia zameldowania);

- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

Uczniowie szkół podstawowych:

- status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie powiatu wrocławskiego, np. na podstawie legitymacji uczniowskiej;
- podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu druku świadomej zgody na udział dziecka w programie (przykładowy druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- w przypadku osób, które ukończyły 16. lat, wymagana będzie również ich zgoda, wraz ze zgodą przedstawiciela ustawowego;
- brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu:

Osoby dorosłe:

- zdiagnozowane występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego przed przystąpieniem do programu;
- pozostawanie pod opieką poradni/specjalisty w dziedzinie kardiologii;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie powiatu wrocławskiego;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie;
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Uczniowie szkół podstawowych:

- brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie powiatu wrocławskiego;
- brak pisemnej zgody rodzica/opiekuna na udział w programie;
- wyłączone z programu będą dzieci z wcześniej rozpoznanymi chorobami układu sercowo-naczyniowego, objęte opieką poradni/specjalisty w dziedzinie kardiologii.

Kryteria szczegółowe dla poszczególnych etapów programu

Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

a) kryteria włączenia:

Osoby z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego, czyli:

- mężczyźni powyżej 40 r.ż.,
- lub kobiety powyżej 50 r.ż.,
- lub osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników zwiększających ryzyko choroby sercowo-naczyniowej, np.: siedzący tryb życia, niebilansowana dieta, cukrzyca, otyłość.

b) kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w poprzednich 2 lat, np. w innych programach o zbliżonym zakresie jak ChUK lub „KORDIAN”;
- pozostawanie pod opieką poradni/specjalisty w dziedzinie kardiologii;
- przyjmowanie leków na nadciśnienie tętnicze lub obniżających poziom cholesterolu we krwi;
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

a) kryteria włączenia:

- dzieci i młodzież w wieku szkolnym,
- status ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie powiatu wrocławskiego, np. na podstawie legitymacji uczniowskiej;

b) kryteria wyłączenia:

- brak statusu ucznia szkoły podstawowej znajdującej się na terenie powiatu wrocławskiego;

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował realizator w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien zamknąć się w latach od 2023 do końca 2025.

c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

1. Kampania promocyjna

Rozpropagowanie informacji na temat programu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego - na przykład strona internetowa realizatora, starostwa powiatowego, informacja w lokalnych mediach oraz w placówkach medycznych realizujących program.

Priorytetem w ramach niniejszego punktu jest dotarcie do możliwie jak największego odsetka potencjalnych uczestników spełniających kryteria włączenia do programu. Zapewni to wysoką frekwencję i pozwoli na osiągnięcie założonych celów. Narzędziem pozwalającym je spełnić będzie kampania promocyjna, nakłaniająca do aktywnego uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

Ze względów praktycznych akcja informacyjna zostanie skierowana przede wszystkim do osób dorosłych, w tym rodziców uczniów. Mieszkańcy powiatu będą informowani o zaplanowanych działaniach, za pośrednictwem np. lokalnych mediów, stron internetowych JST oraz poszczególnych placówek medycznych, plakatów i ulotek informacyjnych. Dodatkowo szczegółowe informacje organizacyjne mogą zostać przekazane mieszkańcom w trakcie wszelkich spotkań publicznych z udziałem władz powiatowych/gminnych. Mieszkańcy uzyskają kompleksowe dane organizacyjne i materiały dotyczące programu, a także informacje o planowanych działaniach.

2. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie wieku i zamieszkania zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

3. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

4.1. Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia:

Wszystkie działania i treści przekazywane w ramach interwencji powinny być w pełni zgodne z najnowszymi wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych (co najmniej: ESC, CCS, NICE i USPSTF). W przypadku programów wieloletnich, weryfikacja aktualności opcjonalnie może być wykonywana raz w roku. Weryfikacji tej może dokonać rada ds. programu.

Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać dostosowana do zdiagnozowanych potrzeb świadczeniobiorców oraz uwzględniać faktyczne warunki lokalne.

Interwencja obejmuje obszary: edukacja zdrowotna, aktywność fizyczna, dieta oraz szkodliwość stosowania substancji psychoaktywnych – szczegóły tematyczne poszczególnych zakresów działań opisane są poniżej.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-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.
- W projekcie należy przedstawić kryteria oceny, które muszą być spełnione, aby uzyskany wynik testu uznać za „wysoki poziom wiedzy”, a tym samym mogący mieć przełożenie na uzyskanie efektu zdrowotnego. Kryteria oceny powinny zostać opisane i uzasadnione.

Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia realizowana jest w sposób komplementarny do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach POZ.

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje o swoim stanie zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu 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.

W ramach programu zaplanowano niniejszy rozkład działań:

Edukacja zdrowotna grupowa

Będzie adresowana do całej dorosłej populacji zamieszkującej powiat wrocławski, w tym rodziców/opiekunów dzieci włączonych do działań edukacyjnych.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w przychodniach POZ.

Można rozpocząć edukację społeczeństwa i promocję programu przy użyciu mediów społecznościowych i innych dostępnych środków masowego przekazu.

Edukacja grupowa może mieć charakter prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne. Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych realizatora. Czas spotkań powinien być adekwatny do ilości treści przekazywanych uczestnikom. Docelowo zaleca się co najmniej 2 razy po około 45 minut; łącznie około 90 minut w ciągu roku.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenie testu leży po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby

wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Personel edukujący powinien przekazywać uczestnikom informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim, czyli istoty działań profilaktyki pierwotnej chorób układu sercowo naczyniowego, dotyczących promocji aktywności fizycznej, zasad zdrowego odżywiania się, ograniczania stosowania używek.

Działania indywidualne dla zakwalifikowanych uczestników programu:

Wizyta nr 1.

podczas której uczestnik programu zostanie objęty następującymi składowymi kompleksowej interwencji:

- wypełnienie pre-testu

Test winien zawierać pytania w zakresie oceny aktywności fizycznej, zachowań żywieniowych, stosowania substancji psychoaktywnych, oceny wiedzy merytorycznej z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób układu sercowo- naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.

Poziom wiedzy zostanie oceniony w trzech przedziałach procentowych: do 50% poprawnych odpowiedzi – niezadowalający poziom wiedzy, 51-75% poprawnych odpowiedzi – zadowalający poziom wiedzy, powyżej 75% poprawnych odpowiedzi – docelowy poziom wiedzy – „wysoki poziom wiedzy”.

- badania przedmiotowe i podmiotowe

Wykonany zostanie: pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder, obliczenie BMI, WHR, pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego, oznaczenie glikemii, ciśnienia tętniczego krwi oraz opcjonalnie analizy składu ciała z wykorzystaniem bioimpedancji elektrycznej.

Realizator musi poinformować uczestnika programu, że w ramach PPZ zakłada się zbieranie danych od uczestników programu w terminie 6 tygodni, 3 i 6 miesięcy od przeprowadzenia badania w ramach wizyty nr 1. Będą one dotyczyć wartości masy ciała i wzrostu (lub wskaźnika BMI) uczestnika programu oraz stosowania się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie.

- przeprowadzenie indywidualnej edukacji zdrowotnej

Polegać będzie na analizie następujących zagadnień: wskazanie dostępnych form codziennej aktywności fizycznej, korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej, modyfikacja codziennej diety z uwzględnieniem redukcji ilości spożywanej soli,

produktów wysokoprzetworzonych i węglowodanów oraz zwiększenia ilości warzyw i owoców i innych cennych produktów wykazujących właściwości profilaktyczne chorób układu sercowo-naczyniowego.

U osób, które wskazały, iż są użytkownikami tytoniu i alkoholu edukacja obejmie również zakres dotyczący szkodliwości palenia tytoniu oraz nadmiernego spożycia alkoholu.

U osób, u których wystąpi podejrzenie hipercholesterolemii rodzinnej, zostanie przekazana informacja do lekarza POZ, celem ewentualnej kwalifikacji do diagnostyki genetycznej.

Wizyta nr 2. (po około 6 tygodniach od poprzedniej wizyty)

Powtórne badania przedmiotowe i podmiotowe: pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder, obliczenie BMI, WHR, pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego, oznaczenie glikemii, ciśnienia tętniczego krwi oraz opcjonalnie analizy składu ciała z wykorzystaniem bioimpedancji elektrycznej.

Realizator dokonać winien porównania wyników uzyskanych badań z wynikami z poprzedniej wizyty nr 1.

Wykonana winna zostać analiza ewentualnych błędów zdrowotnych i ustalona strategia zapobiegania im wraz z edukacją zdrowotną naceLOWaną na utrzymanie motywacji do dalszej realizacji zaleceń dietetycznych i aktywności fizycznej.

Wizyta nr 3. (po około 3 miesiącach od wizyty nr 2.)

Powtórne badania przedmiotowe i podmiotowe: pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder, obliczenie BMI, WHR, pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego, oznaczenie glikemii, ciśnienia tętniczego krwi oraz opcjonalnie analizy składu ciała z wykorzystaniem bioimpedancji elektrycznej.

Realizator dokonać winien porównania wyników uzyskanych badań z wynikami z poprzednich wizyt nr 1. i nr 2.

Ponownie powinna zostać wykonana analiza ewentualnych błędów zdrowotnych i ustalona strategia zapobiegania im wraz z edukacją zdrowotną naceLOWaną na utrzymanie motywacji do dalszej realizacji zaleceń dietetycznych i aktywności fizycznej.

Wizyta nr 4. (po około 3 miesiącach od wizyty nr 3.)

Powtórne badania przedmiotowe i podmiotowe: pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder, obliczenie BMI, WHR, pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego, oznaczenie glikemii, ciśnienia tętniczego krwi oraz opcjonalnie analizy składu ciała z wykorzystaniem bioimpedancji elektrycznej.

Realizator dokonać winien porównania wyników uzyskanych badań z wynikami z poprzednich wizyt.

Ponownie powinna zostać wykonana analiza ewentualnych błędów zdrowotnych i ustalona strategia zapobiegania im wraz z edukacją zdrowotną naceLOWaną na utrzymanie motywacji do dalszej realizacji zaleceń dietetycznych i aktywności fizycznej. Tutaj ważnym jest, aby uczestnikowi PPZ przekazać (najlepiej w formie pisemnej) zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania, już poza programem.

Uczestnik wypełnia dwa dokumenty: post-test w identycznej w formie i treści jak pre-test oraz ankietę satysfakcji z udzielanych w ramach programu świadczeń.

Szczegóły tematyczne poszczególnych zakresów działań opisane są poniżej:

Edukacja zdrowotna

Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka CVD, w tym:

- nadwagi/otyłości,
- stosowania substancji psychoaktywnych,
- braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej,
- siedzącego tryb życia.

W ramach profilaktyki należy wykonać pomiar: wysokość ciała („wzrost”), masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder. Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników każdy uczestnik powinien 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. Jeśli pomiary mają zostać wykonane samodzielnie przez świadczeniobiorcę w warunkach domowych (np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej), edukator powinien wyczerpująco przedstawić zasady prawidłowego wykonywania pomiarów antropometrycznych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zmniejszających precyzję pomiaru, omówić często popełniane przy pomiarach błędy, a także odnieść się do dostępnych w warunkach domowych narzędzi pomiarowych (np. centymetr krawiecki, waga łazienkowa). Niezbędne jest zwracanie uwagi na jednostki miar, które wykorzystywane są do obliczeń.

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, np.:

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)”,
- materiały edukacyjne sporządzone przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
- materiały edukacyjne sporządzone przez Narodowy Instytut Kardiologiczny.

Aktywność fizyczna

Należy zidentyfikować i promować realnie dostępne dla świadczeniobiorców formy codziennej aktywności fizycznej.

Należy udzielać świadczeniobiorcom indywidualnego wsparcia przy wyszukiwaniu i doborze odpowiedniej aktywności fizycznej, której regularne stosowanie zmniejszy ryzyko CVD.

Promowane i zalecane formy aktywności fizycznej muszą być w pełni zgodne z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych w zakresach: częstości wykonywania, intensywności, czasu trwania i rodzaju.

Należy zachęcać uczestników do prowadzenia codziennej aktywności fizycznej przy uwzględnieniu stanu zdrowia. Informacje w tym zakresie powinny odnosić się do:

- korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej,
- prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowo-naczyniowych jak i innych,
- realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.

Dieta

Należy wdrożyć działania z zakresu modyfikacji diety, w tym:

- redukcja ilości spożywanej soli,
- unikanie żywności wysokoprzetworzonej,
- zmniejszenie podaży węglowodanów,

- zwiększenie podaży warzyw, owoców i innych produktów żywnościowych, które wykazują właściwości profilaktyczne chorób układu sercowo-naczyniowego,
- stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH lub diety śródziemnomorskiej.

W ramach działań należy wskazywać na artykuły spożywcze faktycznie dostępne dla świadczeniobiorców, w tym uwzględnić ewentualne restrykcje pokarmowe (np. alergie, nietolerancje). Należy uwzględnić sezonową dostępność owoców i warzyw.

Zaprzestanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności palenia tytoniu

Konieczne jest informowanie świadczeniobiorców o szkodliwości palenia tytoniu oraz motywowanie do zaprzestania lub ograniczenia palenia. W ramach interwencji należy także zaznaczyć, iż wdrożenie omawianej modyfikacji pozwoli również ograniczyć ryzyko wystąpienia innych chorób m.in. nowotworu płuca, udaru mózgu czy nowotworów jamy ustnej.

Należy zalecać ograniczenie spożycia alkoholu.

Konieczne jest motywowanie uczestnika do zaprzestania lub ograniczenia stosowania innych substancji psychoaktywnych.

Informacja dla lekarza POZ od realizatora interwencji

Informacja jest w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk).

Zawiera co najmniej:

- informacje na temat programu (m.in. nazwa, dane kontaktowe, cel),
- indywidualną historię dotyczącą udziału danego świadczeniobiorcy w programie, w tym wyniki przeprowadzonych pomiarów i dane z kwestionariuszy,
- prośbę o przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego pod kątem identyfikacji, potwierdzenia lub wykluczenia obecności czynników wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii,
- zalecenie wykonania przez przeszkolony personel medyczny i z użyciem odpowiednich narzędzi co najmniej następujących pomiarów: ciśnienie tętnicze, tętno spoczynkowe, wysokość ciała, masa ciała, obwód talii, obwód bioder. Na podstawie pomiarów wyliczone powinny zostać wskaźniki: BMI, WHR oraz WHtR. Wyniki surowe oraz obliczone wskaźniki są wydawane świadczeniobiorcy, aby mógł samodzielnie monitorować swój stan zdrowia.

- zachętę do stosowania wartości referencyjnych oraz narzędzi (np. karta ryzyka SCORE, kwestionariusz QRISK2, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), zgodnych z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych, które są przytoczone w treści przekazywanego dokumentu wraz z odniesieniami bibliograficznymi. Dla hipercholesterolemii wskazywane są narzędzie takie jak Kryteria Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) i Skala Simon Broome’a.
- prośbę o skierowanie świadczeniobiorcy do ośrodka wysokospecjalistycznego w przypadku podejrzenia hipercholesterolemii rodzinnej (>5 pkt. w skali DLCNS), aby mógł zostać zakwalifikowany do diagnostyki genetycznej.

4.2. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży:

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży powinna być prowadzona we współpracy ze szkołami podstawowymi na obszarze realizacji programu.

W ramach planowanych działań edukacyjnych zaleca się:

- rozwijanie pozytywnych nawyków żywieniowych, w tym:
 - regularnego spożywania posiłków,
 - spożywania większej ilości warzyw i owoców,
 - ograniczenia spożywania żywności wysokoprzetworzonej typu fast food oraz słodczy,
 - ograniczenia spożywania napojów dosładzanych,
 - unikania spożywania napojów pobudzających, takich jak napoje energetyczne,
- zachęcanie do aktywności fizycznej,
- unikanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu oraz wyrobów tytoniowych.

Stosowane formy i metody powinny być dostosowane do wieku uczniów. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w tej grupie wiekowej.

Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej **dzieci młodszych (klasy I-III)**, powinno odbywać się w formie ukierunkowanej zabawy, pogadanki, aktywizacji dzieci. Zajęcia edukacji zdrowotnej realizowane mogą być np. w czasie zajęć w szkole. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na wiedzę o zagrożeniach związanych z otyłością, interwencje skupią się na działaniach

z zakresu profilaktyki pierwotnej. Będą one polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań oraz wpajaniu prostych nawyków wśród dzieci. Może to być np. propagowanie właściwych zachowań żywieniowych – unikanie słodczy, wysoko słodzonych napojów, informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia. Koniecznym jest, aby zakres treści, formę i sposób przekazu dostosować do wieku i percepcji dzieci.

W grupie **uczniów klas IV-VIII** winno nastąpić wzmocnienie prozdrowotnych postaw u dzieci. Podczas spotkań uczestnicy poszerzają swoją wiedzę dotyczącą prawidłowego żywienia i ogólnie pojętego zdrowego stylu życia.

Działania z zakresu edukacji zdrowotnej mogą być prowadzone w formie wykładów, warsztatów, pogadanek i dyskusji, zabaw lub innych. Forma ta powinna zostać dostosowana do wieku uczestników, mając na celu maksymalne zainteresowanie i zaktywizowanie grupy docelowej. Najlepiej, aby wprowadzić element praktyczny, np. wspólne przygotowywanie II śniadania w formie warsztatów lub pokazu z udziałem uczniów. Ważne, aby wpajać podstawowe zasady higieny – mycie rąk przed posiłkiem, ale także zasady bezpieczeństwa i higieny pracy – np. uważne obchodzenie się z nożem.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację edukacji również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Działania edukacyjne dla uczniów:

- będą składały się z 1,5 godz. zegarowych (2 lekcje) zajęć w trakcie roku szkolnego;
- zajęcia edukacyjne klas IV-VIII będą zaczynały i kończyły się sprawdzeniem wiedzy uczniów pre i post testem;
- w zajęciach edukacyjnych dzieci mogą brać udział nauczyciele uczący daną klasę;
- zajęcia mogą odbywać się na terenie poszczególnych placówek oświatowych uczestniczących w programie.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa dla klas IV-VIII jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży

po stronie realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja może być realizowana na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć w szkole (np. pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane również wśród rodziców podczas wywiadówek i spotkań z wychowawcami.

d. Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2023–2025. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;

- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku osób z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego – wraz z realizacją kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- w przypadku dzieci i młodzieży w wieku szkolnym – wraz z zakończeniem edukacji zdrowotnej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu sugeruje się zaplanowanie do realizacji następujących działań:

1. Opcjonalne stworzenie rady ds. programu jako organu doradczego i wspierającego przygotowanie, wdrożenie i realizację PPZ, w skład której wejść mogą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu może pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Opcjonalnie powołany koordynator PPZ może merytorycznie odpowiadać za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, W przypadku powołania osoby na tą funkcję, winna być ona przewodniczącym rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatora (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatora ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Kampania promocyjna.
6. Przeprowadzenie interwencji: kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.

7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ad 4. Wybór realizatora

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 poz.633), z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Ad 5. Kampania promocyjna

Skierowana do mieszkańców powiatu wrocławskiego. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy powiatu wrocławskiego, w szczególności grupa docelowa oraz rodzice uczniów szkół podstawowych, zostaną poinformowani o korzyściach z działań podejmowanych w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii oraz o ramach organizacyjnych działań zaplanowanych w ramach PPZ.

Ad 7 Monitoring działań

W ramach programu będzie wykonywany monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie powiatu wrocławskiego przez realizatora wyłonionego w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni w miejscu prowadzenia interwencji pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot realizujący program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych – zgodnie z potrzebami realizacji zadania

sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji oraz sprzętem pomocniczym.

W ramach wytycznych szczegółowych, realizator winien zapewnić w ramach etapów PPZ następującą kadrę:

- **Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia**

Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie w przeprowadzeniu interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

- **Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży**

Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie w przeprowadzeniu interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz posiadający doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2023–2025, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych

a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Instytucji finansującej programem, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w interwencjach (z podziałem na interwencje),
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby/etapy zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie kardiologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiórce wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągania większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- odsetku osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post- testu) na temat czynników ryzyka, i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo- naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii,

- odsetku palących uczestników, którzy zadeklarowali chęć ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu,
- odsetku uczestników deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej,
- odsetku uczestników deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z informacjami uzyskanymi w ramach programu,
- odsetku osób skierowanych na leczenie w związku z wykryciem chorób układu sercowo- naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii w ramach programu.
- odsetku osób, u których doszło do polepszenia stanu zdrowia w wyniku otrzymywanego leczenia.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależny jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około 300 000,00 zł na cały okres trwania programu, po 100 000,00 zł na każdy pełny rok realizacji programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczału, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od zawartej umowy z realizatorem na wykonanie interwencji opisanej w ramach niniejszego PPZ, który otrzyma środki na jego realizację w ramach konkursu.

Program zakłada 3 letni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

a. Koszty jednostkowe

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- Koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii promocyjnej,

- Koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży,
- Koszt przygotowania i realizacji kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia (z podziałem na poszczególne komponenty),
- Koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów bezpośrednich działań w ramach programu

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy
kwalifikacja uczestnika do programu	5,00 zł
wizyta nr 1 - pomiary, badania i edukacja	200,00 zł
wizyty nr 2 i 3 sprawdzające	100,00 zł
wizyta nr 4 podsumowująca	200,00 zł
wykłady w formie grupowej za wykład	1 500,00 zł
zajęcia edukacyjne dla uczniów za kurs	1 500,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen

Koszty pośrednie w ramach programu oszacowano ryczałtowo ustalając poniższe roczne wartości składowych:

Tabela 3. Rodzaje rocznych kosztów pośrednich

Koszty pośrednie	
Rodzaj kosztu	wartość
ewaluacja i monitorowanie	1 500,00 zł
obsługa ogólna	1 000,00 zł
koszty promocyjne	1 000,00 zł
razem roczne koszty pośrednie	3 500,00 zł

Źródło: opracowanie własne

b. Planowane koszty całkowite

Biorąc pod uwagę jaki dostępny jest poziom finansowania wyznaczony na realizację niniejszego programu określono populację realnie korzystających z programu na 2% całkowitej populacji docelowej.

Zakłada się, iż wykłady odbędą się w każdej gminie powiatu, po 2 razy w roku, przez 3 lata realizacji programu.

Planowane koszty realizacji programu wykazane są w tabelach 4, 5 i 6.

Tabela 4. Koszty całkowite realizacji programu.

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Ilość realizacji	Częstość realizacji
kwalifikacja uczestnika do programu	5,00 zł	1 500	1
wizyta nr 1 - pomiary, badania i edukacja	200,00 zł	200	1
wizyty nr 2 i 3 sprawdzające	100,00 zł	200	2
wizyta nr 4 podsumowująca	200,00 zł	200	1
wykłady w formie grupowej za wykład	1 500,00 zł	9	6
zajęcia edukacyjne uczniowie za kurs	1 500,00 zł	9	6

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Koszty całkowite realizacji programu z podziałem na kategorie

Rodzaj kosztu	Koszt całkowity kategorii
koszty bezpośrednie	
kwalifikacja uczestnika do programu	7 500,00 zł
wizyta nr 1 - pomiary, badania i edukacja	40 000,00 zł
wizyty nr 2 i 3 sprawdzające	40 000,00 zł
wizyta nr 4 podsumowująca	40 000,00 zł
wykłady w formie grupowej za wykład	81 000,00 zł
zajęcia edukacyjne uczniowie za kurs	81 000,00 zł
razem koszty bezpośrednie	289 500,00 zł
koszty pośrednie	
ewaluacja i monitorowanie	4 500,00 zł
obsługa ogólna	3 000,00 zł
koszty promocyjne	3 000,00 zł
razem koszty pośrednie	10 500,00 zł
koszty całkowite	300 000,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 6. Planowany budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2023	100 000,00 zł
rok 2024	100 000,00 zł
rok 2025	100 000,00 zł
Całość działań	300 000,00 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku konkursowego na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2023–2025.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **300 000,00 zł** w latach 2023-2025.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców powiatu wrocławskiego zostanie sfinansowany ze środków budżetu Powiatu Wrocławskiego w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149).

Instytucja finansująca winna zabezpieczyć uchwałą Rady Powiatu kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Ze względu na fakt, iż samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, ważnym jest, aby w przypadku programów wieloletnich, zaplanować odpowiedni zapis w budżecie Powiatu Wrocławskiego do ustalania corocznie szczegółowego nakładu finansowego na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej, w każdym zaplanowanym roku jego realizacji.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość dofinansowania do 40% kosztów realizacji programu ze środków Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 r. poz. 2561) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 r. poz. 9).

7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 126/2020 z dnia 14 grudnia 2020 roku 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 i hipercholesterolemii z uwzględnieniem raportu „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”.
2. Raport nr OT.423.8.2019/OT.423.9.2018 „Program profilaktyki chorób układu sercowo naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, data ukończenia raportu: grudzień 2020.
3. Flynn J., Kaelber D., Baker-Smith C., et al. (2017) Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* vol. 140.
4. Abdelhamid A., Brown T., Brainard J. et al. (2018). Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD003177
5. Whelton P., Carey R., Wilbert S., et al. (2017) 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology* 71: 127-248.
6. Goff D. C., Lloyd-Jones D.M., Anderson J. L., Helperin J. L. et al. (2013). 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 63: 2935-2959
7. Grundy S., Stone N., Bailey A., et al. (2018). 2018 Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *American College of Cardiology*: 1-22.
8. Arnett D. K., Blumenthal R. S., Albert M. A. et al. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 74: 1376-1414
9. Adler A., Taylor F., Martin N. et al. (2017). Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD009217
10. Mosca L., Benjamin E. J., Berra K. et al. (2011). Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women – 2011 Update. A Guideline from the American Heart Association. *J. Am. Coll. Cardiol.* 57: 1404-1423
11. Eckel R. H., Jakicic J. M., Anderson J. L. et al. (2013). 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 63: 2961-2984
12. Alageel S., Gulliford M.C., McDermott L., et al. (2017). Multiple health behaviour change interventions for primary prevention of cardiovascular disease in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 7.
13. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2016). Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej. Pozyskano z: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/search/?searchword=hipercholesterolem&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&start=20>
14. Arent-Piotrowska K. (2018). Hipercholesterolemia – zmora dzisiejszych czasów. Co zrobić, by zapobiec jej konsekwencjom w świetle aktualnych zaleceń kardiologicznych. *Probl Hig Epidemiol* 2018, 99(2): 108-113
15. British Columbia Guidelines (2014). Cardiovascular Disease - Primary Prevention. Pozyskano z: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/cvd.pdf>,
16. Malachias B., Gomes M., Nobre F., et al. (2016). 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arquivos brasileiros de cardiologia* 107: 1-83.
17. Simão A. F., Prêcoma D. B., Pinheiro de Andrade J. et al. (2014). I Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - Executive Summary. *Arq. Bras. Cardiol.* 102. 420–431
18. Tobe S. W., Stone J. A., Anderson T. et al. (2018). Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update. *Can. Med. Assoc. J.* 190: 1192-1206
19. Brunham L., Ruel I., Aljenedil S., et al. (2018) Canadian Cardiovascular Society Position Statement on Familial Hypercholesterolemia: Update 2018, *Canadian Journal of Cardiology* 34: 1553-1563.
20. Rabi D., McBrien K., Sair-Pichhadze R., et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology* 36: 596-624.
21. Allan G. M., Lindblad A. J., Comeau A. et al. (2015). Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can. Fam. Physician.* 61: 857867
22. Chang J., Anic G., Rostron B. et al. (2020). Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, ntaa156

23. Cheong A., Liew S., Khoo E. et al. (2017). Are interventions to increase the uptake of screening for cardiovascular disease risk factors effective? A systematic review and metaanalysis. *BMC Family Practice* (2017) 18:4
24. Rabi D., Daskalopoulou S., Padwal R., et al. (2011). The 2011 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension: Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, and Therapy. *Canadian Journal of Cardiology* 27: 415-433.
25. Collins D., Tompson A., Onakpoya I., et al. (2016). Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ open*: 7.
26. Colpani V., Baena C., Jaspers L. et al. (2018). Lifestyle factors, cardiovascular disease and all-cause mortality in middle-aged and elderly women: a systematic review and metaanalysis. *European Journal of Epidemiology* 33, pages 831–845
27. Cardiac Society of Australia and New Zealand (2012). Reducing risk in heart disease: An expert guide to clinical practice for secondary prevention of coronary heart disease. Pozyskano z: https://www.csanz.edu.au/wp-content/uploads/2014/12/2012_HF_CSANZ_Reducing_Risk_in_Heart_Disease.pdf,
28. Hamilton-Craig I., Watts G., Sullivan D., et al. (2018) Diagnosis nad Management of Familial Hypercholesterolaemia – Position Statement. The cardiac Society of Australia and New Zealand.
29. Cybulska B., Szostak-Węgierek D., Kasprzyk Z. (2014). Co to jest miażdżycę i jaki jest jej związek z nadciśnieniem tętniczym. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/nadciśnienie/informacje/ryzyko/58839,co-to-jest-miażdżycę-i-jak-jest-jej-związek-z-nadciśnieniem-tętniczym>,
30. Dyakova M., Shantikumar S., Colquitt J.L., et al. (2016). Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
31. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur. Heart. J.* 37: 2315–238
32. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal* 39: 3021-3104.
33. Gholami F., Khoramdad M., Esmailnasab N. et al. (2017). The effect of dairy consumption on the prevention of cardiovascular diseases: A meta-analysis of prospective studies. *J Cardiovasc Thorac Res*, 2017, 9 (1), 1-11
34. Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2010-2018 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>
35. Hartley L., Igbinedion E., Holmes J. et al. (2013). Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.
36. Hartley L., May MD., Loveman E., et al. (2016). Dietary fibre for the primary prevention of cardiovascular disease (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
37. Narodowy Instytut Kardiologii (2020). Karta ryzyka SCORE. Pozyskano z: <https://www.ikard.pl/karta-ryzyka-score.html>
38. Unger T., Borghi C., Charchar F., (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75: 1334-1357.
39. Karmali K., Persell S., Perel P. et al. (2017). Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD006887
40. Kou G., Zhao Z., Dong X., et al. (2017). Effects Of Citrus Fruits On Blood Lipid Levels: A Systematic Review And Metaanalysis. *Acta Medica Mediterranea*, 2017, 33: 1143
41. Lee Kw., Loh CG., Ching SM., et al. (2020). Effects of Vegetarian Diets on Blood Pressure Lowering: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Nutrients* 12: 1-17.
42. Li J., Siegrist J. (2012). Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease—A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 391-407
43. Liu S., Dunford S., Leung Y., et al. (2013). Reducing blood pressure with internet-based interventions: a metaanalysis. *Canadian Journal of Cardiology* 29: 613-621
44. Liu X., Zhang D., Sun X., et al. (2017). Dose–response association between physical activity and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Hypertension* 69: 813-820.
45. Ma C., Liu Y., Lu Q., et al. (2016). The performance of blood pressure-to-height ratio as a screening measure for identifying children and adolescents with hypertension: a metaanalysis. *Blood press monit* 21: 43-48
46. Mills K., Obst K., Shen W., et al. (2018). Comparative Effectiveness of Implementation Strategies for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: a systematic review and metaanalysis. *Annals of internal medicine*, 168: 110-120.
47. Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii. Choroba niedokrwienna serca. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_kardiologia_dolnoslaskie.pdf
48. Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski Program Profilaktyki W Zakresie Miażdżycy Tętnic i Chorób Serca Poprzez Edukację Osób Z Podwyższonymi Czynniki Ryzyka Sercowo-Naczyniowego (Kordian). Pozyskano z: https://www.power.gov.pl/media/57476/Zalacznik_17.pdf

49. Ministerstwo Zdrowia (2020). Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukladu-sercowonaczyniowego-polcard-na-lata-2017-2020>,
50. NFZ (2019). Zdrowe dane. NFZ o zdrowiu. Choroba niedokrwienna serca. Pozyskano z: https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/314/mod_resource/content/2/nfz_o_zdrowiu_choroba_niedokrwienna_serca.pdf
51. Narodowy Fundusz Zdrowia (2019). Nadciśnienie tętnicze. Pozyskano z: https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/80/mod_resource/content/1/nadcisnienietetnicze-raport-nfz-2019-small.pdf,
52. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2020). Dane pozyskane z zasobów Agencji.
53. Narodowy Fundusz Zdrowia (2020). Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK). Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorobukladu-krazenia-chuk>,
54. National Institute for Health and Care (2010). Cardiovascular disease prevention. Recent-onset chest pain of suspected cardiac origin: assessment and diagnosis. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg95/resources/recentonset-chest-pain-of-suspectedcardiac-origin-assessment-and-diagnosis-pdf-975751034821>,
55. The National Institute for Health and Care Excellence (2013). Myocardial infarction: cardiac rehabilitation and prevention of further cardiovascular disease.
56. The National Institute for Health and Care Excellence (2014). Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification.
57. The National Institute for Health and Care Excellence (2018). Chronic heart failure in adults: diagnosis and management.
58. National Institute for Health and Care Excellence (2019). Familial hypercholesterolemia: identification and management. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg71>,
59. National Institute for Health and Care Excellence (2019). Hypertension in adults: diagnosis and management. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>,
60. Nissensohn M., Roman-Vinas B., Sanchez-Villegas A., et al. (2015). The effect of the Mediterranean diet on Hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Journal of nutrition education and behavior* 48: 42-53
61. Patnode C., Evans C., Senger C., et al. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.
62. Patnode C., Evans C., Senger C., et al. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention In Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;318(2):175-193.
63. Pennant M., Davenport C., Bayliss S. et al. (2010). Community Programs for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *Am J Epidemiol* 2010; 172:501–516
64. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – rok 2019. Pozyskano z: <https://nadcisnienietetnicze.pl/sites/default/files/aktualnosci/Wytyczne%20PTNT%202019.pdf>,
65. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH (2018). „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzhsituacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>
66. The Royal Australian College of General Practitioners (2016). Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn. East Melbourne, Vic: RACGP.
67. Rees K, Dyakova M, Wilson N. et al. (2013). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD002128
68. Roerecke M., Kaczorowski J., Tobe SH., et al. (2017). The effect of reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2: 108-120.
69. Salehi-Abargouei A., Maghsoudi Z., Shirani F. et al. (2013). Effects of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-style diet on fatal or nonfatal cardiovascular diseases Incidence: A systematic review and meta-analysis on observational prospective studies. *Nutrition* 29 (2013) 611–618
70. Schwingshackl L., Schwingshackl C., Hoffmann G., et al. (2017). Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studie. *American Society for Nutrition* 8: 793-803.
71. Bejarano J., Galve E., Royo-Bordonada M.A. (2014) Spanish Interdisciplinary Committee for Cardiovascular Disease Prevention and The Spanish Society Of Cardiology Position Statement On Dyslipidemia. *Rev Esp Salud Pública* 89: 15-26.
72. Siervo M., Lara J., Chowdhury S. et al. (2015). Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and metaanalysis. *Br. J. Nutr.* 113(1): 1-15

73. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Edinburgh: SIGN; 2017. (SIGN publication no. 149).
74. Sisti L., Dajko M., Campanella E., et al. (2017). The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: A systematic review and metaanalysis of trials conducted in the general population and high-risk groups. *Preventive Medicine* 109: 82-97.
75. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2018). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2018 r. Pozyskano z : <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-26paздziernika-2018-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-wrzesnia-2018-r>
76. Gajewski P., Szczeklik A. (2017). Interna Szczeklika. Medycyna praktyczna, Kraków,
77. Virginia A. Moyer, MD, MPH (2014). United States Preventive Services Task Force. Vitamin, Mineral, and Multivitamin Supplements for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 160:558-564.
78. Bibbins-Domingo K., Gossman DC., Curry SJ., et al. (2016) Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 316: 625-633.
79. United States Preventive Services Task Force (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 318: 167-174
80. United States Preventive Services Task Force (2018). Screening for Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease Risk Assessment with the Ankle-Brachial Index US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 320: 177-183
81. United States Preventive Services Task Force (2018). Risk Assessment for Cardiovascular Disease with Nontraditional Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 320: 272-280
82. United States Preventive Services Task Force (2018). Screening for Cardiovascular Disease Risk with Electrocardiography US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 319: 2308-2314
83. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554_a18.pdf,
84. World Health Organization (2019). Hypertension. Pozyskano z: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/hypertension>,
85. Wodniecki J., Leśniak W. (2020). Kardiomiopatie. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.16>,
86. Wojakowski W., Hrycek E. (2014). Hipercholesterolemia. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/cholesterol/hipercholesterolemia/88295,hipercholesterolemia>,
87. Zdrojewski, T., Bandosz, P., Rutkowski, M., et al. (2014). Rozpowszechnienie, wykrywanie i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce—wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie tętnicze*, 18(2): 116-117.

8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Empatia w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) poziom opieki lekarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Zapewnianie intymności i prywatności podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jako ocenia Pan(i) poziom opieki pielęgniarskiej w trakcie wizyty?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Życzliwość, zaangażowanie, troska, empatia ze strony personelu</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Czas oczekiwania na wizytę w poczekalni/przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Inne uwagi

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

b. Zgoda na udział w programie - wzór

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że uzyskałem/am informacje dotyczące Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025 oraz otrzymałem/am wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy/a faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestnik/czka programu:

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)
programu

Data i podpis Uczestnika/czki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/czką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca realizatora programu

Data i podpis i pieczęć

Treść klauzuli RODO do uzupełnienia zgodnie z treścią przyjętą w danej JST – może być oddzielnym dokumentem

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Data i podpis Uczestnika/czki programu

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania informacyjno-edukacyjne - wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii dla mieszkańców Powiatu Wrocławskiego na lata 2023–2025

Jak ocenia Pani/Pan organizację zajęć, w których brała/ł Pani/Pan udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Pani/Pana przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentowany materiał był wystarczający do zapoznania się z tematem?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

Inne uwagi.

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*