

**UCHWAŁA NR XVII/176/19
RADY MIASTA KĘDZIERZYN-KOŹLE**

z dnia 19 grudnia 2019 r.

w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022

Na podstawie art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1507, z późn. zm.¹⁾) art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506 z późn. zm.²⁾) art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.³⁾) Rada Miasta Kędzierzyn-Koźle uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Program Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022 w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Zobowiązuje się Prezydenta Miasta do przedłożenia Radzie Miasta sprawozdania rocznego z realizacji rzeczowo-finansowej Programu w terminie do 28 lutego roku 2021, 2022 oraz 2023.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Kędzierzyn-Koźle

Ireneusz Wiśniewski

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1622 i 1690.

²⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1309, 1696 i 1815.

³⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1078, 1394, 1590, 1694, 1726 i 1905.

**Program Ochrony Zdrowia
na lata 2020-2022**

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. Definicję zdrowia można rozpatrywać zarazem jako wartość jednostkową oraz jako dobro społeczne. Zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych i na lepszą adaptację do zmian środowiska. Zdrowe społeczeństwo jest w stanie tworzyć dobra kulturowe, materialne oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy. Dobrze funkcjonująca opieka zdrowotna jest celem każdego samorządu, który w świetle rozwiązań prawnych podejmuje szereg działań zmierzających do podniesienia jakości i poziomu usług zdrowotnych.

Głównym celem Programu Ochrony Zdrowia na lata 2020–2022 jest:

„Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców gminy oraz zmiana świadomości na prozdrowotną.”

1. Profilaktyka zdrowia

1.1. W latach 2020-2022 kontynuowane będą następujące programy polityki zdrowotnej:

Nazwa programu		Załącznik do Programu Ochrony Zdrowia na lata 2020-2022 nr
a.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc	1
b.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy	2
c.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi	3
d.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy	4
e.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych	5
f.	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego	6
g.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy	7
h.	Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy	8

Realizacja programów polityki zdrowotnej następować będzie w drodze zlecenia ich podmiotom wykonującym działalność leczniczą w trybie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zdrowiu publicznym. Ponadto dopuszcza się podejmowanie działań w zakresie współpracy z podmiotami wykonującym działalność leczniczą oraz Powiatem Kędzierzyńsko-Kozielskim na rzecz poprawy ochrony zdrowia a także innych działań podejmowanych na rzecz osób niepełnosprawnych w trybie odrębnych uchwał. Pozwoli to na podejmowanie różnorodnych form działania, w tym realizację całości programów polityki zdrowotnej lub części programów polityki zdrowotnej bezpłatnie.

1.2. Promocja i profilaktyka zdrowia

W ramach promocji i profilaktyki zdrowotnej realizowane będą wielokierunkowe działania zorientowane na wzmocnienie potencjału zdrowotnego mieszkańców miasta, zmierzające do zwiększenia świadomości mieszkańców na temat zagrożeń chorobami. Realizacja w/w działań następować będzie w drodze zawierania stosownych umów ze środkami masowego przekazu, podmiotami zajmującymi się przygotowaniem i wykonaniem materiałów reklamowych oraz z kadrą niezbędną do przeprowadzenia działań w zakresie poradnictwa medycznego czy przeprowadzania badań.

2. Opieka paliatywna

Zadanie w zakresie udzielania świadczeń w poradni medycyny paliatywnej i hospicjum domowym/domowej opiece paliatywnej realizowane będzie na podstawie umowy z podmiotem wykonującym działalność leczniczą w trybie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub na podstawie umów z organizacjami pozarządowymi, które zostały wyłonione w postępowaniach konkursowych przeprowadzanych na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej i ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Realizowane działania w zakresie opieki paliatywnej, finansowane ze środków publicznych obejmować będą przedsięwzięcia tj.:

- zapewnienie usług medycznych dla osób nieuleczalnie chorych o okresie terminalnym oraz ich rodzin w trakcie trwania choroby i w żałobie,
- zapewnienie choremu i jego rodzinie odpowiedniego sprzętu do pielęgnacji domowej, a przez co wspomaganie procesu leczenia,
- zapewnienie wsparcia lekarskiego, pielęgniarzkiego, psychologicznego oraz duchowego osobom chorym,
- podniesienie jakości życia terminalnie chorym, poprzez godne warunki w ostatniej fazie życia,
- prowadzenie opieki paliatywnej w miejscu przebywania (dotyczy opieki nad chorym w terminalnym stanie choroby nowotworowej).

3. Opieka pielęgnacyjna

Realizowane działania w zakresie opieki pielęgnacyjnej, finansowane z budżetu Gminy obejmować będą następujące przedsięwzięcia:

- pielęgnację osób chorych, starych, samotnych i niepełnosprawnych w środowisku domowym (przez 24 godziny na dobę) oraz w miejscu ich przebywania,
- zapewnienie usług medycznych w tym zabiegowych i higieniczno - pielęgniarzskich,
- zapewnienie poradnictwa w sprawach medycznych, higieny i odżywiania w miejscu przebywania,
- wypożyczanie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego,
- współpracę z placówkami pomocy społecznej i służbą zdrowia z terenu Gminy,

Działania w zakresie opieki pielęgnacyjnej adresowane będą do najuboższych, samotnych i niepełnosprawnych mieszkańców miasta, rekomendowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu. Realizacja zadań w zakresie opieki pielęgnacyjnej następować będzie na podstawie umów z organizacjami pozarządowymi, które zostały wyłonione w postępowaniach konkursowych przeprowadzanych na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej i ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

4. Środki finansowe na realizację wszystkich zadań ujętych w programie na lata 2020-2022 określać będą uchwały budżetowe.

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania gruźlicy i chorób płuc”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	5
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	6
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	6
1. Cel główny	6
2. Cele szczegółowe	6
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	6
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	6
1. Populacja docelowa.....	6
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	7
3. Planowane interwencje.....	7
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... 8	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	8
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	8
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	8
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	9
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	9
1. Monitorowanie	9
2. Ewaluacja	10
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	10
1. Koszty jednostkowe	10
2. Koszty całkowite	10
3. Źródła finansowania.....	10
VII. Bibliografia	10

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby płuc to drugi najgroźniejszy zabójca w Europie, który gwałtownie staje się trzecią najczęstszą przyczyną śmierci na świecie.

Najczęstsze choroby układu oddechowego:

- 1) astma oskrzelowa,
- 2) gruźlica,
- 3) mukowiscydoza,
- 4) odma opłucnowa,
- 5) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP),
- 6) pylica płuc,
- 7) rozstrzenie oskrzeli,
- 8) rak płuca,
- 9) sarkoidoza,
- 10) śródmiąższowe choroby płuc,
- 11) zapalenie oskrzeli,
- 12) zapalenie płuc.

Gruźlica jest endemicznie przebiegającą chorobą zakaźną, wywoływaną przez prątki kwasooporne *Mycobacterium tuberculosis* complex, które zostały wykryte ponad 100 lat temu przez Roberta Kocha (1882r.). Istotnym problemem epidemiologicznym jest łatwe przenoszenie się gruźlicy drogą kropelkową. W czasie pojedynczego kaszlnięcia może powstać i rozprzestrzenić się 3000 zakaźnych kropelek śliny. Jedna osoba prątkująca może w ciągu roku zarazić 10–15 osób. Szacuje się, że rocznie ok. 1 proc. światowej populacji na nowo zaraża się gruźlicą. Jednakże nie każdy kontakt z osobą prątkującą kończy się zakażeniem i nie każde zakażenie kończy się chorobą. Wśród populacji zakażonej prątkiem gruźlicy tylko u ok. 10 proc. rozwija się choroba kliniczna. U 5 proc. jest to gruźlica pierwotna rozwijająca się w czasie do 2 lat po zakażeniu, zaś u ok. 5 proc. osób gruźlica popierwotna, w której dochodzi do reaktywacji zakażenia w okresie wielu lat od infekcji prątkiem kwasoopornym. Gruźlica występuje w formie płucnej i pozapłucnej. Wśród postaci płucnych rozróżniamy gruźlicę pierwotną, charakteryzującą się wysiewami krwiopochodnymi (np. gruźlica prosówkowa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych) lub wytworzeniem się zespołu pierwotnego czy wysiękowego zapalenia opłucnej. Gruźlica popierwotna powstaje najczęściej jako reinfekcja endogenna (nawet po wielu latach od zakażenia). W okresie przed rozwojem epidemii zakażenia HIV gruźlica w 85–90 proc. przypadków była ograniczona do układu oddechowego. U osób zakażonych wirusem HIV pozapłucne umiejscowienie gruźlicy może dotyczyć nawet do 70 proc. chorych, co w zdecydowany sposób wpływa na specyficzny obraz kliniczny choroby. W tej grupie chorych jest częściej wywoływana przez prątki niegruźlicze. Problemem leczniczym i finansowym jest gruźlica wielolekooporna, w której stwierdza się oporność na leczenie najważniejszymi lekami przeciwgruźliczymi – rifampicyną i izoniazydem. Leczenie gruźlicy wielolekoopornej jest o wiele bardziej kosztowne aniżeli wywołanej prątkami wrażliwymi na leki podstawowe.

2. Dane epidemiologiczne

Na całym świecie, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, z gruźlicą zmagają się 150 osób. Ale już w Afryce liczba ta rośnie do 350, w RPA może być aż 940 przypadków. Światowa Organizacja Zdrowia podaje jednak, że odsetek Polaków zapadających na gruźlicę jest i tak trzykrotnie wyższy niż w krajach Europy Zachodniej.

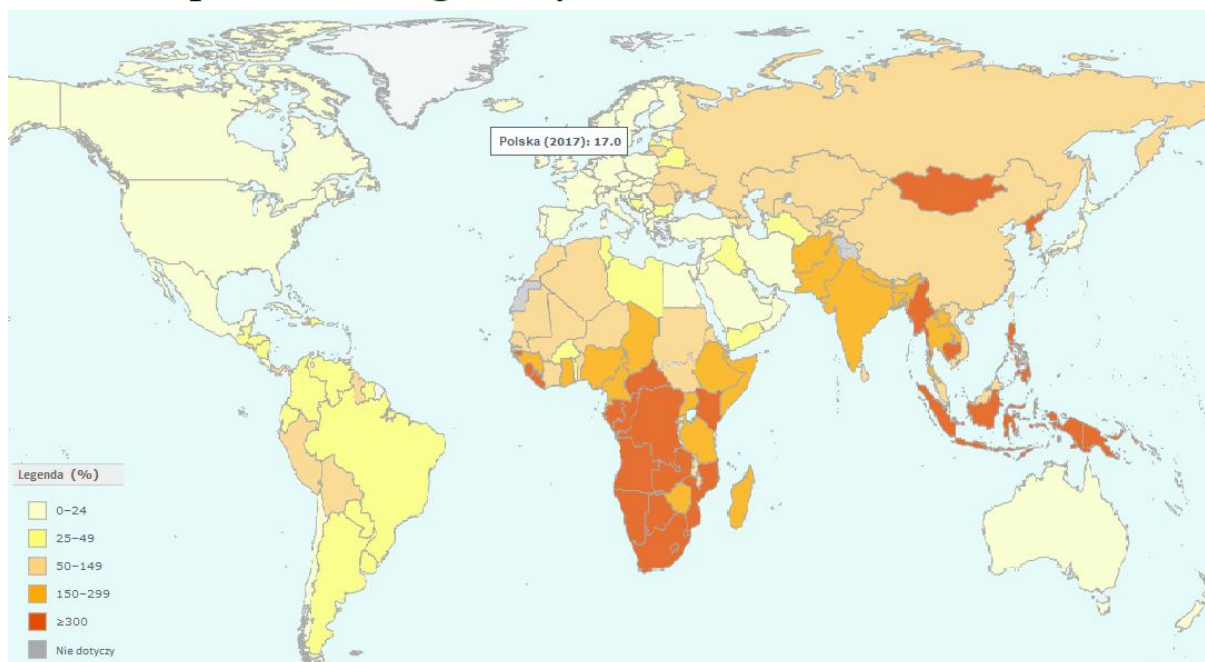
Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 2008–2017 w grupach wieku. Współczynniki na 100.000 ludności.

Rok	Liczba zachorowań w grupach wieku						Współczynniki na 100.000 ludności w każdej grupie wieku					
	Razem	0-14	15-19	20-44	45-64	65+	Razem	0-14	15-19	20-44	45-64	65+
2008	8.081	76	115	2.248	3.685	1.957	21,2	1,3	4,3	15,9	35,8	38,1
2009	8.236	99	131	2.250	3.704	2.025	21,6	1,7	5,1	15,8	35,6	39,9
2010	7.509	62	114	2.086	3.441	1.806	19,7	1,1	4,6	14,6	32,8	34,9
2011	8.478	111	130	2.171	3.895	2.171	22,2	1,9	5,4	15,2	37,0	41,9
2012	7.542	95	166	1.996	3.404	1.881	19,6	1,6	7,3	13,8	32,1	34,8
2013	7.250	116	113	1.903	3.241	1.877	18,8	2,0	5,2	13,2	30,8	33,7
2014	6.698	70	86	1.787	3.001	1.754	17,4	1,2	4,1	12,4	28,7	30,4
2015	6.430	81	83	1.752	2.909	1.605	16,7	1,4	4,1	12,2	28,1	26,9
2016	6.444	103	76	1.801	2.853	1.611	16,8	1,8	3,9	12,6	27,8	26,0
2017	5.787	68	69	1.604	2.601	1.445	15,1	1,2	3,6	11,3	25,6	22,6

Tabela 1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 2008-2017 w grupach wieku, źródło: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2018/06/Gru%C5%BAlica.-Biuletyn-IGiChP.-2017-cz%C4%99%C5%9B%C4%87-2-Zapadalno%C5%9B%C4%87.pdf>

Zapadalność na gruźlicę na świecie w 2017 roku



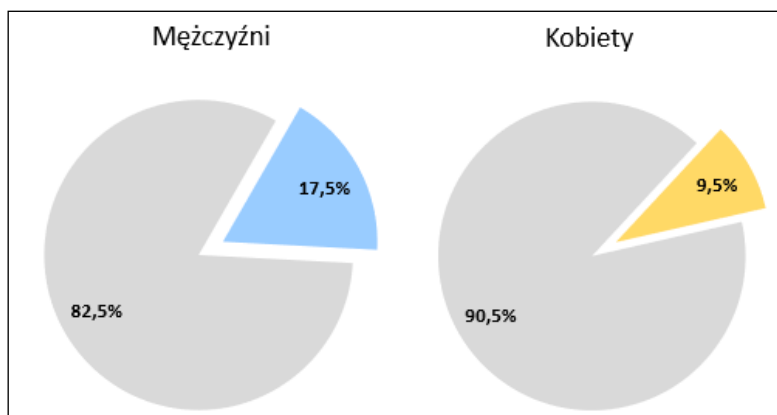
Rysunek 1. Zapadalność na gruźlicę na świecie w roku 2018, źródło: Globalny raport dotyczący gruźlicy w 2018 r. Światowej Organizacji Zdrowia, http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tb/cases/atlas.html

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w roku 2017. Współczynniki na 100.000 ludności.	
Ranking województw	Współczynniki
Polska	15,1
Wielkopolskie	8,9
Warmińsko-mazurskie	9,2
Zachodnio-pomorskie	10,8
Podlaskie	11,1
Pomorskie	11,4
Kujawsko-pomorskie	11,5
Podkarpackie	12,1
Lubuskie	12,9
Opolskie	13,4
Małopolskie	13,5
Dolnośląskie	14,7
Świętokrzyskie	16,5
Łódzkie	18,4
Mazowieckie	19,3
Śląskie	20,9
Lubelskie	21,9

Tabela 2. Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w roku 2017, źródło: Gruźlica w Polsce. Biuletyn IGiChP 2017 wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. <http://www.igichp.edu.pl/subpag/Epi.html>

Z ponad 12,7 mln nowotworów zdiagnozowanych na świecie około 13% (1,6 miliona) stanowiły nowotwory płuca. Nowotwory płuca są najczęściej diagnozowanym nowotworem. Według ostatnich danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) szacuje się, że w 2017 roku na gruźlicę zachorowało 10 mln osób na świecie. Większość chorych stanowili mężczyźni 58%, kobiety 32%, a dzieci 10%. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest dwukrotnie większe u mężczyzn niż u kobiet. W Polsce w 2017 roku zarejestrowano 5.787 zachorowań na gruźlicę. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca w 2017 roku występowała w grupie wiekowej 45-64 lata, która stanowiła 44,9% ogółu chorych na gruźlicę.



Wykres 1. Częstość zachorowań na raka płuca w Polsce w 2017 roku, źródło: Opracowanie na podstawie danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów. http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_kolowy

3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie gruźlicy i chorób płuc, w szczególności nowotworów, wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 poz. 469).

Program profilaktyki gruźlicy jest realizowany w zakresie świadczenia pielęgniarstwa POZ. Program obejmuje osoby powyżej 18 roku życia, które dokonały wyboru pielęgniarstwa

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

podstawowej opieki zdrowotnej, nieposiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym:

- 1) osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, lub
- 2) osoby, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności: długotrwałe bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwałą chorobę, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, bezdomność.

Ponadto osoba składa pisemne oświadczenie, z którego wynika, że w okresie ostatnich 24 miesięcy nie podlegała badaniu ankietowemu pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki gruźlicy (także u innych świadczeniodawców).

Z badań RTG klatki piersiowej powinny skorzystać:

- 1) osoby dorosłe – co 2 lata,
- 2) osoby pracujące w szkodliwych warunkach – 1 raz w roku,
- 3) osoby palące papierosy – 1 raz w roku.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W wyniku realizacji Programu wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Wykrycie choroby we wczesnym stadium daje największe szanse na jej wyleczenie.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle w zakresie gruźlicy i chorób płuc.

2. Cele szczegółowe

- 1) zapobieganie oraz wczesne wykrywanie gruźlicy i chorób płuc,
- 2) zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy,
- 3) zwiększenie świadomości i wiedzy na temat potrzeby prowadzenia badań profilaktycznych w kierunku wykrywalności gruźlicy i chorób płuc,
- 4) podniesienie świadomości społecznej poprzez edukację zdrowotną w zakresie informacji o źródłach i drogach zakażenia, czynnikach wpływających na ryzyko zachorowania na choroby płuc, w tym gruźlicę, skutkach zdrowotnych i społecznych choroby.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu,
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania,
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 45-65 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

2020		2021		2022	
Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
16.683	186	16.722	193	16.676	194
Razem 16.869 osób		Razem 16.915 osób		Razem 16.870 osób	

Tabela 3. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2020-2022 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 800 osób.

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

1) Kryteria włączenia:

- a) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 45 do 65 roku życia,
- b) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

2) Kryteria wyłączenia:

- a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
- c) brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
- d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
- b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,
- d) ogłoszenia parafialne,
- e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
- g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki. Na zlecenie Gminy, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie badanie RTG klatki piersiowej oraz kampanię informacyjno-edukacyjną. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badanie przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół lekarzy i pielęgniarek. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

certyfikaty.

Dowodami na skuteczność programu będzie ankieta wypełniona przez uczestników zawierająca ocenę poziomu świadomości społecznej oraz wstępnej oceny stanu zakażenia gruźlicą i chorobami płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej. Ankieta jest poufna, zawiera informacje dotyczące m.in.: warunków mieszkaniowych, ewentualnego kontaktu z osobami chorymi na gruźlicę, narażenia na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi, cukrzycy, przewlekłej niewydolności nerek, odżywiania się, chorób krwi, palenia papierosów, nadużywania alkoholu, uzależnienia od narkotyków, dolegliwości typu: utrzymujące się ponad 3 tygodnie – przewlekły kaszel, krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, nawracające zakażenia układu oddechowego, gwałtownej utraty wagi ciała, przyjmowanie leków osłabiających odporność (leki immunosupresyjne, sterydy). Na podstawie ankiety oceniany jest poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę. W razie stwierdzenia podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę, pacjent jest kierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Osoby objęte Programem będą zgłaszać się na badanie wyłącznie ze skierowaniem.

Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każdy pacjent otrzyma wynik badań na płycie CD i kliszy wraz z opisem. Pacjent uczestniczący w Programie otrzyma informację z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle,
- 3) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 4) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- 2) przeprowadzenie badania RTG (RTG klatki piersiowej zostanie wykonane na podstawie skierowania od lekarza);
- 3) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach gruźlicy i chorobach płuc, jak również ocenę udzielonego świadczenia w ramach Programu.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle przy wsparciu realizatorów Programu. Na zlecenie Gminy oraz realizatora, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzane zostaną wywiady ze specjalistami- lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej.

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- 1) przez wykorzystanie mass-mediów: lokalna prasa, media społecznościowe, telewizja, radio;
- 2) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 3) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

Organizowane będą happeningi promujące badania profilaktyczne podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich.

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista radiolog oraz technik RTG);
- 2) dysponowanie sprzętem do badań RTG;
- 3) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), składającym się z pracowni RTG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu, sposobu jego realizacji i dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń dokonywana będzie również przez pacjenta uczestniczącego w Programie na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz wstępnej oceny ryzyka zakażenia gruźlicą oraz chorobami płuc, jak również oceny jakości udzielonego świadczenia w ramach Programu.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

2. Ewaluacja

Efektywność programu polityki zdrowotnej będzie oceniana co roku według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie,
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania,
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2006 roku. W 2018 roku z badań skorzystało 869 osób. U ok. 14,67 % badanych stwierdzono zmiany wymagające konsultacji z lekarzem.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie 30 zł – 40 zł.

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	30.000,00
2021	30.000,00
2022	30.000,00

Tabela 4. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

1. <http://szczepienia.pzh.gov.pl>
2. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tb/cases/atlas.html
3. <http://www.igichp.edu.pl>
4. <http://onkologia.org.pl>
5. <https://www.who.int/>

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania osteoporozy”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	4
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	4
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	5
1. Cel główny	5
2. Cele szczegółowe	5
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	5
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	6
1. Populacja docelowa.....	6
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	6
3. Planowane interwencje.....	7
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... ..	7
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	8
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	8
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	8
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	9
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	10
1. Monitorowanie	10
2. Ewaluacja	10
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	10
1. Koszty jednostkowe	10
2. Koszty całkowite	10
3. Źródła finansowania.....	10
VII. Bibliografia	11

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia osteoporoza jest uogólnioną chorobą metaboliczną kości, charakteryzującą się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwością. Do zmian tych dochodzi na skutek braku równowagi w metabolizmie tkanki kostnej z przewagą resorpcji nad kościotworzeniem. Przyczyną osteoporozy jest niska szczytowa masa kostna, którą organizm osiąga w okresie dojrzałości, lub też szybka utrata masy kostnej. Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka powstania osteoporozy: demograficzne i genetyczne (podeszły wiek, płeć żeńska, rasa kaukaska i azjatycka, niska masa i szczupła budowa ciała, predyspozycje rodzinne), status prokreacyjny (okres pomenopauzalny, szczególnie przedwczesny lub wywołany sztucznie, nierodzenie, późna menarche, deficyt hormonów płciowych o różnej etiologii), dietetyczne i środowiskowe (niska podaż wapnia, niska lub nadmierna podaż fosforu, niedobory białkowe i dieta zbyt bogatobiałkowa, obniżona podaż witaminy D, brak ekspozycji na promienie słoneczne, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożycie kawy, tryb życia ze zmniejszoną aktywnością fizyczną), leki (glukokortykosteroidy, preparaty T3 i T4, leki przeciwdrgawkowe, leki osłaniające żołądek zawierające glin, heparyna, tetracykliny, izoniazyd, leki przeciwnowotworowe). Osteoporoza, zwana w tym wypadku osteoporozą wtórną może rozwijać się w przebiegu wielu chorób: endokrynologicznych, przewodu pokarmowego, nerek, hematologicznych, reumatologicznych i wrodzonych chorób tkanki łącznej.

Proces utraty masy kostnej jest zjawiskiem fizjologicznym i rozpoczyna się między 30. a 40. r.ż., czyli po osiągnięciu tzw. szczytowej masy kostnej. W późniejszym okresie zdrowy człowiek traci ok. 0,5 – 1,0% masy kostnej rocznie. U kobiet po menopauzie rozpoczyna się faza przyspieszonej utraty masy kostnej, w której proces utraty tkanki kostnej zdecydowanie przewyższa proces jej odbudowy. U chorych na osteoporozę ubytek masy kostnej sięga rocznie nawet 3 – 5%.

Na osteoporozę i skutki, jakie niesie ze sobą narażone są osoby, które nie osiągnęły optymalnej masy kostnej w okresie wzrastania. Od tego jak kości zostaną ukształtowane w dzieciństwie i okresie dojrzewania, zależy ich jakość w przyszłości. Dlatego trzeba o nie dbać od najmłodszych lat, a każdy czas jest dobry na rozpoczęcie działań profilaktycznych, takich jak zmiana stylu życia czy dieta.

2. Dane epidemiologiczne

Światowa Organizacja Zdrowia zalicza osteoporozę do głównych chorób cywilizacyjnych. Częstość występowania osteoporozy wzrasta z wiekiem, a problemy z nią związane rosną równolegle do przedłużającego się życia, szczególnie kobiet. Skutkiem osteoporozy są złamania, głównie kręgow, nadgarstka oraz kości udowej. Osteoporoza jest wyniszczającą i postępującą chorobą. Wśród przyczyn zgonów zajmuje - trzecie miejsce – po chorobach układu krążenia i nowotworach.

W Polsce dotkniętych osteoporozą jest ponad 6 milionów osób. Rocznie stwierdza się około 14 tysięcy złamań związanych z tym schorzeniem, które bardzo często charakteryzuje powikłany przebieg. Polskie opracowania epidemiologiczne oparte na diagnostyce radiologicznej kręgosłupa wykazały, że w samej populacji szczecińskiej wśród osób powyżej 50 roku życia osteoporoza występuje u 27 % kobiet i u 13 % mężczyzn, a w populacji warszawskiej u 25 % kobiet i u 29 % mężczyzn. Szacuje się, że w 2050 r. na świecie może zdarzyć się 4,5 miliona złamań szyjki kości udowej, a bardziej pesymistyczne prognozy podają liczbę 6,25 milionów.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

W związku z postępującym wydłużaniem się życia i starzeniem się społeczeństwa, problem osteoporozy będzie narastał. Tym bardziej istotne jest budowanie świadomości wagi tego problemu.

3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie osteoporozy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) definiuje świadczenie zdrowotne jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ww. ustawie to świadczenie gwarantowane.

Zakres i warunki realizacji ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi również badanie densytometryczne, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.) oraz zarządzenie nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zgodnie z ww. aktami prawnymi badania densytometryczne są kontraktowane z Narodowym Funduszem Zdrowia wyłącznie w ramach porad oferowanych przez poradnie osteoporozy, osteoporozy endokrynologicznej, reumatologii, chorób metabolicznych, ginekologii oraz geriatry.

W świetle obowiązujących przepisów nie ma możliwości, aby badania te uznane zostały za świadczenia gwarantowane. Finansowanie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia tego zakresu świadczeń wymagałoby wprowadzenia zmian w przepisach prawnych.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Osteoporoza podobnie jak cukrzyca atakuje podstępnie. Przez wiele lat nie daje żadnych objawów. Chorzy dowiadują się najczęściej o chorobie w momencie, gdy dojdzie do pierwszego złamania, które zdarza się w okolicznościach bardzo prozaicznych – złe stąpienie, lekkie uderzenie się o jakiś mebel, czy zbyt mocne oparcie się np. o stół, które może prowadzić do złamania kości nadgarstka. O wiele poważniejsze następstwa może mieć przewrócenie się, które w przypadku osoby zdrowej prowadzi do najwyżej kilku siniaków, u chorego na osteoporozę może powodować groźne złamania i zagrazić życiu.

Konsekwencje osteoporozy mają wymiar finansowy, fizyczny oraz psychospołeczny i wpływają znacząco nie tylko na samych chorych, ale także na ich rodziny oraz całe społeczeństwo. Koszty społeczne leczenia osteoporozy to wydatki m.in. na leczenie chirurgiczne, rehabilitację, opiekę w warunkach domowych bądź w zakładach opieki, lekarstwa oraz koszty związane z nieobecnością pracownika w pracy z powodu choroby. Z roku na rok koszty te zdecydowanie rosną. Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia koszty leczenia powikłań związanych z osteoporozą są ogromne.

W starzejących się społeczeństwach mogą nawet zachwiać budżetem służby zdrowia. Dlatego tak ważna jest profilaktyka i regularne badania pozwalające na wczesne wykrycie choroby.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

Osteoporozie można jednak zapobiec, jeśli wykryje się ją w miarę wcześnie. Stopień zagrożenia osteoporozą i złamaniem osteoporotycznym można określić już na wiele miesięcy i lat przed momentem, kiedy choroba staje się groźna. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie specjalistycznych badań. Jednym z nich jest densytometria, która polega na określeniu gęstości mineralnej kości (BMD). Według zaleceń WHO oraz International Osteoporosis Foundation optymalną metodą oceny ryzyka złamania jest metoda FRAX (Fracture Risk Assessment Tool). Funkcja FRAX to 10-letnie ryzyko złamania kości dla danej osoby z uwzględnieniem obecności kilku wybranych klinicznych czynników ryzyka złamania kości oraz wyniku badania densytometrycznego szyjki kości udowej. Wyliczone 10-letnie ryzyko złamania wraz z wynikiem DXA kości udowej jest uważane za bardziej miarodajne niż oparte na obecności jedynie klinicznych czynników ryzyka. Zgodnie z zaleceniami ekspertów, jako próg do kwalifikowania do dalszego leczenia farmakologicznego osteoporozy, należy przyjąć 20 % i wyższe 10-letnie ryzyko złamania, wyliczone metodą FRAX. Jako próg do dalszej diagnostyki – w kierunku osteoporozy, w tym do powtórzenia badań densytometrycznych i oceny metodą FRAX, należy przyjąć 10 % i wyższe 10-letnie ryzyko złamania kości.

Złamania osteoporotyczne mogą prowadzić do przewlekłych zespołów bólowych, upośledzenia możliwości samodzielnej egzystencji, trwałego ubytku zdrowia, inwalidztwa, a nawet śmierci. Wymagają one kosztownego leczenia i długotrwałej rehabilitacji, które często nie owocują oczekiwanymi skutkami. Dlatego jednym ze sposobów zapobiegania osteoporozie i jej skutkom jest dostępność do badań densytometrycznych. Profilaktyka w tym zakresie jest konieczna i bardziej opłacalna z punktu widzenia dobra społecznego. Ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że zapobieganie tej chorobie, jak również wcześniejsze jej wykrycie i szybkie podjęcie leczenia daje dużą szansę zahamowania jej rozwoju.

W wyniku realizacji Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przy zmniejszeniu liczby osób zagrożonych zachorowaniem na osteoporozę, koszty opieki zdrowotnej mogłyby ulec znacznemu obniżeniu.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zwiększenie wczesnego wykrycia osteoporozy u mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

2. Cele szczegółowe

- 1) zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych;
- 2) wdrożenie racjonalnego leczenia u osób z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX;
- 3) podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie na temat osteoporozy i jej skutków;
- 4) kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych;
- 5) zmniejszenie umieralności z powodu osteoporozy.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle – 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy – 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety w wieku 55-75 roku życia oraz mężczyźni w wieku 60-75 roku życia zamieszkujący na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

	2020		2021		2022	
	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
Kobiety 55-75	8830	48	8942	51	8990	55
Mężczyźni 60-75	5283	39	5506	43	5612	46
Suma	14113	87	14448	94	14602	101
	Razem 14200 osób		Razem 14542 osób		Razem 14703 osób	

Tabela 1. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2020-2022 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 600 osób.

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

1) Kryteria włączenia:

- kobiety w przedziale wiekowym od 55 do 75 roku życia,
- mężczyźni w przedziale wiekowym od 60 do 75 roku życia,
- w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

2) Kryteria wyłączenia:

- wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
- brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
- wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
- plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- media społecznościowe,

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

- d) ogłoszenia parafialne,
- e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
- g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym programie i zachęcające do profilaktyki. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy będzie wypełniał lukę w systemie opieki zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami badania densytometryczne nie są kontraktowane z Narodowym Funduszem Zdrowia indywidualnie, ale w ramach porad oferowanych przez poradnie osteoporozy, osteoporozy endokrynologicznej, reumatologii, chorób metabolicznych, ginekologii oraz geriatrici. Dzięki Programowi osoby z grup ryzyka zachorowania na osteoporozę będą miały łatwiejszy dostęp do specjalistycznego badania. Wczesne wykrycie choroby umożliwi wczesne wdrożenie skutecznego leczenia.

Program obejmować będzie przeprowadzenie badania densytometrycznego oraz oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badanie densytometryczne jest bezpieczne i nieinwazyjne wykonywane w sposób szybki i bezbolesny. Nie wymaga przygotowania ze strony pacjenta. Dawka promieniowania rtg pochłaniana w czasie badania jest równa około 0,005 mSV (stanowi to około 1/10 dawki pochłanianej w czasie zdjęcia rtg klatki piersiowej). Badanie przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół lekarzy i pielęgniarek. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia wczesna diagnostyka osteoporozy opiera się na wyniku badania densytometrycznego, oceniającego gęstość masy kostnej metodą absorpcjometrii dwóch wiązek promieniowania X. Badanie to cechuje się bardzo dużą dokładnością i pozwala na określenie kilkuprocentowych zmian ilości masy kostnej. Dla porównania, na podstawie zdjęć rentgenowskich zmiany osteoporotyczne można rozpoznać dopiero, gdy ubytek masy kostnej wynosi około 30 %.

Wynik pomiaru densytometrycznego pozwala na:

- 1) rozpoznanie osteoporozy nawet przy braku złamań;
- 2) oszacowanie indywidualnego ryzyka złamań metodą FRAX;
- 3) otrzymywanie informacji przydatnych do podjęcia decyzji o leczeniu pacjenta lub konieczności wykonania dalszych badań diagnostycznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. W trakcie realizacji Programu wykonywane będzie badanie densytometryczne oraz oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX. Objęte Programem osoby będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Rejestracja pacjentów następować będzie w pracowni densytometrycznej osobiście lub telefonicznie w godzinach wyznaczonych przez realizatora Programu. Na wstępie zostanie przeprowadzony wywiad z pacjentem mający na celu rozpoznanie czynników zagrożenia chorobą (załącznik). Dane zawarte w ankiecie wypełnionej przez osobę badaną oraz wskaźnik T-score BMD szyjki kości udowej posłużą do obliczenia ryzyka 10-letniego złamania kości. Po badaniu, pacjent otrzyma wydruk

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

komputerowy, a w nim informację o parametrach uwapnienia badanych elementów kośćca oraz oszacowane 10-letnie ryzyko złamania kości metodą FRAX.

W oparciu o stwierdzone zagrożenie złamania zalecona zostanie dalsza kwalifikacja do badań densytometrycznych w kolejnych latach. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania zalecona będzie konsultacja u lekarza pierwszego kontaktu w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W ramach realizacji Programu, planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych mających na celu podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie oraz na temat osteoporozy i jej skutków, jak również kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijania prawidłowych nawyków żywieniowych eliminujących ryzyko zachorowania na osteoporozę.

Ponadto prowadzone będą przez Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia działania edukacyjne skierowane do wszystkich mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle na temat profilaktyki osteoporozy polegające m.in. na emisji publikacji w lokalnej prasie, telewizji i radio wywiadów ze specjalistami. Organizowane będą również happeningi profilaktyczne, podczas których mieszkańcy Gminy będą zachęceni do uczestnictwa w Programie zdrowotnym. W trakcie happeningów mieszkańcy będą mogli skorzystać z bezpłatnych porad specjalistów.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pacjent uczestniczący w programie otrzyma informację o parametrach uwapnienia badanych elementów kośćca oraz oszacowanym 10-letnim ryzyku złamania kości metodą FRAX, wraz z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla, gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 3) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) Przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- 2) Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX;
- 3) Wykonanie badania densytometrycznego;
- 4) Przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat osteoporozy i jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 5) Przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;
- 3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku schorzeń osteoporozy oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle przy wsparciu realizatora Programu.

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- 1) przez wykorzystanie mass-mediów: media społecznościowe, lokalna prasa, telewizja, radio;
- 2) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 3) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

Organizowane będą happeningi promujące badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich.

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

Dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:

- 1) lekarz specjalista mający doświadczenie w interpretacji wyników badań densytometrycznych, z ukończonymi kursami z zakresu osteoporozy, posiadający certyfikat do przeprowadzenia badań i leczenia schorzeń kostnych - potwierdzone stosownymi dokumentami,
- 2) pielęgniarka, technik elektroradiologii lub inny personel medyczny legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatury i sprzętu służącego do realizacji programu zdrowotnego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami,
- 3) rejestratorka – prowadzić będzie obsługę administracyjną programu.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;
- 3) dysponowania niezbędnym sprzętem do realizacji programu (densytometrem), dopuszczonym do stosowania (potwierdzone stosownym dokumentem, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu);
- 4) dysponowania lokalem spełniającym wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), składającym się co najmniej jednego gabinetu

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

lekarskiego i rejestracji pacjentów - potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. W ramach oceny jakości świadczeń przez realizatora programu przeprowadzona zostanie ankieta pozyskująca wiedzę na temat satysfakcji beneficjentów programu i/lub lekarzy w ramach realizacji zadania.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Na koszt realizacji Programu, zgodnie z założeniami organizacyjnymi składa się:

- 1) oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX;
- 2) edukacji pacjentów;
- 3) badanie densytometryczne szyjki kości udowej.

Szacuje się, iż całkowity koszt realizacji Programu u jednego pacjenta wynosić będzie 75zł – 85zł.

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji Programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	50.000,00
2021	50.000,00
2022	50.000,00

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

- 1) http://www.osteoporoza.pl/attachments/1907_Raport_System_OP_Minist-7_2015.02.10.pdf
- 2) <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-ukladu-ruchu,osteoporoza---objawy--leczenie--profilaktyka--co-to-jest-,artykul,1578893.html>
- 3) <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/64948,osteoporoza>

ANKIETA

DLA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA OSTEOPOROZY - BADANIA DENSYTOMETRYCZNE

(ocena czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy)

1. **Imię:**.....
2. **Nazwisko:**.....
3. **Data urodzenia:**.....
4. **Adres zamieszkania:**
Kędzierzyn-Koźle, kod pocztowy:, ulica:,
nr domu:, nr lokalu.....
5. **Płeć:** Kobieta Mężczyzna
6. **Wzrost:**cm
7. **Waga:**kg
8. **Czy miał/a już Pan/Pani wykonywane badanie densytometryczne:**
Tak* Nie
- *Jeśli tak proszę podać rok w którym badanie zostało wykonane
9. **Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną wcześniej osteoporozę?**
Tak Nie
10. **Czy w ciągu ostatnich 3-5 dni miał/a Pan/Pani wykonywane badanie RTG z użyciem środków kontrastujących ?**
Tak Nie
11. **Czy w obszarze badanym posiada Pan/Pani elementy metalowe?**
12. **Czy jest Pani w ciąży ?**
Tak Nie
13. **Czy spożywa Pan/Pani codziennie 3 lub więcej jednostek alkoholu?**
(1 jednostka alkoholu odpowiada - 250 ml piwa, 1 lampce wina - 125ml, 1 kieliszkowski wódki - 25ml, 1 małej lampce sherry - 50ml)
Tak Nie
14. **Czy pali Pan/Pani papierosy?**
Tak Nie
15. **Czy u Pana/Pani ojca lub matki było stwierdzone złamanie stawu biodrowego?**
Tak Nie

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

16. Czy przyjmuje Pan/Pani doustnie lub przyjmował dłużej niż 3 miesiące glikokortykoidy?

Tak Nie

17. Czy doznał Pan/Pani wcześniej samorzutnego złamania lub złamania wynikającego z urazu, który u zdrowej osoby nie spowodowałby złamania?

Tak Nie

18. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę silnie związaną z osteoporozą?

(cukrzycę typu I, wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nie leczoną wieloletnią nadczynność tarczycy, niedoczynność gonad lub przedwczesną menopauzę - przed 45 rokiem życia, przewlekłe niedożywienie lub nieprawidłowe wchłanianie pokarmu lub przewlekłą niewydolność wątroby)

Tak Nie

19. Czy stwierdzono u Pana/Pani reumatoidalne zapalenie stawów?

Tak Nie

.....
(czytelny podpis pacjenta)

Przeprowadzono edukację pacjenta:

1. Przekazano informacje dotyczące osteoporozy i jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

.....
(data)

.....
(podpis osoby przeprowadzającej edukację)

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania raka piersi”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	5
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	6
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	6
1. Cel główny	6
2. Cele szczegółowe	6
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	6
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	7
1. Populacja docelowa.....	7
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	7
3. Planowane interwencje.....	8
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... 9	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	9
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	9
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	9
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	10
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	10
1. Monitorowanie	10
2. Ewaluacja	11
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	11
1. Koszty jednostkowe	11
2. Koszty całkowite	11
3. Źródła finansowania.....	11
VII. Bibliografia	12

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Rak piersi (rak gruczołu sutkowego) – jest najczęściej występującym rodzajem raka inwazyjnego u kobiet.

Etiologia raka sutka, pomimo znacznej liczby prac i analiz, jakie w świecie przeprowadzono, w dalszym ciągu nie jest dostatecznie jasna. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że ten sam morfologicznie nowotwór może być indukowany przez kilka, a nawet kilkanaście czynników kancerogennych. Coraz częściej jednak w ryzyku zachorowania na raka piersi wskazuje się na uwarunkowania genetyczne; w Polsce około 10% przypadków raka piersi występuje u kobiet, u których stwierdza się mutacje w obrębie genów, najczęściej w BRCA1. Czynniki sprzyjające zachorowaniu na raka piersi to:

- 1) położenie geograficzne i rasa – rak piersi częściej występuje w Europie, rzadziej w Azji i Afryce;
- 2) wiek – zagrożenie nowotworem wzrasta z wiekiem kobiety- już po 35 roku życia, wg statystyki najczęściej chorują 50-70-latki;
- 3) genetyka - czyli występowanie w rodzinie – ryzyko jest duże, jeśli kobiety z najbliższej rodziny miały raka piersi;
- 4) cykl miesięczkowy – pierwsza miesiączka przed 12, a klimakterium powyżej 55 roku życia;
- 5) ciąża – ryzyko jest większe u kobiet, bezdzietnych, a także u tych które pierwsze dziecko urodziły po 30 roku życia;
- 6) hormonalne środki antykoncepcyjne - stosowanie tego rodzaju antykoncepcji dłużej niż 8 lat, zwiększa możliwość zachorowania;
- 7) otyłość – szczególnie po menopauzie ryzyko wystąpienia raka u kobiet otyłych jest trzykrotnie większe niż u kobiet z prawidłową wagą. Otyłość wpływa na rozwój wszystkich rodzajów raka piersi i sprzyja przerzutom. Najbardziej narażone są kobiety, które przytyły po 18 roku życia;
- 8) mammograficzna gęstość piersi- wysoka gęstość – 75% i wyższa;
- 9) spożycie alkoholu- codzienne spożywanie 30-60 g alkoholu;
- 10) ekspozycja na promieniowanie X- radioterapia w młodym wieku.

Należy jednak pamiętać, że u około 50% kobiet chorych na raka piersi, nie stwierdza się występowania żadnych czynników ryzyka.

Wiedza o raku piersi, przyczynach jego występowania, czynnikach ryzyka oraz metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania choroby jest sprawą podstawowej wagi dla zmniejszenia umieralności kobiet w Polsce i na świecie. Poznanie przyczyn i następstw choroby znacznie zwiększa szansę zarówno jej uniknięcia jak i wyleczenia. Znajomość czynników ryzyka może pomóc kobietom zmienić styl życia aby zredukować ryzyko zachorowania.

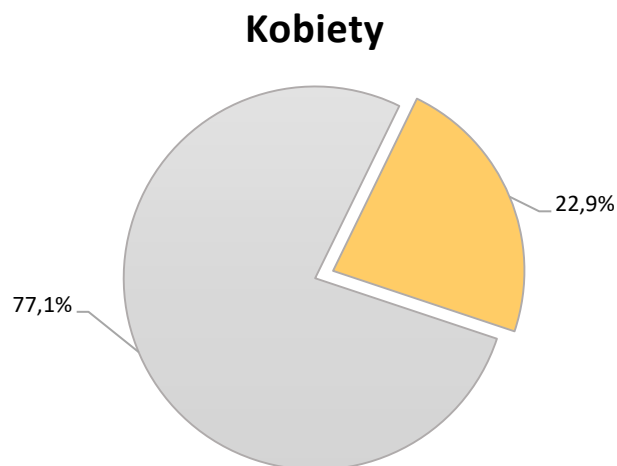
Współczesne techniki diagnozowania, wsparte regularnie prowadzonym przez kobiety samobadaniem piersi, pozwalają na wczesne wykrycie choroby na etapie kiedy można ją wyleczyć. Wszystkie kobiety powinny posiadać wiedzę na temat sposobów postępowania, aby wykrycie choroby mogło nastąpić jak najwcześniej.

2. Dane epidemiologiczne

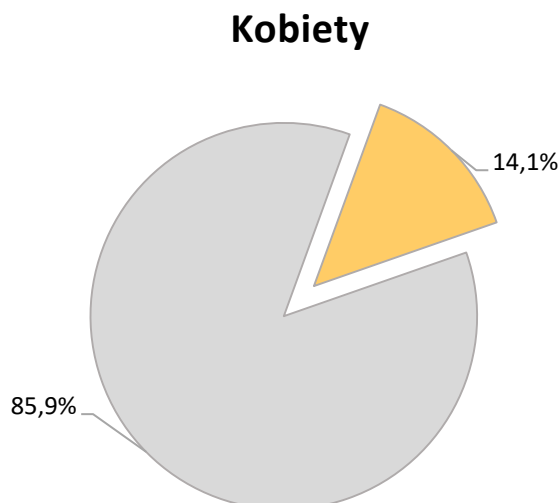
Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w Polsce. Jest drugą - po raku płuc - przyczyną zgonów Polek z powodów onkologicznych.

W roku 2018 zanotowano w Polsce 20.203 zachorowania na raka piersi, co stanowi 22,9% wszystkich zachorowań na raka zdiagnozowanych u kobiet w Polsce w tym okresie (dane z Europejskiego Systemu Informacji o Nowotworach ECIS).

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi



Wykres 1. Częstość zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w 2016 roku, źródło: Opracowanie na podstawie danych opublikowanych w Europejskim Systemie Informacji o Nowotworach (ECIS).
[https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-PL\\$2-All\\$4-2\\$3-All\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-7\\$CEstByCancer\\$X0_8-3\\$CEstRelativeCanc\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-PL$2-All$4-2$3-All$6-0,14$5-2008,2008$7-7$CEstByCancer$X0_8-3$CEstRelativeCanc$X1_8-3$X1_9-AE28)

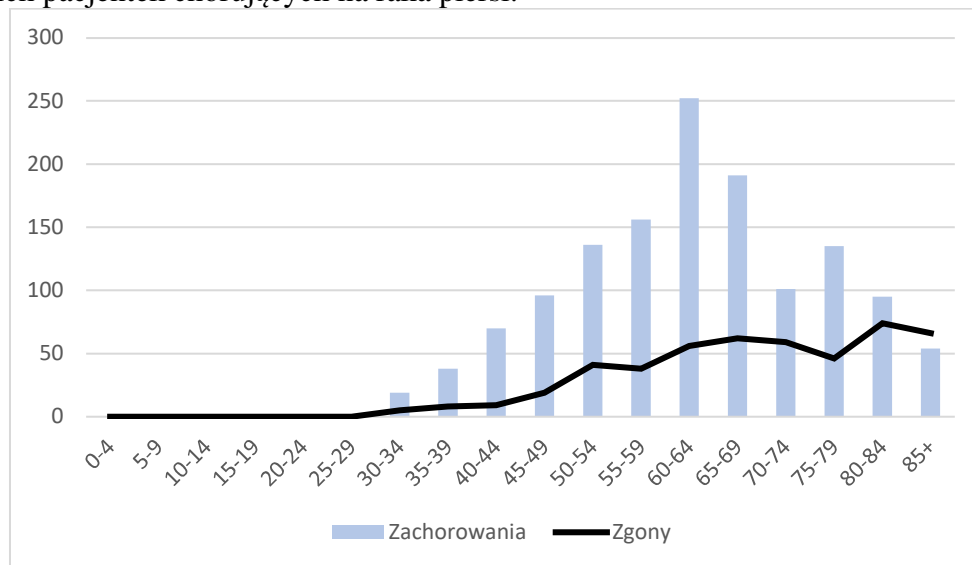


Wykres 2. Zgony kobiet z powodu nowotworu piersi w roku 2016, źródło: Opracowanie na podstawie danych opublikowanych w Europejskim Systemie Informacji o Nowotworach (ECIS).
[https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0\\$1-PL\\$2-All\\$4-2\\$3-All\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-8\\$CEstByCancer\\$X0_8-3\\$CEstRelativeCanc\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?%0-0$1-PL$2-All$4-2$3-All$6-0,14$5-2008,2008$7-8$CEstByCancer$X0_8-3$CEstRelativeCanc$X1_8-3$X1_9-AE28)

W skali globalnej przewiduje się, że na raka piersi zachoruje w pewnym momencie życia jedna na dziesięć kobiet. Liczba ta wzrasta do jednej na osiem kobiet w krajach Ameryki Północnej, Polsce, Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii. Częstość występowania raka piersi wykazuje tendencję wzrostową zwłaszcza w krajach rozwiniętych lub o wysokiej dynamice rozwoju. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w stylu życia, a także stosowaniu bardziej czułych metod wykrywania nowotworu piersi. Amerykański National Cancer Institute na podstawie badań epidemiologicznych ocenia, że ryzyko rozwoju nowotworu piersi w życiu kobiety wynosi ok. 12%. Wzrasta ono przede wszystkim wraz z wiekiem kobiety. Szacowane ryzyko rozwoju w ciągu 10 lat u kobiet w wieku 40 lat wynosi 1 na 69 kobiet, w grupie kobiet 50-letnich – 1 na 42 kobiety, 1 na 29 w wieku 60 lat. Ostatnio u młodych kobiet obserwuje się wzrost zachorowalności przy malejącej umieralności z powodu raka piersi. U kobiet w wieku średnim wciąż obserwuje się wzrost zachorowalności

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

przy względnie stałych współczynnikach umieralności. To właśnie z tej ostatniej grupy wywodzi się największa liczba chorych, bowiem kobiety w wieku 50–59 lat stanowią aż 32% wszystkich pacjentek chorujących na raka piersi.



Wykres 3. Liczba zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu sutkowego w latach 2014-2016 wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów.

Współczynnik surowy umieralności - jest miarą ryzyka zgonu na nowotwór złośliwy i określa liczbę rejestrowanych zgonów na dany nowotwór (grupę nowotworów) na 100 tys. osób w danym roku. Współczynnik standaryzowany umieralności- jest miarą ryzyka zgonu na nowotwór złośliwy i określa, ile zgonów wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak w populacji standardowej. Współczynnik standaryzowany jest zwykle wyrażony na 100 tys. osób.

Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. Surowy	Wsp. Stand.
2006	5212	26,5	14,8
2007	5255	26,7	14,6
2008	5362	27,2	14,7
2009	5241	26,6	14,1
2010	5226	26,3	13,7
2011	5437	27,4	14,2
2012	5574	28,0	14,1
2013	5816	29,3	14,5
2014	5975	30,1	14,8
2015	6319	31,8	14,6
2016	6493	32,7	14,9

Tabela 1. Współczynniki surowe umieralności w Polsce w oparciu o dane z Krajowego Rejestru Nowotworów.

3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie raka piersi wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Obecnie prowadzony jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Obejmuje populację kobiet w wieku 50 - 69 lat, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Z badań mogą skorzystać kobiety, które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy (12 miesięcy w przypadku kobiet, u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – Dz. U. z 2018 poz. 469);
- 2) brak powszechnej dostępności mammografii i USG piersi dla kobiet w wieku 40-49 lat;
- 3) zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi;
- 4) niewystarczający poziom wiedzy wśród kobiet odnośnie raka piersi i samobadania piersi.

Prowadzenie działań profilaktycznych umożliwia obniżenie nakładów na opiekę zdrowotną i jest podstawą rozwoju właściwych relacji na poziomie kraju, regionu i społeczności lokalnych między organizatorem opieki zdrowotnej i jej odbiorcami, a także jest warunkiem skutecznej i efektywnej poprawy jakości życia. Nieodłącznym elementem profilaktyki jest edukacja zdrowotna, która powinna uświadamiać społeczeństwo jak postępować, aby choroby unikać.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi.

2. Cele szczegółowe

- 1) zwiększenie świadomości kobiet na temat występowania raka piersi;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania raka piersi;
- 3) nauka samobadania piersi;
- 4) zwiększenie liczby wykrywanych przypadków nowotworów piersi we wczesnym stadium choroby, w którym włączenie leczenia może spowodować całkowite wyleczenie lub zahamować jej rozwój;
- 5) zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji;
- 6) zmniejszenie śmiertelności z powodu nowotworu piersi;
- 7) wykrycie w trakcie badań i objęcie szczególną opieką kobiet z grup ryzyka;
- 8) zwiększenie motywacji do udziału w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowanym ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to kobiety w wieku 40-49 lat.

2020		2021		2022	
Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
4.158	48	4.177	50	4.225	49
Razem 4.206 kobiet		Razem 4.227 kobiet		Razem 4.274 kobiet	

Tabela 2. Szacowana liczba kobiet w wieku 40-49 lat zameldowanych na pobyt stały i czasowy, które w latach 2020-2022 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.).

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 350 kobiet.

Edukacją zostaną objęte wszystkie kobiety zamieszkałe na terenie gminy. Edukacja zostanie poszerzona o promocję bezpłatnych badań profilaktycznych realizowanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, jak również organizację bezpłatnych konsultacji połączonych z nauką samobadania piersi dostępnych dla wszystkich mieszkank Gminy w ramach Światowego Dnia Walki z Rakiem Piersi.

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

1) Kryteria włączenia:

- kobiety w przedziale wiekowym od 40 do 49 roku życia,
- w dniu wykonania badania pacjentka musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

2) Kryteria wyłączenia:

- wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
- brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
- wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej,
- programem nie mogą być objęte kobiety, które już wcześniej leczyły się z powodu nowotworu piersi o charakterze złośliwym.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

- b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,
- d) ogłoszenia parafialne,
- e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
- g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki oraz przeprowadzona zostanie akcja nauki samobadania piersi w związku z obchodami Światowego Dnia Walki z Rakiem Piersi. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Rak piersi niesie za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Na ekonomiczne czynniki wpływają: wysokie koszty diagnostyki, profilaktyki i leczenia raka piersi oraz związane z tą chorobą, straty wynikające z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności kobiet. Zdecydowana większość specjalistów z dziedziny radiologii oraz onkologii uważa, że screening niesie za sobą duże korzyści dla społeczeństwa, redukując ryzyko śmierci na raka piersi. W odniesieniu do metod diagnostycznych z przeglądu wytycznych praktyki klinicznej wynika, że jedynym badaniem przesiewowym zalecanym do wczesnego wykrywania raka piersi jest badanie mammograficzne, jednakże badanie ultrasonograficzne jest doskonałym uzupełnieniem badania mammograficznego. Jest to bezbolesne badanie, które pozwala wykryć guzki w piersiach na wczesnym etapie rozwoju. USG to badanie, w którym dzięki wykorzystaniu fal ultradźwiękowych uwidacznia się tkanki wchodzące w skład piersi. Jest to badanie szybkie i wygodne, wstępny wynik można uzyskać już podczas jego przeprowadzenia. Niejednokrotnie w badaniu ultrasonograficznym wykrywane są zmiany, które nie ujawniają się w badaniu mammograficznym, co zwiększa szanse na wczesne wykrycie zmian i zastosowanie odpowiedniej diagnostyki.

Mammografia to radiologiczna metoda badania piersi u kobiet. Polega na wykonaniu serii zdjęć gruczołu przy użyciu promieni rentgenowskich. Jej zdolność do uwidoczniania szeregu charakterystycznych zmian pozwala na wczesne rozpoznanie raka piersi oraz innych patologii sutka, zanim staną się one jawne klinicznie. Mammografia jest uważana za bezpieczną i efektywną metodę wykrywania raka piersi. Ultrasonografia piersi jest jednym z najważniejszych badań profilaktycznych, które wykrywa zmiany łagodne i nowotworowe u młodych kobiet. USG piersi zleca się także pacjentkom starszym, gdyż badanie to pomaga wykrywać takie zmiany w piersi, których nie wykaze mammografia. USG ma wiele zalet: jest badaniem nieinwazyjnym, tanim i bezpiecznym. W przeciwieństwie do mammografii można je wielokrotnie powtarzać. Mammografia i USG to badania komplementarne, wzajemnie się uzupełniające.

Gminny Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi będzie wypełniał lukę w systemie opieki zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka piersi skierowane są do kobiet w wieku 50-69 lat. Dzięki Programowi osoby z grupy ryzyka zachorowania na raka piersi oraz te, które zauważą u siebie niepokojące zmiany będą miały łatwiejszy dostęp do specjalistycznych badań. Wczesne wykrycie choroby umożliwi wczesne wdrożenie skutecznego leczenia.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

Program obejmować będzie przeprowadzenie badań: mammografii, ultrasonografię piersi (USG) oraz kampanię informacyjno-edukacyjną. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badanie przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół lekarzy i pielęgniarek. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Osoby objęte Programem będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Rejestracja pacjentów następować będzie osobiście lub telefonicznie w godzinach wyznaczonych przez realizatorów Programu. Termin badania będzie dostosowany do pacjentki. Badania odbywać się będą w podmiotach leczniczych w godzinach rannych i popołudniowych.

Szczegółowa informacja o planowanych terminach i godzinach spotkań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każda pacjentka otrzyma wyniki badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla, gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 3) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- 2) przeprowadzenie badań: mammografii i USG piersi u kobiet w wieku 40-49 lat;
- 3) przeprowadzenie edukacji kobiet na temat raka piersi jego skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 4) wręczenie pacjentce wyników badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu,
- 3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności raka piersi.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęte kobiety ze wszystkich grup wiekowych. W trakcie realizacji Programu będzie zwracana uwaga na edukację zdrowotną w zakresie comiesięcznego badania piersi oraz czynników ryzyka zachorowalności na raka piersi. Organizowane będą również spotkania z lekarzem i pielęgniarką, na których kobiety indywidualnie będą mogły poznać techniki samobadania piersi. Edukacja zostanie poszerzona o promocję bezpłatnych badań profilaktycznych realizowanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

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

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:
Dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:

- 1) lekarz specjalista radiolog mający doświadczenie w interpretacji zdjęć radiologicznych w zakresie mammografii i posiadający uprawnienie do ich opisywania – potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 2) lekarz specjalista radiolog lub ginekolog – mający doświadczenie w interpretacji wyników badań USG – potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 3) technik RTG legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatu mammograficznego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 4) rejestratorka – prowadzić będzie obsługę administracyjną programu;
- 5) dysponowanie aparatem do badań mammograficznych i USG dopuszczonymi do uruchomienia i stosowania (potwierdzonymi stosownymi dokumentami, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu oraz informacja o stanie technicznym sprzętu);
- 6) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), składającym się z pracowni mammograficznej, pracowni USG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznaných środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. W ramach oceny jakości świadczeń przez

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

realizatora programu przeprowadzona zostanie ankieta pozyskująca wiedzę na temat satysfakcji beneficjentek programu i/lub lekarzy w ramach realizacji zadania.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania piersi prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2000 roku. W 2018 roku z badań skorzystało 335 kobiet w wieku 40-49 lat. Program polegał na wykonaniu badania mammograficznego, USG i edukacji kobiet. U pacjentek, u których stwierdzono kategorię III i IV poszerzono diagnostykę kierując je do Poradni Chorób Sutka w celu wykonania dodatkowych badań biopsji gruboigłowych z oceną histopatologiczną uzyskanego materiału lub kierowano je na Rezonans Magnetyczny. W doniesieniach z ośrodków krajowych i zagranicznych w badaniach skryningowych wykrywalność nowotworów złośliwych stanowi 0,3-0,6%. Natomiast w badaniach skryningowych finansowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle uzyskany wynik jest zdecydowanie wyższy gdyż wynosi 0,9%. W badaniu mammograficznym kategorię IV stwierdzono u 2 kobiet natomiast w badaniu USG kategorię IV stwierdzono u 14 kobiet.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt udziału w programie szacuje się na kwotę ok. 115,00 zł – 135,00 zł (w tym mammografia szacuje się na 70,00zł – 80,00 zł natomiast badania USG na 45,00zł – 55,00 zł).

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	45.000,00
2021	45.000,00
2022	45.000,00

Tabela 3. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

VII. Bibliografia

- 1) http://www.onkonet.pl/dp_np_rakpiersi.html
- 2) <http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/>
- 3) http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy
- 4) [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-0\\$1-All\\$2-All\\$4-2\\$3-30\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-8\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE28E\\$X0_20-No\\$CEstRelative\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28\\$X1_19-AE28E\\$CEstByCountryTable\\$X2_19-AE28E](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-All$2-All$4-2$3-30$6-0,14$5-2008,2008$7-8$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE28E$X0_20-No$CEstRelative$X1_8-3$X1_9-AE28$X1_19-AE28E$CEstByCountryTable$X2_19-AE28E)
- 5) [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-1\\$1-PL\\$2-138\\$4-2\\$3-30\\$6-0,85\\$5-2006,2013\\$7-2\\$CAgeSpecificRates\\$X0_13-Y\\$X0_16-N\\$CTrendsByAge\\$X1_18-6\\$X1_16-N\\$CTrendsByPeriod\\$X2_10-ASR_EU_NEW\\$X2_16-N\\$CTrendsByCohort\\$X3_17-ByPeriod\\$X3_16-N](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-1$1-PL$2-138$4-2$3-30$6-0,85$5-2006,2013$7-2$CAgeSpecificRates$X0_13-Y$X0_16-N$CTrendsByAge$X1_18-6$X1_16-N$CTrendsByPeriod$X2_10-ASR_EU_NEW$X2_16-N$CTrendsByCohort$X3_17-ByPeriod$X3_16-N)
- 6) [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-0\\$1-PL\\$2-All\\$4-2\\$3-All\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-7\\$CEstByCancer\\$X0_8-3\\$CEstRelativeCanc\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-PL$2-All$4-2$3-All$6-0,14$5-2008,2008$7-7$CEstByCancer$X0_8-3$CEstRelativeCanc$X1_8-3$X1_9-AE28)

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania cukrzycy typu II”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	4
3. Opis obecnego postępowania	5
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	5
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	7
1. Cel główny	7
2. Cele szczegółowe	7
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	7
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	7
1. Populacja docelowa.....	7
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	7
3. Planowane interwencje.....	8
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... 8	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	8
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	9
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	9
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	10
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	10
1. Monitorowanie	10
2. Ewaluacja	10
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	10
1. Koszty jednostkowe	10
2. Koszty całkowite	11
3. Źródła finansowania.....	11
VII. Bibliografia	11

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.

Klasyfikacja cukrzycy według WHO i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

- 1) cukrzyca typu 1;
 - a) typ autoimmunologiczny,
 - b) typ idiopatyczny.
- 2) cukrzyca typu 2;
- 3) inne określone typy cukrzycy;
- 4) cukrzyca ciężarnych.

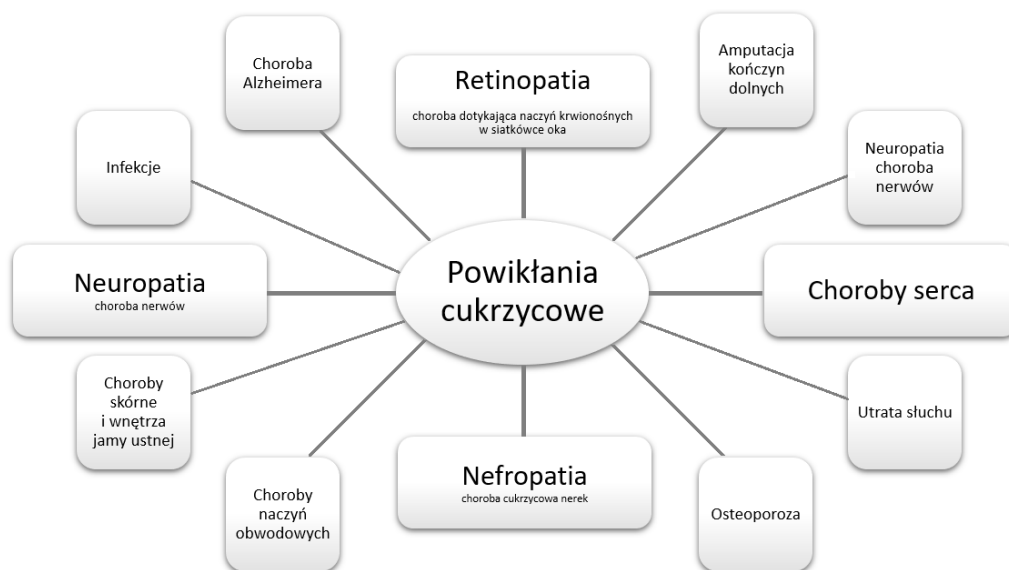
Interakcje genetyczne, środowiskowe czynniki ryzyka, m.in.: siedzący tryb życia, brak lub niewielki wysiłek fizyczny, otyłość to główne czynniki odpowiedzialne za rozwój cukrzycy.

Zniszczenia komórek beta trzustki, odpowiedzialnych za sekrecję insuliny jest przyczyną rozwoju cukrzycy typu 1 nazywanej również cukrzycą insulinozależną. Ten rodzaj cukrzycy (stanowiący około 5–10% wszystkich przypadków cukrzycy), związany jest z istniejącym procesem autoimmunizacyjnym i prowadzi do bezwzględnego niedoboru insuliny u osób predysponowanych genetycznie. Ta postać choroby może się ujawnić w każdym wieku, najczęściej jednak pojawia się w dzieciństwie i do 30 roku życia.

Cukrzyca typu 2 stanowi około 90–95% wszystkich przypadków tej choroby, określana była dawniej mianem cukrzycy insulino niezależnej lub osób dorosłych. Ta postać choroby jest wynikiem interakcji między genetycznymi czynnikami predysponującymi a czynnikami środowiskowymi, w tym przede wszystkim prowadzącymi do nadmiernego gromadzenia substratów energetycznych (mała aktywność fizyczna przy jednoczesnym nadmiarze spożywanych kalorii). Uważa się, że za jej rozwój odpowiedzialna jest postępująca dysfunkcja komórek beta trzustki i współtowarzysząca insulinooporność. Chorują na ten rodzaj cukrzycy osoby w wieku średnim i starszym, ze współistniejącą otyłością, nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami gospodarki lipidowej.

Przyczyną rozwoju powikłań ostrych i przewlekłych w cukrzycy jest utrzymujące się podwyższone stężenie glukozy we krwi. Przewlekła hiperglikemia powoduje zaburzenia funkcji, uszkodzenie i niewydolność wielu narządów, zwłaszcza oczu, nerek oraz powikłania ze strony układu nerwowego i sercowo-naczyniowego. Powikłania te w istotny sposób zwiększają chorobowość oraz śmiertelność związaną z powikłaniami cukrzycy oraz obniżają jakość życia.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II



Rysunek 1. Powikłania cukrzycowe, źródło: Opracowanie na podstawie Kimberly Tessmer, *Leczenie odżywianiem. Cukrzyca typu 2*, wyd. Vivante 2018.

2. Dane epidemiologiczne

Raport dotyczący częstości występowania cukrzycy w poszczególnych regionach świata i w poszczególnych krajach przedstawia corocznie Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (International Diabetes Federation - IDF). W 2017 r. na świecie 425 mln osób chorowało na cukrzycę, w tym 3 miliony w Polsce.

Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku. Szacuje się, że w 2045 roku liczba chorych sięgnie 629 milionów. Według danych NFZ w Polsce w 2014 roku zapadalność na cukrzycę wyniosła 143,7 tysięcy przypadków, natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. osób wyniósł 378,2.

Według danych światowych cukrzyca objawia się u 8,3 % populacji. W Polsce ten odsetek jest dużo wyższy i wynosi 10,63 %. To jeden z najgorszych wyników w Europie, który plasuje nasz kraj na 52 miejscu z 55 państw regionu Europy. Gorsza sytuacja występuje jedynie w Rosji, na Słowenii i w Portugalii.

Biorąc dodatkowo pod uwagę, że obecnie jedna z trzech osób z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby (do niedawna o cukrzycy nie wiedziała połowa chorych), można aktualną liczbę osób z cukrzycą w Polsce szacować nawet na 3,5 mln. Częstkowe dane epidemiologiczne wskazują także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy jest wiek – u co czwartej osoby powyżej 60 rż. stwierdza się cukrzycę. Szczególnie wzrost liczby chorych na cukrzycę obserwuje się w krajach rozwijających się, co ma związek m.in. ze współczesnym, niezdrowym trybem życia i jego efektami w postaci otyłości czy nadciśnienia, a także starzejącym się społeczeństwem. Dziesiątki milionów ludzi z cukrzycą cierpi z powodu jej groźnych powikłań. Cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 15 milionów ludzi niewidomych utraciło wzrok w wyniku powikłań cukrzycy. Spośród czterech milionów osób, które każdego roku umierają z powodu cukrzycy, spora część to osoby w najbardziej produktywnym wieku (40-60 lat). Nieleczona cukrzyca jest przyczyną różnych powikłań tej choroby.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie cukrzycy typu 2 wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, priorytety zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

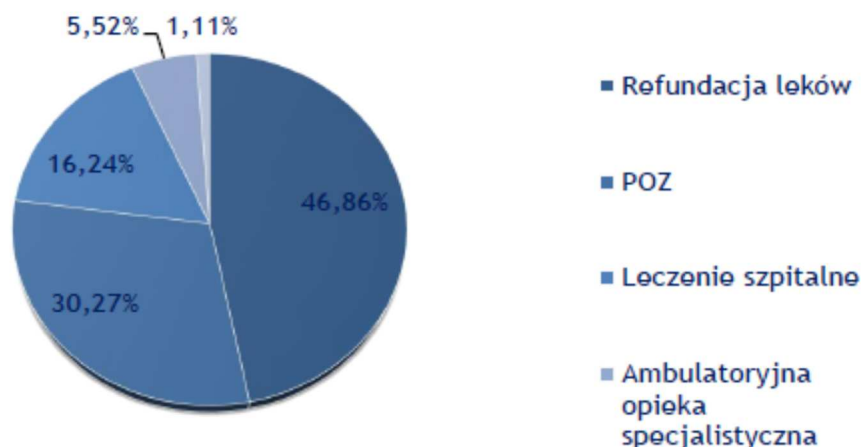
Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 poz. 736) oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Program ten skierowany jest w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka takimi jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek, w danym roku będących w wieku 35, 40, 45, 50 oraz 55 lat, 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).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Ze względu na globalny wzrost zachorowań na cukrzycę - głównie typu 2 – Światowa Organizacja Zdrowia uznała to schorzenie za pierwszą niezakaźną epidemię XXI wieku. Międzynarodowi eksperci przestrzegają, że budżet żadnego państwa nie jest w stanie udźwignąć kosztów generowanych przez cukrzycę i jej powikłania. Dlatego niezbędne jest podejmowanie działań prowadzących do zmniejszenia liczby nowych zachorowań oraz wczesnego wykrywania schorzenia.

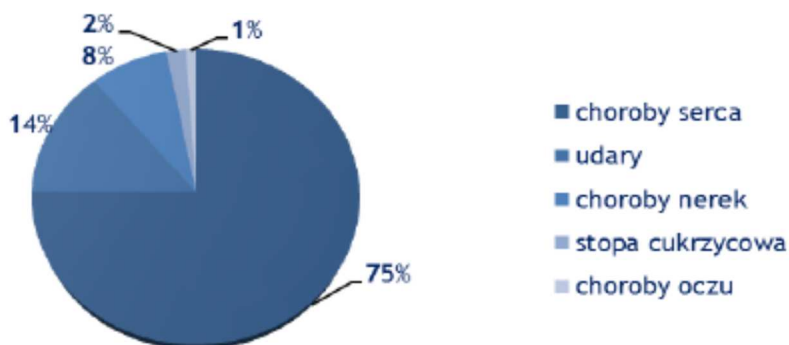
Cukrzyca stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi w każdym wieku, jest jedną z najczęstszych występujących chorób przewlekłych, a jej leczenie jest procesem ciągłym, złożonym i niezwykle drogim. Roczne koszty powodowane przez cukrzycę w naszym kraju są ogromne i wynoszą 6 mld zł. Składają się na nie: koszty bezpośrednie (m.in. refundacji leków, opieki specjalistycznej) oraz koszty pośrednie wynikające z utraty produktywności osób chorych (w związku z ich nieobecnościami w pracy, niepełnosprawnością spowodowaną cukrzycą, niezdolnością do pracy, otrzymaniem rent, a także przedwczesnymi zgonami). Zwłaszcza koszty pośrednie choroby i koszty leczenia jej powikłań rosną w szybkim tempie i stanowią ogromne obciążenie dla gospodarki. Analizując wartość całkowitych kosztów bezpośrednich cukrzycy w poszczególnych latach należy zauważyć, że w latach 2009-2012 nastąpił wzrost tych kosztów. Stopa wzrostu tych kosztów wynosi 2,1%. Badając strukturę kosztów w 2012 r. można z kolei zaobserwować, że największy ich odsetek stanowią koszty refundacji leków.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II



Wykres 1. Struktura kosztów bezpośrednich cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2 (łącznie) w 2012 roku – udział %, źródło: *Niebieska Księga Cukrzycy*, Warszawa 2013.

Aż trzy miliardy złotych, czyli połowę wszystkich wydatków na cukrzyce, generują powikłania choroby, z czego 75 proc. generują powikłania sercowe, 14 proc. udary mózgu, 8 proc. choroby nerek i po 1 proc. choroby oczu oraz stopa cukrzycowa.



Wykres 2. Struktura kosztów świadczeń udzielonych z powodu powikłań cukrzycy w 2012 roku, *Niebieska Księga Cukrzycy*, Warszawa 2013.

Powikłania cukrzycy mają charakter postępujący i nieodwracalny, stanowią duże ryzyko dla pacjenta. Wpływają negatywnie na jakość życia chorych, powodują kalectwo, niezdolność do pracy i przedwczesną śmierć. Przyczyniają się do całkowitej utraty wzroku, niewydolności nerek, amputacji kończyn oraz należą do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca. Leczenie cukrzycy oraz jej powikłań stanowi istotne obciążenie finansów dla systemu opieki zdrowotnej.

Aby powstrzymać tempo, w jakim wzrastają wydatki na cukrzyce, niezbędne jest wprowadzenie kompleksowego Programu zwiększającego wykrywalność w społeczeństwie, zmniejszającego zapadalność, poprzez skuteczną profilaktykę.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2.

2. Cele szczegółowe

- 1) podniesienie świadomości mieszkańców gminy na temat występowania cukrzycy typu 2;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2;
- 3) identyfikacja osób z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2;
- 4) podjęcie działań prewencyjnych w kierunku cukrzycy typu 2 u osób z podwyższonym poziomem ryzyka wystąpienia cukrzycy;
- 5) podjęcie działań mających na celu zapobieganie dalszemu rozwojowi cukrzycy i jej powikłań u osób z wykrytą cukrzycą;
- 6) obniżenie kosztów leczenia cukrzycy i jej powikłań;
- 7) podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie poprzez ukierunkowaną edukację osób biorących udział w programie na temat:
 - a) wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2,
 - b) czynników zwiększających zachorowalność,
 - c) metod zmniejszania ryzyka zachorowania (m.in. uprawianie sportu, przestrzeganie zdrowej diety, utrzymywanie prawidłowej masy ciała).

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) w wieku 43 - 73 roku życia.

2020		2021		2022	
Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
24.457	239	24.577	248	24.652	254
Razem 24696 osób		Razem 24825 osób		Razem 24906 osób	

Tabela 1. Liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2020-2022 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2200 osób. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

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

- 1) Kryteria włączenia:
 - a) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 43 do 73 roku życia,

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

- b) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).
- 2) Kryteria wyłączenia:
 - a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
 - b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
 - c) brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
 - d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.
- 3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:
 - a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
 - b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
 - c) media społecznościowe,
 - d) ogłoszenia parafialne,
 - e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
 - g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki. Na zlecenie Gminy, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz kampanii informacyjno-edukacyjnej Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każdy pacjent otrzyma wynik badania oraz zalecenia dotyczące skonsultowania wyniku z lekarzem.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 3) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla, gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 4) Umowy z wybranymi oferentami zostanie zawarta po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
- 2) przeprowadzenie edukacji na temat wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 3) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2.

Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle przy wsparciu realizatorów Programu. Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- 1) przez wykorzystanie mass-mediów: media społecznościowe, lokalna prasa, telewizja, radio;
- 2) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 3) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

Organizowane będą happeningi promujące badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia oraz akcje profilaktyczne w ramach Światowego Dnia Walki z Cukrzycą, podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji diabetologicznych, wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi, wskaźnika BMI, obwodu pasa oraz pomiar stężenia cukru we krwi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r., poz. 1222);
- 2) dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 3) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
- 4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń dokonywana będzie również przez pacjenta uczestniczącego w Programie na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz satysfakcji beneficjenta programu w ramach realizacji zadania.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2009 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2018 roku z badań skorzystało 3.584 mieszkańców gminy spośród których 3.052 osoby (ok. 85%) uzyskały podwyższony wynik hemoglobiny glikowanej.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt wykonania badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u jednej osoby wynosi około 20,00 zł – 30,00 zł.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji Programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2020	55.000,00
2021	55.000,00
2022	55.000,00

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

- 1) https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiw44rjiYfjAhVRmYsKHVu9CUcQFjAFegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.rpp.gov.pl%2Fraport_cukrzyca_18.pdf&usg=AOvVaw1YYi09bv75V7nZ0cjBip9p
- 2) https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/
- 3) <https://www.mp.pl/cukrzyca/cukrzyca/typ2/65891,cukrzyca-typu-2>
- 4) <https://www.diabetes.no/globalassets/om-diabetes/innvandrere/polsk/faktaark/type-2.pdf>

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania chorób naczyniowych”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	3
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	4
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	4
1. Cel główny	4
2. Cele szczegółowe	4
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	4
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Populacja docelowa.....	4
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	5
3. Planowane interwencje.....	5
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej...	6
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	6
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	6
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	6
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	7
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	7
1. Monitorowanie	7
2. Ewaluacja	8
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	8
1. Koszty jednostkowe	8
2. Koszty całkowite	8
3. Źródła finansowania.....	9
VII. Bibliografia	9

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Nieprawidłowe żywienie (dieta wysokoenergetyczna z dużą ilością tłuszczu, zwłaszcza pochodzenia zwierzęcego, zbyt małe spożycie warzyw i owoców) jest jednym z podstawowych czynników rozwoju chorób układu krążenia. Schorzenia tego układu są obecnie jedną z głównych przyczyn zgonów na całym świecie. Aby temu zapobiec, wszyscy pacjenci, niezależnie od stopnia ryzyka sercowo-naczyniowego, powinni przestrzegać zasad zdrowego żywienia. Jego podstawą jest dostarczanie organizmowi niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania ilości energii oraz podstawowych składników odżywczych. Poprawa zwyczajów żywieniowych odgrywa zasadniczą rolę w profilaktyce pierwotnej i wtórnej chorób sercowo-naczyniowych. Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL- cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga, otyłość. Choroby układu sercowo-naczyniowego to schorzenia serca i naczyń krwionośnych. Należą do nich między innymi: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa i zawał serca, udar mózgu, choroby naczyń obwodowych, przewlekła niewydolność serca czy zaburzenia rytmu serca.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią najczęstszą przyczynę zgonów w krajach uprzemysłowionych. Co roku na świecie z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego umiera 17 milionów ludzi. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że do 2030 roku liczba zgonów wzrośnie do 23,6 milionów.

W Polsce wskaźniki śmiertelności sercowo-naczyniowej wyniosły u mężczyzn i kobiet odpowiednio 415 oraz 244 na 100 000 i w ciągu ostatnich 10 lat zmniejszyły się o 26% i 29% (stan na rok 2014). Wskaźniki śmiertelności szpitalnej w zawałe serca różniły się pomiędzy poszczególnymi krajami nawet 5-krotnie – od 14,8% na Łotwie do 2,9% w Danii (5,2% w Polsce). W ciągu ostatnich 5 lat w większości krajów obserwowano spadek śmiertelności w zawałe serca. Jednocześnie jednak liczba hospitalizacji z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w niemal wszystkich krajach uległa zwiększeniu. Podobny trend obserwowano w przypadku udarów mózgu.

3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie chorób naczyniowych wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020, priorytety zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

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 a populacji objętej Programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka. Program skierowany jest do populacji osób obciążonych określonymi czynnikami ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, 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 wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wykrywanie chorób naczyniowych wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, priorytety zdrowotne określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Przygotowując Program zwrócono się m.in. do podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle o wskazanie kierunków badań profilaktycznych, jakie powinny być realizowane przez Gminę na rzecz mieszkańców miasta. Wiele podmiotów wskazało program wczesnego wykrywania chorób naczyniowych. Mimo, iż badania są dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej badania obejmą szerszą grupę mieszkańców. Wczesne rozpoznanie choroby pozwoli na szybką interwencję medyczną.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

- 1) zapobieganie oraz wczesne wykrywanie zaburzeń lipidowych;
- 2) właściwa kontrola czynników ryzyka oraz ewentualnego wdrożenia leczenia u pacjentów z nierozpoznaną dotychczas chorobą.

2. Cele szczegółowe

- 1) podniesienie świadomości mieszkańców gminy na temat właściwych postaw prozdrowotnych – mających na celu zapobieganie chorobom sercowo – naczyniowym;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów zaburzeń lipidowych;
- 3) podjęcie działań prewencyjnych w kierunku chorób sercowo – naczyniowych;
- 4) obniżenie kosztów leczenia.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Świadczeniobiorcy biorący udział w Programie zostaną zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Ocena jakości świadczeń przez pacjenta w Programie będzie monitorowana na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych, jak również ocenę udzielonego świadczenia w ramach Programu.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku, w wieku 35 - 66 roku życia.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

2020		2021		2022	
Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
25.795	342	25.799	360	25.753	371
Razem 26137 osób		Razem 26159 osób		Razem 26124 osób	

Tabela 1. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle w latach 2020-2022 (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), które kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej, źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2000 osób.

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

1) Kryteria włączenia:

- a) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 35 do 65 roku życia,
- b) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

2) Kryteria wyłączenia:

- a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
- c) brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
- d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
- b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,
- d) ogłoszenia parafialne,
- e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
- g) publikacje prasowe dotyczące programu polityki zdrowotnej.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki. Na zlecenie Gminy, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będą częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów programu polityki zdrowotnej.

3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie przeprowadzenie badania profilu lipidowego (stężenia cholesterolu, jego frakcji LDL i HDL, trójglicerydów) wraz z obliczeniem współczynnika aterosklerozy czyli szkodliwego wpływu substancji tłuszczowych na naczynia krwionośne, kampanii informacyjno-edukacyjnej mającej na celu przekazanie podstawowych działań

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

profilaktycznych dotyczących ograniczeń oraz modyfikacji stylu życia tj. m.in. podejmowanie aktywności fizycznej 4-5 razy w tygodniu przez 30 min; utrzymywanie ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 120/80 mmHg; ograniczenie spożywania soli; zaprzestanie palenia tytoniu; zapobieganie i leczenie dyslipidemii, utrzymywanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 100 mg/dl oraz HDL powyżej 35 mg/dl. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcanie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale także wpłynąć na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.

Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie stężenie cholesterolu, jego frakcji LDL i HDL oraz trójglicerydów przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

Dowodami na skuteczność programu będzie ankieta wypełniona przez uczestników zawierająca ocenę poziomu satysfakcji z przeprowadzonych działań.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Osoby objęte Programem będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Świadczenia udzielane będą do wyczerpania środków.

Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każdy pacjent otrzyma wynik badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 3) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 4) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie profilu lipidowego wraz z obliczeniem współczynnika aterogenności czyli szkodliwego wpływu substancji tłuszczowych na naczynia krwionośne;

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

- 2) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w chorobach sercowo-naczyniowych, jak również ocenę udzielonego świadczenia w ramach Programu.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle przy wsparciu realizatorów Programu. Na zlecenie Gminy oraz realizatora, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- 1) przez wykorzystanie mass-mediów: media społecznościowe, lokalna prasa, telewizja, radio;
- 2) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 3) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

Organizowane będą happeningi promujące badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia, w tym wysiłek fizyczny, diety oraz nałogu palenia oraz uwzględnienie badań kontrolnych, podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich, wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi, wskaźnika BMI, obwodu pasa oraz pomiar stężenia cukru we krwi.

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r., poz. 1222);
- 2) dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 3) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
- 4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków –

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznaných środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń dokonywana będzie również przez pacjenta uczestniczącego w Programie na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz satysfakcji beneficjenta programu w ramach realizacji zadania.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi;
- 4) spadek śmiertelności i zachorowalności na choroby układu krążenia oraz cukrzycę po 5 latach.

Program profilaktyki chorób prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2008 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. Wyniki badań z roku 2018 przedstawiają się następująco:

Oznaczany parametr	Wartości pożądane	Ilość przebadanych osób	Ilość osób z nieprawidłowymi wartościami
Cholesterol całkowity	<200 mg/dl	3132	2 107
HDL cholesterol	Mężczyźni >40mg/dl	1 055	172
	Kobiety >50mg/dl	2 077	412
LDL cholesterol	Mężczyźni >110mg/dl	1 055	902
	Kobiety > 100mg/dl	1 994	1903
Triglicerydy	<150	3132	1163
Współczynnik antygenności	<5	3132	526

Tabela 2. Wyniki badań przedstawionych w ramach programu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych w roku 2018, źródło: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt wykonania badania u jednej osoby wynosić będzie 25,00 – 35,00 zł.

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji Programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2020	60.000,00
2021	60.000,00
2022	60.000,00

Tabela 3. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

1. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/statystyka-zgonow-i-umieralnosci-z-powodu-chorob-ukladu-krazenia,22,1.html>
2. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=748&ma=016206>
3. https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_cardiovascular_en.pdf?ua=1
4. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
5. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/publications/2016/action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region-20162025>
6. https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day/en/

Gmina Kędzierzyn-Koźle

Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem
brodawczaka ludzkiego”
na lata 2020-2022

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	4
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	5
II. Cele programu	7
1. Cel główny	7
2. Cele szczegółowe	7
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	7
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	7
1. Populacja docelowa	7
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	7
3. Planowane interwencje	8
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	9
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	10
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	10
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	10
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	11
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	11
1. Monitorowanie	11
2. Ewaluacja	12
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	12
1. Koszty jednostkowe	12
2. Koszty całkowite	13
3. Źródła finansowania	13
VII. Bibliografia	13

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Wirusy HPV, czyli wirusy brodawczaka ludzkiego, są szeroko rozpowszechnione w populacji ludzkiej. Rak szyjki macicy jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet na świecie, powodującym co roku około 500 tys. nowych zachorowań i około 250 tys. zgonów. Polska znajduje się w czołówce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań na raka szyjki macicy (w 2018 roku 15,7 zachorowań na 100 tys. kobiet). Łatwość, z jaką zakażają skórę i błonę śluzową narządów płciowych sprawia, że infekcje HPV są obecnie najczęstszymi chorobami przenoszonymi drogą płciową na świecie.

Obecnie znanych jest około 250 genotypów usystematyzowanych w 16 grupach. W 5 spośród tych grup znajdują się wirusy, głównie alfa HPV, zakaźne dla człowieka.

Infekcje HPV są u kobiet przyczyną występowania w narządach płciowych zarówno zmian o charakterze nienowotworowym, jak i nowotworowym. Zmiany nienowotworowe to przede wszystkim kłykciny kończyste sromu i pochwy. Do HPV - pochodnych zmian nowotworowych zalicza się zaś raka pochwy, raka sromu oraz raka szyjki macicy. Spośród nich schorzeniem generującym największe problemy zdrowotne jest rak szyjki macicy. Przewlekłe infekcje onkogennymi typami HPV uważane są za główne źródło tego nowotworu - drugiego co do częstości występowania u kobiet poniżej 45 roku życia, oraz trzeciego co do liczby powodowanych zgonów u kobiet (po raku piersi i raku płuc).

Rak	% związku z pewnymi typami wirusa HPV
Szyjki macicy	> 99%
Pochwy	ok. 50%
Sromu	ok. 50%
Prącia	ok. 50%
Odbytu	ok. 85%
Gardła	ok. 20%
Krtani i drogi oddechowo pokarmowej	ok. 10%

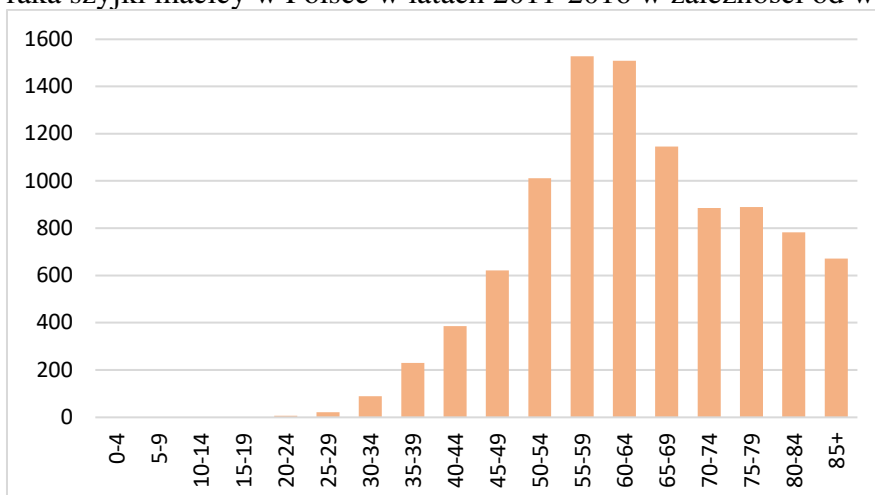
Tabela 1. Korelacja pomiędzy zakażeniem HPV a rozwojem różnych nowotworów, źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

2. Dane epidemiologiczne

Jak wspomniano wyżej rak szyjki macicy w skali całego świata jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety i trzecią, co do częstotliwości przyczyną ich zgonów z powodu chorób nowotworowych. Obecność wirusa HPV jest warunkiem koniecznym dla rozwoju raka szyjki macicy. Jest to jedna z czterech najczęściej występujących, kobiecych chorób nowotworowych. Chorobę tą codziennie diagnozuje się u 1300 kobiet na całym świecie. Co roku z powodu raka szyjki macicy umiera na naszym globie ponad ćwierć miliona kobiet. W Europie każdego roku rozpoznaje się około 60 000 nowych przypadków raka szyjki macicy, a w Polsce diagnozę tej choroby słyszy każdego roku około 3 tysiące kobiet. Polska należy do krajów o największej liczbie zakażeń wirusem HPV w Europie. Corocznie umiera u nas 60% kobiet chorujących na raka szyjki macicy, co sprawia, że umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy jest w naszym kraju o 88% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej i wynosi: 9,4 na 100 tys. kobiet natomiast w województwie opolskim zgodnie z danymi Opolskiego Rejestru Nowotworów w 2016 roku wynosił 3,1 na 100 tys. kobiet. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w przeważającej liczbie przypadków ofiarami raka szyjki macicy i innych wspomnianych wyżej nowotworów są kobiety powyżej 50 roku życia.

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2011-2016 w zależności od wieku:



Wykres 1. Zgony kobiet na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2011-2016 w zależności od wieku, źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

Lata		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)	Zachorowania	84	79	73	100	70	69
	Zgony	43	54	56	43	54	33
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)	Zachorowania	139	196	199	168	184	196
	Zgony	23	35	37	54	55	46
Nowotwór złośliwy sromu (C51)	Zachorowania	9	11	10	15	17	24
	Zgony	6	7	9	8	8	10
Nowotwór złośliwy pochwy (C52)	Zachorowania	1	1	5	4	2	4
	Zgony	1	1	2	1	0	3

Tabela 2. Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy, trzonu macicy, sromu i pochwy w latach 2011-2016 (liczby bezwzględne) wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów.

3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) definiuje świadczenie zdrowotne jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ww. ustawie to świadczenie gwarantowane.

Profilaktyka raka szyjki macicy realizowana aktualnie w Polsce sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów. Standardowym postępowaniem w zapobieganiu rakowi szyjki macicy w profilaktyce

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

wtórnej są okresowe badania cytologiczne, w podejrzanych przypadkach uzupełnione kolposkopią z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego. Postępowanie takie pozwala na wczesne diagnozowanie raka szyjki macicy i usunięcie go metodami małoinwazyjnymi.

Ogólnopolski program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy przewiduje wykonanie badania cytologicznego przez wszystkie kobiety ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, które mieszczą się w grupie wiekowej 25-59 lat; nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 3 lat, obciążone są czynnikami ryzyka takimi jak: zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażonych HPV- typem wysokiego ryzyka, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W przypadku stwierdzenia niepokojących zmian - skierowanie pacjentek na dalszą diagnostykę.

Nowym elementem profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy są szczepienia przeciw wirusowi HPV. Szczepienia te nie zostały na razie włączone do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych. W Programie Szczepień Ochronnych na rok 2019 znajdują się w wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Program polityki zdrowotnej będzie wypełniać lukę w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto Program kładzie duży nacisk na podniesienie świadomości zdrowotnej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy. Zaszczepione dziewczęta oraz ich rodzice muszą mieć świadomość, że szczepionka nie gwarantuje ochrony przed wszystkimi typami wirusa HPV i absolutnie konieczne jest wykonywanie w przyszłości przesiewowych badań cytologicznych.

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego polegający na szczepieniu przeciwko wirusowi HPV prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle od 2008 roku. W latach 2008-2018 zaszczepiono łącznie 1.442 dziewczęta w wieku 12-13 lat, trzema dawkami szczepionki czterowalentnej.

W tym:

Rok	Liczba zaszczepionych dziewcząt	Liczba dziewcząt uprawnionych do szczepienia w danym roku	Procent zaszczepionych dziewczynek w danym roku
2008	226	290	77,93%
2009	215	319	67,39%
2010	156	250	62,40%
2011	183	183	100,00%
2012	134	231	58,00%
2013	185	190	97,36%
2014	163	247	65,99%
2015	180	249	72,28%
2016	114	124	91,94%
2017	142	195	73,20%
2018	153	154	99,35%

Tabela 3. Liczba dziewcząt zaszczepionych oraz uprawnionych do szczepienia w latach 2008-2018, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Łączny koszt realizacji w/w programu w latach 2008-2018 wyniósł ok. 1.797.708,92 zł.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Rak szyjki macicy niesie za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne i społeczne.

Na ekonomiczne czynniki wpływają: wysokie koszty diagnostyki, profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy oraz związane z tą chorobą, straty wynikające z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności kobiet. Analizy medyczno-ekonomiczne zestawiające koszty skryningu z kosztami leczenia w Polsce wskazują, że przedłużenie o jeden rok życia kobiety, u której wykryto raka szyjki macicy w badaniu przesiewowym, to koszt 4.000 zł, natomiast przedłużenie życia o rok u kobiety, u której raka wykryto

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

w wyniku rutynowej diagnostyki, kosztuje ponad 20.000zł. Aby uświadomić sobie ogólnokrajową skalę kosztów wydatkowanych na leczenie, trzeba wziąć pod uwagę, że rocznie na raka szyjki macicy zapada ponad 3.200 kobiet, a ich leczenie najczęściej dotyczy II stopnia zaawansowania choroby.

Z powodu raka szyjki macicy umierają kobiety w okresie wysokiej aktywności społecznej i zawodowej, co z kolei ma niebagatelne konsekwencje zarówno na poziomie rodziny, jak i społeczeństwa. Zawieszono zostają różne sfery aktywności związane choćby z pracą zawodową, nauką czy udziałem w życiu społecznym. Straty związane z ograniczeniem aktywności zawodowej - mogą być wymierne w kategoriach ekonomicznych, podobnie jak koszty hospitalizacji, leków, stosowanych terapii czy zasiłków chorobowych i rent z tytułu niezdolności do pracy. Straty społeczne wynikłe nawet z czasowego zmniejszenia kapitału aktywności ludzkiej są niepoliczalne. Społeczeństwo ponosi ogromne straty, gdy z życia społecznego przedwcześnie odchodzą jednostki posiadające kompetencje zawodowe, rodzicielskie i społeczne.

W wyniku realizacji Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przy zmniejszeniu liczby kobiet zagrożonych zachorowaniem na raka szyjki macicy oraz inne choroby zależne od HPV, koszty opieki zdrowotnej mogłyby również ulec znacznemu obniżeniu. Prognozuje się, że długoterminowe stosowanie szczepień przeciwko zakażeniom HPV zredukuje umieralność na raka szyjki macicy o ok. 70% za 15-20 lat.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami szczepienia przeciwko wirusowi HPV nie zostały włączone do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych, pokrywanych ze środków budżetu państwa. Program będzie wypełniać lukę w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto Program kładzie duży nacisk na podniesienie świadomości zdrowotnej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy. Zaszczepione dziewczęta oraz ich rodzice muszą mieć świadomość, że szczepionka nie gwarantuje ochrony przed wszystkimi typami wirusa HPV i absolutnie konieczne jest wykonywanie w przyszłości przesiewowych badań cytologicznych.

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych - Dz. U. z 2018 poz. 469);
- 2) brak powszechnej dostępności do szczepionek przeciwko zakażeniom HPV z powodu nie finansowania tych szczepień z innych środków publicznych;
- 3) zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi oraz przekonanie do stosowania profilaktyki wtórnej poprzez badania cytologiczne;
- 4) niewystarczający poziom wiedzy wśród dziewcząt i chłopców odnośnie zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV.

Prowadzenie działań profilaktycznych umożliwia obniżenie nakładów na opiekę zdrowotną i jest podstawą rozwoju właściwych relacji na poziomie kraju, regionu i społeczności lokalnych między organizatorem opieki zdrowotnej i jej odbiorcami, a także jest warunkiem skutecznej i efektywnej poprawy jakości życia. Nieodłącznym elementem profilaktyki jest edukacja zdrowotna, która powinna uświadamiać społeczeństwo jak postępować, aby choroby uniknąć. Pacjentka, aby zdecydować się na szczepienie, musi mieć wiedzę na temat roli zakażenia HPV w etiologii raka szyjki macicy, musi wiedzieć o istnieniu odpowiedniej szczepionki, być przekonana o jej skuteczności i bezpieczeństwie. Zaszczepione dziewczęta muszą mieć świadomość, że szczepionka nie gwarantuje ochrony przed wszystkimi typami wirusa HPV i absolutnie konieczne jest wykonywanie przesiewowych badań cytologicznych.

Z uwagi na fakt, iż edukacja zdrowotna jest procesem złożonym i długotrwałym ważne jest, aby do jej realizacji włączyć rodziców. Głównie rodzice przyczyniają się do kształtowania postaw

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

prozdrowotnych dzieci. Oni też, jako opiekunowie prawni swoich dzieci, podejmować będą ostateczną decyzję o ich zaszczepieniu

II. Cele programu

1. Cel główny

Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy oraz innych chorób zależnych od wirusa HPV.

2. Cele szczegółowe

- 1) podniesienie świadomości zdrowotnej dziewcząt uczestniczących w Programie oraz ich rodziców na temat zakażeń wirusem HPV i ich skutków;
- 2) kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) liczba dziewcząt w populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym;
- 2) liczba odbiorców edukacji zdrowotnej w tym:
 - a) rodziców/opiekunów prawnych,
 - b) dziewcząt,
 - c) chłopców.
- 3) liczba dziewcząt objętych programem szczepień (liczba dziewcząt w podziale na liczbę otrzymanych dawek, przy czym liczba dawek wynikać będzie ze schematu szczepienia dla danej szczepionki).

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Beneficjentami Programu w zakresie szczepień są dziewczęta w wieku 12 lat oraz dziewczęta w wieku 13 lat nie zaszczepione w roku poprzednim, zameldowane na pobyt stały lub czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem szczepienia) na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Natomiast w zakresie edukacji dodatkowo zostaną włączeni chłopcy z roczników objętych programem oraz ich rodzice/opiekunowie.

W przypadku dziewcząt przebywających w rodzinach zastępczych dopuszcza się meldunek tymczasowy na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle trwający krócej niż rok.

Liczba dziewcząt urodzona w latach:

- 1) 2007 r. – 235 dziewcząt;
- 2) 2008 r. – 273 dziewcząt;
- 3) 2009 r. – 248 dziewcząt;
- 4) 2010 r. – 265 dziewcząt.

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

- 1) Kryteria włączenia:
 - a) dziewczęta w wieku 12 lat,
 - b) dziewczęta w wieku 13 lat nie zaszczepione w roku poprzednim,
 - c) zamieszkanie na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały,

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

- d) zamieszkanie na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem szczepienia),
 - e) zamieszkanie na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt czasowy dziecka przebywającego w rodzinie zastępczej.
- 1) Kryteria wyłączenia:
 - a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
 - b) wymeldowanie w czasie uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej,
 - c) rezygnacja przed/w trakcie szczepienia,
 - d) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej w roku poprzednim.
 - 2) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:
 - a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
 - b) imienne zaproszenie skierowane do rodziców informujące o możliwości zaszczepienia ich córki,
 - c) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
 - d) media społecznościowe,
 - e) ogłoszenia parafialne,
 - f) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - g) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
 - h) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Akcja informacyjno-edukacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

- 1) Akcja informacyjno-edukacyjna w szkołach dla młodzieży z roczników kwalifikujących się do programu;
- 2) Spotkanie informacyjno-edukacyjne z rodzicami/opiekunami prawnymi dziewcząt kwalifikujących się do programu;
- 3) Szczepienia przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego.

Aktualnie z dostępnych preparatów szczepionkowych dopuszczonych do stosowania na potrzeby programu wybrano:

- 1) 2-walentna szczepionka Cervarix® (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18), schemat szczepień dla grupy wiekowej objętej programem to 2 dawki,
- 2) 9-walentna szczepionka Gardasil 9® (przeciwko zakażeniom HPV typami 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), schemat szczepień dla grupy wiekowej objętej programem 2 lub 3 dawki.

Wybór użytej szczepionki zależy od realizatora programu. Przy czym w procesie oceny ofert złożonych w odpowiedzi na ogłoszony konkurs ofert dodatkowe punkty otrzyma szczepionka z najwyższą walentnością.

Szczepienie dziewcząt będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia. Aktualnie do obrotu i stosowania na terenie Polski dopuszczone są dwa rodzaje szczepionek (Gardasil 9® i Cervarix®), program dopuszcza również szczepionki, które uzyskają dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski w trakcie trwania czy realizacji programu zdrowotnego. W programie będą użyte szczepionki wybrane przez realizatora programu.

W przypadku wybrania szczepionki 9-walentnej Gardasil 9® dającej uodpornienie na 9 typów wirusów HPV 6,11,16,18,31,33,45,52,58 cykl szczepienia jednej osoby obejmuje podanie liczby

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

dawk wskazanej przez producenta szczepionki – dla grupy wiekowej objętej programem schemat szczepień wynosi 2 lub 3 dawki. Działania niepożądane nie mają charakteru ciężkiego i obserwowane są głównie w miejscu podania szczepionki: zaczerwienienie, ból, obrzęk, rumień, świąd, zasinienie a także ogólne: gorączka, bóle głowy, zmęczenie, wysypka, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, ból mięśni, stawów, omdlenia.

Natomiast w przypadku wybrania szczepionki 2-walentnej Cervarix® dającej uodpornienie na 2 typy wirusa HPV 16 i 18 cykl szczepienia jednej osoby obejmuje podanie liczby dawek wskazanej przez producenta szczepionki – dla grupy wiekowej objętej programem schemat szczepień wynosi 2 dawki. Działania niepożądane nie mają charakteru ciężkiego i obserwowane są głównie w miejscu podania szczepionki: zaczerwienienie, ból, obrzęk a także ogólne: gorączka, bóle głowy, zmęczenie, wysypka, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, ból mięśni, stawów, zawroty głowy.

Na obecnym etapie brak jest danych wskazujących zmniejszenie śmiertelności z powodu raka szyjki macicy pod wpływem szczepień przeciwko HPV. Opinie o takim wpływie oparte są na rozumowaniu zakładającym, że zmniejszenie częstotliwości występowania stanów dysplastycznych szyjki macicy spowoduje zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy, a to przełoży się na spadek śmiertelności z powodu tego nowotworu.

Wszystkie zalecenia podkreślają, iż oprócz dążenia do zaszczepienia dużego odsetka populacji, należy dołożyć starań, aby zapewnić powszechny i systematyczny udział w skryningowych badaniach cytologicznych.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

W trakcie realizacji Programu w każdej szkole na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle przeprowadzane będą spotkania edukacyjne z dziewczętami i chłopcami z rocznika kwalifikującego się do udziału w Programie. Spotkania te prowadzone będą przez położne, które w sposób dostosowany do możliwości poznawczych dzieci w tej grupie wiekowej przybliżą im wiedzę na temat:

- 1) czynników chorobotwórczych i sytuacji sprzyjających rozwojowi chorób nowotworowych;
- 2) zasad działania szczepień ochronnych;
- 3) wirusa HPV, możliwości zakażenia i jego następstw;
- 4) profilaktyki raka szyjki macicy.

Na zakończenie przewidzianych w ramach Programu spotkań edukacyjnych dziewczęta otrzymają informację o planowanych szczepieniach z prośbą o przekazanie jej rodzicom, jak również zaproszenia dla rodziców na spotkanie edukacyjne dotyczące realizowanego Programu, które prowadzi będzie lekarz ginekolog. Każda z dziewcząt otrzyma również ulotkę zawierającą informacje o wirusie HPV.

Miernikami pozwalającymi na sprawdzenie części edukacyjnej szczepień przeciwko wirusowi HPV będą testy przeprowadzone wśród dziewcząt i chłopców z rocznika kwalifikującego się do udziału w Programie sprawdzające wiedzę przekazaną podczas części edukacyjnej.

Test będzie miał na celu sprawdzenie merytorycznej wiedzy dotyczącej szczepień HPV, przekazanej podczas spotkań edukacyjno-informacyjnych m.in.:

- 1) rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych oraz kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych;
- 2) czynniki chorobotwórcze i sytuacje sprzyjające rozwojowi chorób nowotworowych;
- 3) zasady działania szczepień ochronnych;
- 4) wirus HPV, możliwości zakażenia i jego następstwa;
- 5) profilaktyka raka szyjki macicy.

Do działań edukacyjnych będą włączani rodzice, ponieważ jako opiekunowie prawni swoich dzieci muszą wyrazić pisemną zgodę na ich szczepienie. Podczas spotkania zorganizowanego dla nich lekarze specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa udzielą im dodatkowych informacji na temat szczepionki przeciw HPV oraz prowadzonego Programu szczepień. Obniżenie wieku inicjacji

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

seksualnej i liberalizacja kontaktów erotycznych stwarzają potrzebę intensyfikowania edukacji na temat higieny życia płciowego wśród młodzieży. Z punktu widzenia profilaktyki raka szyjki macicy niezbędne są oddziaływania mające na celu wzrost świadomości dotyczącej czynników ryzyka i odpowiedzialności młodych ludzi za swoje życie.

Podczas realizacji Programu planowane jest zaaplikowanie dziewczętom szczepionki przeciwko wirusowi HPV (szczepionka zostanie zakupiona przez realizatora Programu w drodze postępowania przetargowego). Każdorazowo przed szczepieniem pacjentka zostanie przebadana przez lekarza w celu zakwalifikowania jej do szczepienia. Kwalifikacja medyczna oraz szczepienia będą odbywać się w siedzibie realizatora Programu w godzinach rannych i popołudniowych z uwagi na konieczność wyrażenia pisemnej zgody i obecność rodziców podczas szczepienia.

Ponadto Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia wyśle imienne zaproszenie do rodziców informujące o możliwości zaszczepienia ich córki i zachęcające do korzystania przez kobiety z badań profilaktycznych raka szyjki macicy.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału uczestnika w programie jest możliwe na każdym etapie realizacji programu na życzenie rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) walentność szczepionki (w procesie oceny ofert złożonych w odpowiedzi na ogłoszony otwarty konkurs ofert dodatkowe punkty otrzyma szczepionka z najwyższą walentnością),
 - b) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - c) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą szczepienia,
 - d) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą szczepienia,
 - e) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą szczepienia.

Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- I etap Przeprowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych dla dziewcząt i chłopców z rocznika kwalifikującego się do udziału w Programie.
- II etap Przeprowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych dziewcząt kwalifikujących się do udziału w Programie.
- III etap Zebranie podpisanej przez rodziców/opiekunów prawnych dziewcząt pisemnej zgody na wykonanie szczepienia (załącznik).
- IV etap Podanie szczepionki (liczba dawek wynikać będzie ze schematu szczepienia dla danej szczepionki).

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników Programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu.

Edukacja zdrowotna dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy odbywać się będzie w szkołach w wyznaczonych dniach i godzinach. Spotkania edukacyjne dla dziewcząt i chłopców z rocznika

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

kwalfikującego się do udziału w Programie przeprowadzą położne, natomiast dla rodziców lekarze specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa.

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą udzielane w podmiotach leczniczych w gabinetach medycznych oraz w gabinetach zabiegowych wyposażonych w lodówki i zestawy przeciwwstrząsowe. Realizować je będą lekarze specjaliści z dziedziny pediatrii lub ginekologii oraz pielęgniarki posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe (potwierdzone dyplomami).

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie co najmniej jednym lokalem na cały okres realizacji zadania (potwierdzone stosownym dokumentem – tytułem prawnym do lokalu) wraz z oświadczeniem, że lokal spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jaki powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595);
- 2) dysponowanie co najmniej jednym lekarzem o specjalizacji pediatra lub ginekolog (potwierdzone dyplomami) w przypadku wskazania dwóch lub więcej lokali w których realizowany będzie program wymagane jest dysponowanie lekarzem w godzinach szczepień nie nakładających się na poszczególne lokale lub liczbą lekarzy odpowiadającą liczbie lokali;
- 3) dysponowanie co najmniej jedną pielęgniarką posiadającą niezbędne kwalifikacje zawodowe (potwierdzone dyplomami), a w przypadku wskazania dwóch lub więcej lokali w których realizowany będzie program wymagane jest dysponowanie liczbą pielęgniarek odpowiadającą liczbie lokali (potwierdzone dyplomami);
- 4) dysponowanie środkami niezbędnymi do przeprowadzania szczepień potwierdzone stosownymi dokumentami wraz z oświadczeniem, że materiały medyczne potrzebne do realizacji programu zdrowotnego spełniają wszelkie wymogi.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny:

- 1) Zgłaszalności poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych szczepień w stosunku do liczby szczepień zaplanowanych w ramach przyznaných środków;
- 2) Liczby odbiorców edukacji zdrowotnej.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji programu przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń będzie monitorowana na podstawie ankiety wśród rodziców/prawnych opiekunów dziewcząt uczestniczących w Programie.

Miernikami pozwalającymi na sprawdzenie części edukacyjnej szczepień przeciwko wirusowi HPV będą testy przeprowadzone wśród dziewcząt i chłopców z rocznika kwalifikującego się do udziału w Programie sprawdzające wiedzę przekazaną podczas części edukacyjnej.

Test będzie miał na celu sprawdzenie merytorycznej wiedzy dotyczącej szczepień HPV, przekazanej podczas spotkań edukacyjno-informacyjnych m.in.:

- 1) rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych oraz kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych;
- 2) czynniki chorobotwórcze i sytuacje sprzyjające rozwojowi chorób nowotworowych;
- 3) zasady działania szczepień ochronnych;
- 4) wirus HPV, możliwości zakażenia i jego następstwa;
- 5) profilaktyka raka szyjki macicy.

2. Ewaluacja

Ocena skuteczności realizacji programu będzie możliwa dopiero po kilkunastu latach. W chwili obecnej można postawić jedynie hipotezę, iż: stan zdrowia kobiet na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle ulegnie znacznej poprawie, jeżeli chodzi o zachorowalność na raka szyjki macicy ze względu na podjęte działania profilaktyczne tj. szczepienia przeciwko wirusowi HPV.

Miernikami pozwalającymi na sprawdzenie części edukacyjnej szczepień przeciwko wirusowi HPV będą testy przeprowadzone wśród dziewcząt i chłopców z rocznika kwalifikującego się do udziału w Programie sprawdzające wiedzę przekazaną podczas części edukacyjnej.

Test będzie miał na celu sprawdzenie merytorycznej wiedzy dotyczącej szczepień HPV, przekazanej podczas spotkań edukacyjno-informacyjnych m.in.:

- 1) rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych oraz kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych;
- 2) czynniki chorobotwórcze i sytuacje sprzyjające rozwojowi chorób nowotworowych;
- 3) zasady działania szczepień ochronnych;
- 4) wirus HPV, możliwości zakażenia i jego następstwa;
- 5) profilaktyka raka szyjki macicy.

Realizator programu zobowiązany będzie przedłożyć do oferty wzór testu sprawdzającego merytoryczną wiedzę dziewcząt i chłopców z rocznika zakwalifikowanego do udziału w Programie po przeprowadzonych spotkaniach edukacyjno-informacyjnych. W sprawozdaniu końcowym z realizacji zadania niezbędne będzie przedstawienie wyników przeprowadzonego testu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Na koszt realizacji Programu, zgodnie z założeniami organizacyjnymi składa się:

- 1) zakup szczepionek przeciwko wirusowi HPV dopuszczonej do obrotu i stosowania na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych (szczepionka 2-walentna szczepionka Cervarix[®], 9-walentna szczepionka Gardasil 9[®] lub inna szczepionka, która uzyska dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski w trakcie trwania programu zdrowotnego);
- 2) przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia;
- 3) wykonanie usługi szczepień - podanie szczepionki zgodnie ze schematem określonym przez producenta;
- 4) edukacja młodzieży i rodziców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko wirusowi HPV;
- 5) sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Szacunkowy koszt jednostkowy Programu w przeliczeniu na 1 dziecko w poszczególnych latach wynosić będzie około 1.100,00 – 1.200,00 zł w przypadku szczepionki Gardasil 9[®], natomiast w przypadku szczepionki Cervarix[®] szacuje się koszt jednostkowy w granicy 660,00 – 800,00 zł za osobę.

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	230.000,00
2021	230.000,00
2022	230.000,00

Tabela 4. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00 zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

- 1) <http://onkologia.org.pl/nowotwory-szyjki-macicy/>
- 2) <https://www.medme.pl/leki/gardasil-9,17783.html>
- 3) <https://www.medme.pl/leki/cervarix,8156.html>
- 4) <http://onkologia.org.pl/raporty/>
- 5) <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/>
- 6) [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$0-0\\$1-All\\$4-2\\$3-30\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-7\\$2-All\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE28E\\$X0_20-No\\$CEstRelative\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28\\$X1_19-AE28E\\$CEstByCountryTable\\$X2_19-AE28E](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-All$4-2$3-30$6-0,14$5-2008,2008$7-7$2-All$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE28E$X0_20-No$CEstRelative$X1_8-3$X1_9-AE28$X1_19-AE28E$CEstByCountryTable$X2_19-AE28E)
- 7) <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/99295,rak-szyjki-macicy>

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

Kędzierzyn-Koźle, dnia

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie dziecka w ramach programu „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego” finansowanego ze środków publicznych Gminy Kędzierzyn-Koźle

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego / pozostającego pod moją opieką / dziecka

.....PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

szczepionką przeciw wirusowi HPV odpowiedzialnemu m.in. za raka szyjki macicy (komplet dawek).

Dziecko uczęszcza do

.....
(nazwa i adres szkoły)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Gmina Kędzierzyn-Koźle

Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy” na lata 2020-2022

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	3
3. Opis obecnego postępowania	4
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	5
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	5
1. Cel główny	5
2. Cele szczegółowe	5
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	5
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	5
1. Populacja docelowa.....	5
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	6
3. Planowane interwencje.....	7
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... 7	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	7
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	7
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	7
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	8
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	9
1. Monitorowanie	9
2. Ewaluacja	9
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	9
1. Koszty jednostkowe	9
2. Koszty całkowite	10
3. Źródła finansowania.....	10
VII. Bibliografia	10

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Tarczyca jest jednym z najważniejszych gruczołów wewnętrznego wydzielania. Najważniejsza funkcja tarczycy wiąże się tak z produkcją, jak i z wydzielaniem do krwi hormonów trójiodotyroniny (T3) i tyroksyny (T4) odpowiedzialnych za przemianę materii tak w narządach, jak i w tkankach wchodzących w skład naszego organizmu. To właśnie one wpływają zarówno na sposób, w jaki funkcjonuje ludzki układ pokarmowy, jak i serce, ich działanie przyczynia się przy tym i do tego, jak pracują mięśnie oraz układ nerwowy. Do najczęściej występujących chorób tarczycy należą niedoczynność, nadczynność tarczycy oraz guzki tarczycy.

Z nadczynnością tarczycy znaną też jako hipertyroksynemia mamy do czynienia wówczas, gdy liczba hormonów T3 i T4 w istotny sposób przekracza zapotrzebowanie na nie zgłaszane przez organizm. Jej przyczyny mogą być bardzo zróżnicowane, a ich ustalenie w dużej mierze przyczynia się nie tylko do postawienia właściwej diagnozy, ale i do zaproponowania najbardziej skutecznej terapii. Najczęściej zwraca się uwagę na zaburzenia układu immunologicznego, który zamiast chronić organizm przed rzeczywistymi zagrożeniami, wysyła sygnały świadczące o potrzebie zwiększonej produkcji hormonów T3 i T4 nawet pomimo tego, że nie ma takiej potrzeby. Źródłem problemów mogą być również guzki tarczycy, które same wydzielają hormony "nie reagując" na sygnały wysyłane przez kontrolującą ten gruczoł przysadkę mózgową. W zależności od indywidualnych czynników możemy mówić zarówno o jednym, jak i o licznych guzkach, w obu przypadkach mamy jednak do czynienia z nadczynnością gruczołu tarczycy. U pewnej grupy pacjentów diagnozuje się również zapalenie gruczołu tarczowego przyczyniające się w pierwszej kolejności do uszkodzenia pewnej grupy komórek, a następnie do uwolnienia się do krwi zawartych w nich hormonów, bywa zaś i tak, że nadczynność tarczycy jest konsekwencją przyjmowania przez pacjentów pewnych grup leków.

Niedoczynność tarczycy definiowana jest jako zespół objawów klinicznych całego organizmu, które są wywołane niedoborem tyroksyny, a co za tym idzie także niedostatecznym działaniem triiodotyroniny. Zaburzona zostaje w ten sposób gospodarka metaboliczna całego organizmu. Choroba pięciokrotnie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn, a po 60. roku życia jest diagnozowana u 1–6% osób, co świadczy o tym, że częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem.

Guzki tarczycy są litymi (wypełnione komórkami) lub wypełnionymi płynem (torbiele) zmianami w tarczycy, które można wyczuć w badaniu szyi. Jednoznaczna przyczyna powstawania guzków w tarczycy nie jest znana. Stwierdza się je czasami u członków tej samej rodziny, stąd rozwój guzków może być uwarunkowany genetycznie. Wśród innych przyczyn powstawania guzków w tarczycy należy wymienić:

- niedobór jodu w diecie (w Polsce w latach 80. XX wieku występował niedobór jodu, który jest przyczyną częstego występowania guzków tarczycy i wola guzkowego),
- chorobę Hashimoto.

2. Dane epidemiologiczne

Choroby tarczycy są bardzo powszechne i szczególnie często dotyczą kobiet. Wykryte wcześnie, umożliwiają rozpoczęcie odpowiedniego procesu leczenia, a także ograniczenie groźnych powikłań zdrowia pacjentów. Problemy z tarczycą rozpoznaje się już u ponad 300 milionów ludzi żyjących na całym świecie. Nawet 50% nie zdaje sobie z tego sprawy, podczas gdy chorób tarczycy absolutnie nie wolno lekceważyć. Zapadalność na jawną nadczynność tarczycy wynosi u kobiet 500/100.000/rok; wśród mężczyzn liczba ta jest 10-krotnie mniejsza.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

Chorobowość szacuje się na 1,6% u kobiet i 0,14% u mężczyzn. Częstość występowania subklinicznej nadczynności tarczycy jest większa u osób starszych, ale w około 50% przypadków dochodzi do samoistnej normalizacji stężenia hormonu tyreotropowego (TSH). Ryzyko progresji do jawnej nadczynności tarczycy ocenia się na 5% rocznie. 5% wszystkich przypadków nadczynności tarczycy i 5–10% wszystkich pojedynczych guzków tarczycy stanowi guzek autonomiczny. Niedoczynność tarczycy występuje u 1,6% osób do 60 roku życia, przy czym u kobiet około 5-krotnie częściej. Częstość występowania rośnie wraz z wiekiem. Choroby gruczołu tarczycowego są bardzo rozpowszechnione. Częściej dotyczą one kobiet, nawet kilkukrotnie przewyższając liczbą zachorowań u mężczyzn. Występujące patologie mogą dotyczyć zarówno budowy gruczołu, jak i zaburzeń jego czynności. Najczęstsze schorzenia tego narządu to: wole obojętne, nadczynność i niedoczynność tarczycy, zapalenie tarczycy, nowotwory złośliwe tarczycy. Objawy towarzyszące tym schorzeniom nie są charakterystyczne. Często uznawane są za objawy starzenia się organizmu, nieprawidłowej diety lub przemęczenia. Jednak rozwój współczesnych technik diagnostycznych umożliwia coraz szybszą i bardziej precyzyjną diagnozę.

Okres dojrzewania obejmuje lata między 8 a 23 rokiem życia (u dziewcząt 8-22, u chłopców 10-23). Zależy on w dużej mierze od uwarunkowań genetycznych. Znacznie mniejszy, jakkolwiek znaczący wpływ na kształtowanie się fazy dorastania odgrywają czynniki środowiskowe, takie jak żywienie, tryb życia i status ekonomiczno-społeczny. Należy pamiętać o niemałej grupie osób młodych (ok. 1,5% populacji), które wymagają specjalnej opieki w fazie przechodzenia z dzieciństwa do wieku dojrzałego. W wieku dojrzewania bierze swój początek niedoczynność tarczycy nabyta, która rozwija się najczęściej na podłożu pozapalnym. Przebieg choroby jest powolny, a rozpoznanie często zostaje postawione po przypadkowym wykryciu podwyższonego poziomu TSH we krwi (>4 jU/l). Cechy kliniczne budzące podejrzenie niedomogi tarczycy to, między innymi spowolnienie, senność, uczucie zimna, zaparcie. Częściej, zwłaszcza u dojrzewających dziewcząt, występuje autoimmunologiczne, limfocytowe zapalenie tarczycy typu Hashimoto, które po krótkiej fazie nadczynności przechodzi w niedoczynność tarczycy. Niewielki odsetek niedoczynności tarczycy u osób młodych może być związany z wrodzonym błędem morfogenezy gruczołu o typie hipoplazji, która produkuje hormon w ilości początkowo wystarczającej dla stymulacji rozwoju dziecka, ale w okresie pokwitania, kiedy zapotrzebowanie na HT wzrasta, dochodzi do klinicznych cech niedoboru tych hormonów. Obecnie problemem pozostaje choroba guzkowa tarczycy, w dużej części mająca związek z przewlekłym powiększeniem tarczycy.

3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie chorób tarczycy, w szczególności nowotworów, wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2024, cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek skierować pacjenta na te badania diagnostyczne, które są niezbędne w prowadzonym przez niego leczeniu lub – gdy kieruje pacjenta do poradni specjalistycznej albo na leczenie szpitalne – zlecić badania umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może zlecać wykonanie badań znajdujących się w wykazie świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i nieobrazowej, zawartym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 poz. 736).

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Przygotowując Program zwrócono się m.in. do podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle o wskazanie kierunków badań profilaktycznych, jakie powinny być realizowane przez Gminę na rzecz mieszkańców miasta. Wiele podmiotów wskazało program wczesnego wykrywania tarczycy. Mimo, iż badania są dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej badania obejmą szerszą grupę mieszkańców a wczesne rozpoznanie choroby pozwoli na szybką interwencję medyczną.

Tarczycza jest jednym z najważniejszych gruczołów wewnętrznego wydzielania. W Polsce choroby tarczycy są bardzo rozpowszechnione i są najczęstszymi chorobami układu wydzielania wewnętrznego. Kobiety zapadają na choroby tarczycy osiem razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zapadalności przypada na wiek 30-50 lat. Około 50-60 % dorosłych ma guzki tarczycy, z czego 5 % to rak tarczycy. Raka tarczycy stwierdza się obecnie u co 10-tego chorego leczonego operacyjnie z powodu wola. Wprowadzenie programu pozytywnie zaopiniował również konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

2. Cele szczegółowe

- 1) Wczesne wykrywanie niektórych schorzeń tarczycy (nadczynności tarczycy, niedoczynności tarczycy oraz guzków tarczycy);
- 2) Edukacja osób kwalifikujących się do Programu w zakresie zaleceń profilaktycznych- odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie leczenia schorzenia tarczycy;
- 3) Zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy;
- 4) Zwiększenie wiedzy na temat wpływu gruczołu tarczycy na organizm człowieka.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) Liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) Liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi;
- 4) Świadczeniobiorcy biorący udział w Programie zostaną zobowiązaniu do wypełnienia ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności schorzeń tarczycy;
- 5) Finalnym miernikiem efektywności widocznym dopiero po 2-3 roku programu- redukcja rocznej wykrywalności schorzeń tarczycy.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to młodzież w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia oraz kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 33 do 63 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

Gminy Kędzierzyn-Koźle. W przypadku młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia przebywających w rodzinach zastępczych dopuszcza się meldunek tymczasowy na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle trwający krócej niż rok.

	2020		2021		2022	
	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
Młodzież 13-18	2.915	67	3.010	37	3.071	35
Dorośli 33-63	24.881	365	24.808	381	24.704	389
Suma	27.796	432	27.818	418	27.775	424
	Razem 27.863 osób		Razem 28.601 osób		Razem 28.199 osób	

Tabela 1. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2020-2022 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 705 osób.

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

1) Kryteria włączenia:

- a) młodzież w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia,
- b) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 33 do 63 roku życia,
- c) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania),
 - na pobyt czasowy poniżej roku w przypadku młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia przebywającego w rodzinie zastępczej.

2) Kryteria wyłączenia:

- a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
- c) brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
- d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej.

3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
- b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,
- d) ogłoszenia parafialne,
- e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki. Na zlecenie Gminy, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami-lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie ultrasonograficzne badanie tarczycy, oznaczenie poziomu hormonu tyreotropowego (TSH), oznaczenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4) oraz kampanię informacyjno-edukacyjną. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badanie przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół lekarzy i pielęgniarek. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

Dowodami na skuteczność programu będzie ankieta wypełniona przez uczestników lub ich rodziców/ opiekunów prawnych zawierająca ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w kierunku wykrywalności schorzeń tarczycy. Ankieta jest poufna, zawiera informacje dotyczące m.in.: codziennej aktywności fizycznej, regularności posiłków, spożywania alkoholu, diety bogatej w białko pełnowartościowe, spożycia tłuszczu, picia odpowiedniej ilości płynów, zapewnienia odpowiedniej podaży jodu.

Na podstawie ankiety oceniany jest poziom ryzyka wykrycia schorzeń tarczycy. W razie stwierdzenia podwyższonego ryzyka zachorowania na którąkolwiek z chorób tarczycy, pacjent jest kierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Endokrynologicznej.

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Objęte Programem osoby będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. W przypadku młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia konieczna będzie obecność i pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie polityki zdrowotnej.

Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Pacjent uczestniczący w programie otrzyma informację z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 3) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

- d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 4) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) edukację osób kwalifikujących się do Programu w zakresie zaleceń profilaktycznych-odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie leczenia schorzenia tarczycy;
- 2) zebranie podpisanej przez rodzica/opiekuna prawnego młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia pisemnej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej,
- 3) badanie ultrasonograficzne tarczycy po badaniu pacjenci będą kierowani do laboratorium w celu oznaczenia poziomu hormonu tyreotropowego (TSH) oraz stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4);
- 4) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach tarczycy, jak również ocenę udzielonego świadczenia w ramach Programu.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle. Kampania edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle przy wsparciu realizatorów Programu. Na zlecenie Gminy oraz realizatora, za pomocą lokalnych mediów przeprowadzone zostaną wywiady ze specjalistami- lekarzami, będące częścią kampanii informacyjno-edukacyjnej.

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- 1) przez wykorzystanie mass-mediów: media społecznościowe, lokalna prasa, telewizja, radio;
- 2) informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 3) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych o programie wśród mieszkańców gminy.

Organizowane będą happeningi promujące badania profilaktyczne podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich. Zadanie ma na celu umożliwić mieszkańcom kontakt z lekarzami z dziedziny endokrynologii. Obecnie zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia średni czas oczekiwania na wizytę do poradni endokrynologicznej w Kędzierzynie-Koźlu wynosi 379 dni (stan na 23.04.2019 r.).

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog, pielęgniarki);
- 2) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 poz. 1371 z późn. zm.);

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

- 3) dysponowanie co najmniej dwoma lokalami, w których prowadzony będzie program zdrowotny, składającymi się z punktu pobrania materiału do badań, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego, pracowni USG i rejestracji pacjentów, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 poz. 595), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 4) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
- 5) dysponowanie sprzętem do badań USG (aparaty do USG potwierdzone stosownymi dokumentami, w tym nazwy aparatów, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu), dopuszczonymi do stosowania i wykrywania zmian metabolicznych w obrębie tarczycy;
- 6) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 7) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu, sposobu jego realizacji i dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń przez pacjenta w Programie będzie monitorowana na podstawie: przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w kierunku wykrywalności schorzeń tarczycy, jak również zadowolenia pacjenta z udzielonego świadczenia w ramach Programu.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie;
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2002 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2018 roku z badań skorzystało 719 mieszkańców gminy (spośród wszystkich badanych u 25% stwierdzono nieprawidłowe wyniki TSH i FT4).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Na koszt realizacji Programu, zgodnie z założeniami organizacyjnymi składa się:

- 1) ultrasonograficzne badanie tarczycy (50,00zł),

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

- 2) badanie poziomu hormonu tyreotropowego oraz oznaczenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny (35,00zł)

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie około 85zł.

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionym w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	60.000,00
2021	60.000,00
2022	60.000,00

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku około 1.250,00zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

VII. Bibliografia

- 1) <http://www.pzp.umed.wroc.pl/pdf/2014/4/4/333.pdf>
- 2) <http://www.endokrynologia.net/tarczycza/objawy>
- 3) Piotr Gajewski, Interna Szczeklika – mały podręcznik 2018/2019, Medycyna Praktyczna, Warszawa 2019
- 4) <http://www.czytelniamedyczna.pl/2711,medycyna-wieku-modzieczego-wybrane-problemy-endokrynologiczne-i-psychospoleczne-r.html>

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy

Kędzierzyn-Koźle, dnia

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy” finansowanego ze środków publicznych Gminy Kędzierzyn-Koźle

Ja,

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

zam.

.....
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę udział w Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy
mojego / pozostającego pod moją opieką / dziecka

.....PESEL.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

Gmina Kędzierzyn-Koźle

**Program Polityki Zdrowotnej
pn. „Program profilaktyki i wczesnego
wykrywania raka szyjki macicy”
na lata 2020-2022**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.)

Kędzierzyn-Koźle, 2019

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1. Opis problemu zdrowotnego	3
2. Dane epidemiologiczne	4
3. Opis obecnego postępowania	5
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	6
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	7
1. Cel główny	7
2. Cele szczegółowe	7
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	7
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	7
1. Populacja docelowa.....	7
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	8
3. Planowane interwencje.....	8
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej... 9	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	9
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	9
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	9
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	10
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	10
1. Monitorowanie	10
2. Ewaluacja	11
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	11
1. Koszty jednostkowe	11
2. Koszty całkowite	11
3. Źródła finansowania.....	11
VII. Bibliografia	12

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Rak szyjki macicy - nowotwór złośliwy, którego pierwotnym miejscem powstania jest tkanka nabłonkowa (pochodzenie ektodermalne). W obrębie szyjki macicy rak może się rozwinąć z nabłonka płaskiego, pokrywającego tarczę szyjki (rak płaskonabłonkowy) lub z nabłonka gruczołowego wyściełającego kanał szyjki (rak gruczołowy). Inwazyjnego raka szyjki macicy poprzedza stan zwany wewnątrz nabłonkową neoplazją szyjki macicy (CIN) - dawniej określany jako dysplazja szyjki macicy albo rak przedinwazyjny. CIN może ulegać przekształceniu do raka inwazyjnego, ale sama postać CIN zwykle nie stanowi zagrożenia dla zdrowia kobiety. Dlatego tak istotne jest wczesne wykrycie zmian typu CIN w badaniu cytologicznym i zastosowanie odpowiedniego leczenia. Na rozwój raka szyjki macicy wpływa wiele różnych czynników. Istnieje wyraźny związek między aktywnością seksualną kobiety a ryzykiem powstania stanu przedrakowego lub raka szyjki macicy. Wcześniej rozpoczęte współżycie seksualne i częste zmiany partnerów ułatwiają infekcje wirusem HPV, który jest przenoszony drogą płciową. Rozwój raka inwazyjnego poprzedza stosunkowo długi okres zmian przedrakowych (neoplazja wewnątrz nabłonkowa/dysplazja/rak przedinwazyjny). Ze stanem przedrakowym mamy do czynienia wtedy, gdy w komórkach nabłonka szyjki macicy wykryte zostaną pewne nieprawidłowości. Zmienione chorobowo komórki, z których może rozwinąć się nowotwór określa się mianem komórek dysplastycznych, a stan taki dysplazją szyjki macicy. Nie stanowi to jeszcze zagrożenia życia. W porę wykryte pozwalają na szybkie podjęcie odpowiedniego leczenia niedopuszczającego do dalszego rozwoju choroby i umożliwiającego całkowite wyleczenie. Nieleczona dysplazja szyjki macicy z czasem może się przekształcić w raka szyjki macicy.

W momencie kiedy komórki dysplastyczne przekształcą się w komórki rakowe powstaje tzw. rak przedinwazyjny. Jego zasięg ograniczony jest wyłącznie do nabłonka szyjki macicy. Nie sięga głęboko lecz ogranicza się do jednego miejsca. Jeżeli komórki nowotworowe zaczną wnikać głębiej i przekraczają granicę nabłonka wtedy mamy do czynienia z rakiem inwazyjnym. W tym przypadku sprawa jest już bardzo poważna, ale jeszcze najczęściej wyleczalna. Zaniechanie leczenia może doprowadzić do rozwoju uogólnionej choroby nowotworowej. Komórki nowotworowe zaczną atakować narządy sąsiadujące jak również dawać przerzuty np. do wątroby czy płuc, w rezultacie doprowadzając do zgonu. Dlatego należy zdać sobie sprawę z tego jak niezmiernie ważne jest to, by nie przeoczyć pierwszych oznak sugerujących początek choroby. Wykrycie zmian przedrakowych znacznie zmniejsza zapadalność na raka inwazyjnego.

Skuteczną profilaktyką jest badanie cytologiczne i test DNA HPV. Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skrining cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. Badanie cytologiczne jest elementem podstawowym w profilaktyce raka szyjki macicy, jednak nie wykrywa wszystkich przypadków choroby ze względu na ograniczoną czułość. Zakażenie HPV można wykryć jedynie poprzez specjalistyczne badanie molekularne, wykonując test DNA HPV. Test polega na wykryciu materiału genetycznego wirusa (DNA) w wymazie cytologicznym z szyjki macicy utrwalonym w podłożu transportowym. Jednoczesne wykonanie takiego testu wraz z badaniem cytologicznym pomaga w identyfikacji kobiet obarczonych wysokim ryzykiem raka szyjki macicy. Pobranie wymazu na badanie DNA HPV odbywa się identycznie jak dla badania cytologicznego. Pozytywny wynik testu na HPV nie oznacza, że pacjentka zachoruje na raka szyjki macicy – oznacza to, że jest w grupie wysokiego ryzyka, co pozwala na podjęcie odpowiednich kroków zapobiegających rozwojowi choroby.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy:

- 1) infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV),
- 2) wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem),
- 3) wczesne rozpoczęcie życia seksualnego,
- 4) duża liczba partnerów seksualnych,
- 5) duża liczba porodów,
- 6) niski status społeczny i ekonomiczny,
- 7) palenie papierosów,
- 8) stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym,
- 9) partnerzy seksualnie niemonogamiczni, z infekcją HPV (ryzyko zachorowania wzrasta 20-krotnie).

Prawdopodobne czynniki ryzyka:

- 1) wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych,
- 2) niewłaściwa dieta, m.in. pozbawiona witaminy C,
- 3) zakażenie wirusem HIV,
- 4) stany zapalne narządów płciowych przenoszące się drogą płciową inne niż zakażenie HIV, m.in. rzeźsistki, Chlamydia, wirusy opryszczki.

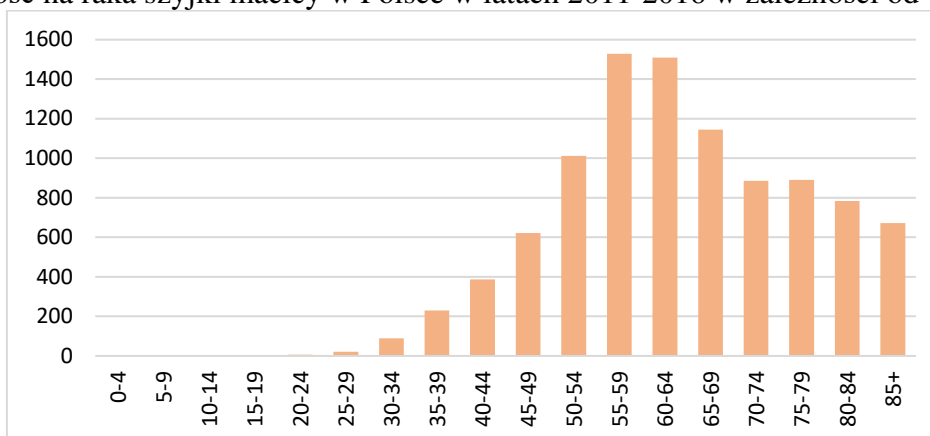
2. Dane epidemiologiczne

Na całym świecie rak szyjki macicy jest czwartym najczęściej występującym rakiem u kobiet, z szacunkową liczbą 570.000 nowych przypadków w 2018 r., Co stanowi 7,5% wszystkich zgonów kobiet z powodu raka. Szacuje się, że każdego roku ponad 311 000 zgonów z powodu raka szyjki macicy¹.

W Europie każdego roku rozpoznaje się około 60.000 nowych przypadków raka szyjki macicy, a w Polsce diagnozę tej choroby słyszy każdego roku około 3 tysiące kobiet. Polska należy do krajów o największej liczbie zakażeń wirusem HPV w Europie. Corocznie umiera u nas 60% kobiet chorujących na raka szyjki macicy, co sprawia, że umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy jest w naszym kraju o 88% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej i wynosi: 9,4 na 100 tys. kobiet natomiast w województwie opolskim zgodnie z danymi Opolskiego Rejestru Nowotworów w 2016 roku wynosił 3,1 na 100 tys. kobiet.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w przeważającej liczbie przypadków ofiarami raka szyjki macicy i innych wspomnianych wyżej nowotworów są kobiety powyżej 50 roku życia.

Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2011-2016 w zależności od wieku:



Wykres 1. Zgony kobiet na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2011-2016 w zależności od wieku, źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

¹ [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Lata		2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)	Zachorowania	84	79	73	100	70	69
	Zgony	43	54	56	43	54	33
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)	Zachorowania	139	196	199	168	184	196
	Zgony	23	35	37	54	55	46
Nowotwór złośliwy sromu (C51)	Zachorowania	9	11	10	15	17	24
	Zgony	6	7	9	8	8	10
Nowotwór złośliwy pochwy (C52)	Zachorowania	1	1	5	4	2	4
	Zgony	1	1	2	1	0	3

Tabela 1. Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy, trzonu macicy, sromu i pochwy w latach 2011-2016 (liczby bezwzględne) wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów.

3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373 z późn. zm.) definiuje świadczenie zdrowotne jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ww. ustawie to świadczenie gwarantowane.

Profilaktyka raka szyjki macicy realizowana aktualnie w Polsce sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów. Standardowym postępowaniem w zapobieganiu rakowi szyjki macicy w profilaktyce wtórnej są okresowe badania cytologiczne, w podejrzanych przypadkach uzupełnione kolposkopią z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego. Postępowanie takie pozwala na wczesne diagnozowanie raka szyjki macicy i usunięcie go metodami małoinwazyjnymi.

Ogólnopolski program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy przewiduje wykonanie badania cytologicznego przez wszystkie kobiety ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, które mieszczą się w grupie wiekowej 25-59 lat; nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 3 lat, obciążone są czynnikami ryzyka takimi jak: zakażenie wirusem HIV, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, zakażonych HPV- typem wysokiego ryzyka, które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W przypadku stwierdzenia niepokojących zmian - skierowanie pacjentek na dalszą diagnostykę.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wczesne wykrywanie raka szyjki macicy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 poz. 469).

Rak szyjki macicy niesie za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Na ekonomiczne czynniki wpływają: wysokie koszty diagnostyki, profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy oraz związane z tą chorobą, straty wynikające z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności kobiet. Analizy medyczno-ekonomiczne zestawiające koszty skryningu z kosztami leczenia w Polsce wskazują, że przedłużenie o jeden rok życia kobiety, u której wykryto raka szyjki macicy w badaniu przesiewowym, to koszt 4.000 zł, natomiast przedłużenie życia o rok u kobiety, u której raka wykryto w wyniku rutynowej diagnostyki, kosztuje ponad 20.000 zł. Aby uświadomić sobie ogólnokrajową skalę kosztów wydatkowanych na leczenie, trzeba wziąć pod uwagę, że rocznie na raka szyjki macicy zapada ponad 3.200 kobiet, a ich leczenie najczęściej dotyczy II stopnia zaawansowania choroby.

Z powodu raka szyjki macicy umierają kobiety w okresie wysokiej aktywności społecznej i zawodowej, co z kolei ma niebagatelne konsekwencje zarówno na poziomie rodziny, jak i społeczeństwa. Zawieszane zostają różne sfery aktywności związane choćby z pracą zawodową, nauką czy udziałem w życiu społecznym. Straty związane z ograniczeniem aktywności zawodowej - mogą być wymierne w kategoriach ekonomicznych, podobnie jak koszty hospitalizacji, leków, stosowanych terapii czy zasiłków chorobowych i rent z tytułu niezdolności do pracy. Straty społeczne wynikłe nawet z czasowego zmniejszenia kapitału aktywności ludzkiej są niepoliczalne. Społeczeństwo ponosi ogromne straty, gdy z życia społecznego przedwześnie odchodzą jednostki posiadające kompetencje zawodowe, rodzicielskie i społeczne.

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – Dz. U. z 2018 poz. 469);
- 2) zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi oraz przekonanie do stosowania profilaktyki wtórnej poprzez badania cytologiczne.

W wyniku realizacji Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania szyjki macicy połączonego z gminnym Programem profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przy zmniejszeniu liczby kobiet zagrożonych zachorowaniem na raka szyjki macicy oraz inne choroby zależne od HPV, koszty opieki zdrowotnej mogłyby również ulec znacznemu obniżeniu. Nieodłącznym elementem profilaktyki jest edukacja zdrowotna, która powinna uświadamiać społeczeństwo jak postępować, aby choroby uniknąć.

Rak szyjki macicy nie rozwija się z dnia na dzień. Od chwili zarażenia upłynąć może nawet 20 lat. Jest to wystarczająco długo, by w porę rozpoznać i wyleczyć podejrzaną zmianę. O ile badania kontrolne robione są regularnie. Podstawowym, o którym ginekolodzy wciąż przypominają wszystkim pacjentkom, jest cytologia. U aktywnych seksualnie pierwsza powinna wykonana być około 25. r. ż., a w przypadku wczesnej inicjacji seksualnej 3 lata po pierwszym stosunku. A potem najlepiej powtarzać ją co roku. Raz na 3 lata każda kobieta wieku 25-59 lat może zrobić ją bezpłatnie. Przy obecności zmienionych komórek w wymazie wskazane jest wykonanie testu na obecność DNA wirusa w tkance. Daje on jednoznaczny i wiarygodny wynik, a także określa, czy doszło do zakażenia typem niskiego czy wysokiego

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

ryzyka. Badanie wykonać można w ramach refundacji NFZ (konieczne jest skierowanie i aktualny wynik cytologii) lub odpłatnie.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy.

2. Cele szczegółowe

- 1) zwiększenie świadomości kobiet na temat występowania raka szyjki macicy;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy;
- 3) zwiększenie liczby wykrywanych przypadków nowotworów szyjki macicy we wczesnym stadium choroby, w którym włączenie leczenia może spowodować całkowite wyleczenie lub zahamować jego rozwój;
- 4) zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji;
- 5) wykrycie w trakcie badań i objęcie szczególną opieką kobiet z grup ryzyka;
- 6) zwiększenie motywacji do udziału w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, finansowanym ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

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

1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 56.061 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 871 osób (stan na dzień 25.07.2019 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to kobiety zamieszkujące na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) w wieku 18-24 oraz 60-69 roku życia.

	2020		2021		2022	
	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy	Pobyt stały	Pobyt czasowy
Kobiety 18-24	1.696	52	1.662	48	1.620	42
Kobiety 60-69	4.409	21	4.403	26	4.350	26
Suma	6.105	73	6.065	74	5.970	68
	Razem 6.178 kobiet		Razem 6.139 kobiet		Razem 6.038 kobiet	

Tabela 2. Szacowana liczba kobiet w wieku 18-24 oraz 60-69 zameldowanych na pobyt stały i czasowy w latach 2020-2022 (lata 2020-2022 stan na dzień 30.07.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Edukacją zostaną objęte wszystkie kobiety zamieszkujące gminę. Edukacja zostanie poszerzona o promocję bezpłatnych badań profilaktycznych realizowanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

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

- 1) Kryteria włączenia:
 - a) kobiety w przedziale wiekowym od 18 do 24 roku życia oraz 60-69 roku życia,
 - b) w dniu wykonania badania pacjentka musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
 - na pobyt stały, lub
 - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania)
- 2) Kryteria wyłączenia:
 - a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
 - b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej więcej niż jeden raz w danym roku kalendarzowym,
 - c) brak zameldowania na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle na pobyt stały lub pobyt czasowy trwający powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania w ramach programu polityki zdrowotnej),
 - d) wymeldowanie się w dniu uczestnictwa w programie polityki zdrowotnej,
 - e) programem nie mogą być objęte kobiety, które już wcześniej leczyły się z powodu nowotworu szyjki macicy o charakterze złośliwym.
- 3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:
 - a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
 - b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
 - c) media społecznościowe,
 - d) ogłoszenia parafialne,
 - e) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
 - f) audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
 - g) publikacje prasowe dotyczące Programu.

Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie i zachęcające do profilaktyki.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatorów Programu.

3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie przeprowadzenie badania ginekologicznego, pobranie materiału do badania cytologicznego oraz DNA HPV (wykrycie i genotypowanie 14 typów HPV: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) oraz kampanię informacyjno-edukacyjną. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Gminny Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy będzie wypełniał lukę w systemie opieki zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy skierowane są do kobiet w wieku 25 - 59 lat. Program będzie również uzupełnieniem gminnego „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego” polegającego na zaszczepieniu dziewcząt w wieku 12 i 13 lat szczepionką przeciwko wirusowi HPV. Głównym celem tego Programu jest również obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy oraz innych chorób zależnych od wirusa HPV.

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Osoby objęte Programem będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Rejestracja pacjentów następować będzie osobiście lub telefonicznie w godzinach wyznaczonych przez realizatorów Programu.

Termin badania będzie dostosowany do pacjentki. Badania odbywać się będą w podmiotach leczniczych w godzinach rannych i popołudniowych.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Każda pacjentka otrzyma wyniki badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców w czterech rejonach miasta, wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa:
 - a) Rejon I – osiedle Rogi, osiedle Zachód, osiedle Południe, osiedle Stare Miasto i osiedle Kłodnica;
 - b) Rejon II – osiedle Pogorzelec;
 - c) Rejon III – osiedle Śródmieście, osiedle Kuźniczka i osiedle Azoty
 - d) Rejon IV – osiedle Blachownia, osiedle Cisowa, osiedle Piasty, osiedle Sławęcice, osiedle Lenartowice i osiedle Miejsce Kłodnickie.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

- 2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 3) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- 1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- 2) edukacja w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

- 3) pobranie materiału do badań; przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki typu cyto-brush;
- 4) przeprowadzenie badania ginekologicznego kobiet w wieku 18-24 oraz 60-69 lat;
- 5) wysłanie materiałów do pracowni diagnostycznej, z którą podmiot ma podpisaną umowę;
- 6) wręczenie pacjentce wyników badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników Programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności raka szyjki macicy.

Program będzie miał również charakter edukacyjno-informacyjny. Edukacją zostaną objęte wszystkie kobiety zamieszkałe na terenie gminy. Edukacja prowadzona będzie przez wykwalifikowaną kadrę lekarzy ginekologów. Edukacja zostanie poszerzona o promocję bezpłatnych badań profilaktycznych realizowanych w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

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

Edukacja zdrowotna dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy przeprowadzona będzie przez realizatora przed badaniem ginekologicznym i cytologią.

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.: lekarz specjalista ginekolog - położnik mający doświadczenie w interpretacji wyników badań w zakresie chorób macicy, szyjki macicy, we współpracy z pracownią histopatologiczną - potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 2) dysponowanie sprzętem medycznym w zakresie badań ginekologicznych i badań cytologicznych – potwierdzone stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 3) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz. 739) składającym się z co najmniej jednego gabinetu lekarskiego - potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 4) dysponowanie umową z pracownią histopatologiczną na cały okres realizacji badania.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny zgłaszalności do programu. Ocena zgłaszalności zostanie określona poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji Programu będzie prowadzona przez upoważnionych pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. W ramach oceny jakości świadczeń przez realizatora programu przeprowadzona zostanie ankieta pozyskująca wiedzę na temat satysfakcji beneficjentek programu i/lub lekarzy w ramach realizacji zadania.

2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

- 1) zgłaszalności osób do udziału w Programie,
- 2) liczby osób z prawidłowym wynikiem badania,
- 3) liczby osób z wykrytymi zmianami chorobowymi.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy polegającego na wykonaniu badania ginekologicznego, cytologii i edukacji prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle od 2001 roku. W 2015 roku z badań skorzystało 467 kobiet. Spośród pobranych rozmazów cytologicznych otrzymano 447 prawidłowych wyników. W 4 przypadkach badania wymagały powtórki ze względu na zaginięcie preparatu. Zmiany patologiczne stwierdzono u 4 pacjentek. Pacjentki są obecnie pod stałą kontrolą i prowadzona jest dalsza diagnostyka.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt jednostkowy 1 badania ginekologicznego wraz z pobraniem i przesłaniem materiału do pracowni diagnostycznej, z którą podmiot ma podpisaną umowę w poszczególnych latach wynosić będzie około 250,00 zł.

2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2020	42.000,00
2021	42.000,00
2022	42.000,00

Tabela 3. Przewidywany koszt całkowity w latach 2020-2022, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 1.250,00 zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, nie wyklucza się możliwości pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł. Jeśli istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej ze środków zewnętrznych, wówczas o wielkości udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Kędzierzyn-Koźle będą decydować zasady określone w umowie.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

VII. Bibliografia

- 1) <https://www.who.int/cancer/cervical-cancer>
- 2) <http://onkologia.org.pl/nowotwory-szyjki-macicy/>
- 3) <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/99295,rak-szyjki-macicy>
- 4) [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- 5) <http://www.gpsk.am.poznan.pl/profilaktyka-raka-szyjki-macicy/testy-w-kierunku-wirusa-hpv.html>
- 6) <http://kurier.pap.pl/profilaktyka/rak-szyjki-macicy-rozwija-sie-dlugo-profilaktyka-jest-latwo-dostepna>
- 7) http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_wojewodztwa