

Załącznik
Załącznik nr 11
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2017-2019

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc”

2017 r. – 2019 r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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

Najczęstsze choroby układu oddechowego:

- astma oskrzelowa
- gruźlica
- mukowiscydoza
- odma opłucnowa
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
- pylica płuc
- rozstrzenie oskrzeli
- rak płuca
- sarkoidoza
- śródmiąższowe choroby płuc
- zapalenie oskrzeli
- 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 izoniazidem. Leczenie gruźlicy wielolekoopornej jest o wiele bardziej kosztowne aniżeli wywołanej prątkami wrażliwymi na leki podstawowe.

b. Epidemiologia:

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.

f. *W. Koł*

**Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce
w latach 2004 – 2013 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+ |
| RAZEM | | | | | | | | | | | | |
| 2004 | 9.493 | 120 | 129 | 2.836 | 3.835 | 2.573 | 24,9 | 1,9 | 4,2 | 20,3 | 39,5 | 51,7 |
| 2005 | 9.269 | 99 | 156 | 2.717 | 3.760 | 2.537 | 24,3 | 1,6 | 5,3 | 19,4 | 38,0 | 50,9 |
| 2006 | 8.587 | 69 | 156 | 2.529 | 3.655 | 2.178 | 22,5 | 1,1 | 5,5 | 18,0 | 36,4 | 42,8 |
| 2007 | 8.614 | 74 | 135 | 2.538 | 3.762 | 2.105 | 22,6 | 1,2 | 4,9 | 18,0 | 37,0 | 41,1 |
| 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 |

Tabela 1. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce w latach 2004-2013 w grupach wieku, źródło: Epidemiologia gruźlicy w Polsce i na świecie, Maria Korzeniewska-Kosela, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

**Zapadalność na gruźlicę na świecie
w 2013 roku**

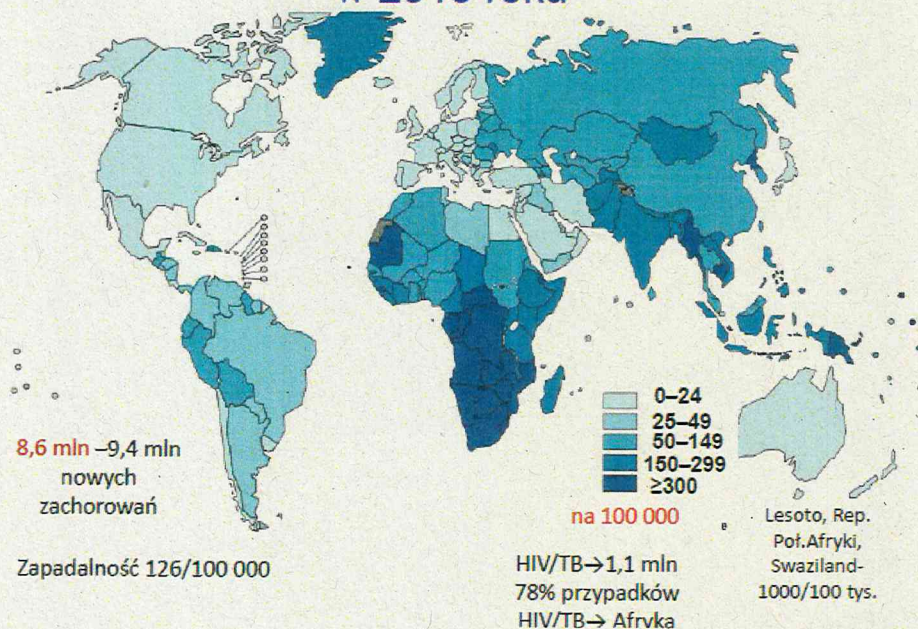


Tabela 2. Zapadalność na gruźlicę na świecie w roku 2013, źródło: : Epidemiologia gruźlicy w Polsce i na świecie, Maria Korzeniewska-Kosela, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

JK

Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci
wg płci - mężczyźni - w Polsce w roku 2013.
Współczynniki na 100.000 mężczyzn.

| Województwa | Współczynniki | Ranking województw | Współczynniki |
|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Polska | 26,8 | Polska | 26,8 |
| Dolnośląskie | 32,8 | Wielkopolskie | 13,8 |
| Kujawsko-pomorskie | 24,7 | Podlaskie | 17,8 |
| Lubelskie | 36,7 | Podkarpackie | 18,2 |
| Lubuskie | 27,9 | Warmińsko-mazurskie | 18,3 |
| Łódzkie | 33,3 | Zachodnio-pomorskie | 20,8 |
| Małopolskie | 23,3 | Pomorskie | 23,0 |
| Mazowieckie | 30,5 | Małopolskie | 23,3 |
| Opolskie | 24,4 | Opolskie | 24,4 |
| Podkarpackie | 18,2 | Kujawsko-pomorskie | 24,7 |
| Podlaskie | 17,8 | Lubuskie | 27,9 |
| Pomorskie | 23,0 | Mazowieckie | 30,5 |
| Śląskie | 35,5 | Dolnośląskie | 32,8 |
| Świętokrzyskie | 33,7 | Łódzkie | 33,3 |
| Warmińsko-mazurskie | 18,3 | Świętokrzyskie | 33,7 |
| Wielkopolskie | 13,8 | Śląskie | 35,5 |
| Zachodnio-pomorskie | 20,8 | Lubelskie | 36,7 |

Tabela 3. Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wg płci- mężczyźni – w Polsce w roku 2013, źródło: : Epidemiologia gruźlicy w Polsce i na świecie, Maria Korzeniewska-Kosęła, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci
wg płci - kobiety - w Polsce w roku 2013. Współczynniki na 100.000 kobiet.

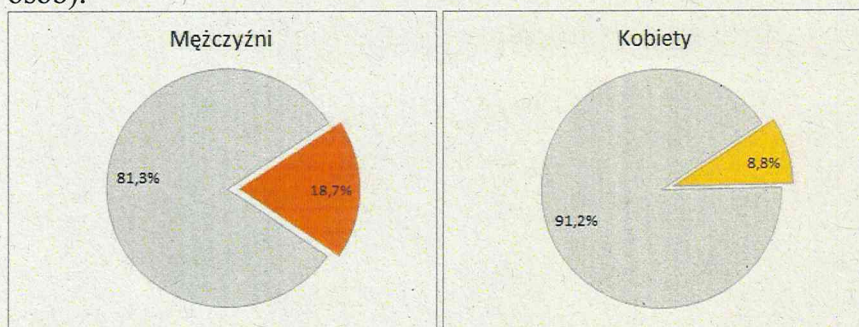
| Województwa | Współczynniki | Ranking województw | Współczynniki |
|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Polska | 11,4 | Polska | 11,4 |
| Dolnośląskie | 13,2 | Wielkopolskie | 6,2 |
| Kujawsko-pomorskie | 9,0 | Zachodnio-pomorskie | 7,3 |
| Lubelskie | 18,6 | Podlaskie | 7,5 |
| Lubuskie | 13,3 | Podkarpackie | 8,2 |
| Łódzkie | 13,2 | Pomorskie | 8,4 |
| Małopolskie | 10,5 | Warmińsko-mazurskie | 8,4 |
| Mazowieckie | 14,5 | Kujawsko-pomorskie | 9,0 |
| Opolskie | 9,2 | Opolskie | 9,2 |
| Podkarpackie | 8,2 | Małopolskie | 10,5 |
| Podlaskie | 7,5 | Śląskie | 13,1 |
| Pomorskie | 8,4 | Dolnośląskie | 13,2 |
| Śląskie | 13,1 | Łódzkie | 13,2 |
| Świętokrzyskie | 15,4 | Lubuskie | 13,3 |
| Warmińsko-mazurskie | 8,4 | Mazowieckie | 14,5 |
| Wielkopolskie | 6,2 | Świętokrzyskie | 15,4 |
| Zachodnio-pomorskie | 7,3 | Lubelskie | 18,6 |

Tabela 4. Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wg płci- kobiety – w Polsce w roku 2013, źródło: : Epidemiologia gruźlicy w Polsce i na świecie, Maria Korzeniewska-Kosęła, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Z ponad 12,7 nowotworów zdiagnozowanych na świecie około 13% (1.6 miliona) stanowiły nowotwory płuca. Nowotwory płuca są najczęściej diagnozowanym nowotworem na świecie wśród mężczyzn i najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów (1.4 miliona zgonów, 18%). Nowotwory złośliwe płuca stanowią u mężczyzn około 18,7% zachorowań, u kobiet 8,8% zachorowań. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe płuca występuje po 50 roku życia

d
Kaw

(96 % zachorowań u mężczyzn i 95 % zachorowań u kobiet), przy czym około 50 % zachorowań u obu płci przypada na populację osób po 65 roku życia. Ryzyko zachorowania na raka płuca wzrasta z wiekiem osiągając szczyt u mężczyzn w ósmej dekadzie życia (455 na 100 tys. osób), u kobiet na przełomie szóstej i siódmej dekady życia (100 na 100 tys. osób).



Wykres 1. Częstość zachorowań na raka płuca w Polsce w 2013 roku, źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu:

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 58.277 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 1.239 osób (stan na dzień 31.08.2016 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 45-65 roku życia zamieszkałi na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

| 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|------------------|---------------|------------------|---------------|-------------------|---------------|
| pobyt stały | pobyt czasowy | pobyt stały | pobyt czasowy | pobyt stały | pobyt czasowy |
| 17397 | 233 | 17370 | 242 | 17634 | 266 |
| Razem 17630 osób | | Razem 17612 osób | | Razem 17634 osoby | |

Tabela 5. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle w latach 2017-2019 (lata 2017-2019 stan na dzień 31.08.2016r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

Program profilaktyki gruźlicy jest realizowany w zakresie świadczenia pielęgniarstwa POZ. Program obejmuje osoby powyżej 18 roku życia, które dokonały wyboru pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, nieposiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym:

- osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, lub
- 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 pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w ramach profilaktyki gruźlicy (także u innych świadczeniodawców).

[Podpis]

e. 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

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

b. Cele szczegółowe:

- zapobieganie oraz wczesne wykrywanie gruźlicy i chorób płuc.
- zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy,
- zwiększenie świadomości i wiedzy na temat potrzeby prowadzenia badań profilaktycznych w kierunku wykrywalności gruźlicy i chorób płuc,
- 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.

c. Oczekiwane efekty

- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia,
- zwiększenie świadomości wśród mieszkańców na temat zachorowalności i umieralności z powodu chorób płuc, w tym gruźlicy.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

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

3. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

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.

| rok | kobiety | mężczyźni | suma |
|------|---------|-----------|-------|
| 2017 | 9144 | 8486 | 17630 |
| 2018 | 9103 | 8509 | 17612 |
| 2019 | 9055 | 8579 | 17634 |

Tabela 6. Liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2017-2019 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (lata 2017-2019 stan na dzień 31.08.2019 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 1000 osób.

[Handwritten signature]

b. Tryb zapraszania do programu

- 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.
- Ogłoszenia parafialne.
- Zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.
- Audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu.
- 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.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 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.
- Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
 - poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
 - liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 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:

- przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- przeprowadzenie badania RTG (RTG klatki piersiowej zostanie wykonane na podstawie skierowania od lekarza);
- przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem,
- 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.

J *Wan*

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

- przez wykorzystanie mass-mediów: lokalna prasa, telewizja, radio;
- informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie;
- 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.

b. Planowane interwencje

Program obejmować będzie badanie RTG klatki piersiowej oraz kampanię informacyjno – edukacyjną.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

Z badań RTG klatki piersiowej powinny skorzystać:

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

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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

e. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

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.

f. Skuteczność i bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie badanie RTG klatki, 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.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista radiolog oraz technik RTG)
- dysponowanie sprzętem do badań RTG,
- dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz. 739), składającym się z pracowni RTG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów.

f. *W. D.*

h. Dowody skuteczności planowanych działań

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: utrzymujący się ponad 3 tygodnie - przewlekły kaszel, krwiotłucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, nawracające zakażenia układu oddechowego, gwałtownej utraty wagi ciała, przyjmowania 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.

i. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2006 roku. W 2015 roku z badań skorzystały 955 osób. U ok. 7,95 % badanych stwierdzono zmiany wymagające konsultacji z lekarzem.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

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

b. Planowane koszty całkowite (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 7 ustawy[1])

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

| Rok | Przewidywany koszt całkowity |
|-------------|-------------------------------------|
| 2017 | 30.000,00 |
| 2018 | 30.000,00 |
| 2019 | 30.000,00 |

Tabela 7. Przewidywany koszt całkowity w latach 2017-2019, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.500,00zł.

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

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Wykrywanie gruźlicy i chorób płuc, w szczególności nowotworów, 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 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. nr 137 poz. 1126).

Program finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle, a także możliwość pozyskania środków finansowych na realizację programu z innych źródeł.

[Handwritten signature]

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

- ocena zgłaszalności poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych badań w stosunku do liczby badań zaplanowanych w ramach przyznanych środków.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

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.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana co roku według następujących kryteriów:

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

7. Okres realizacji programu:

Program będzie realizowany w latach 2017-2019. W przypadku stwierdzenia dowodów skuteczności planowanych działań, zainteresowania mieszkańców uczestnictwem w Programie oraz zabezpieczenia środków finansowych w budżecie miasta istnieje możliwość kontynuacji Programu w latach kolejnych.

[Handwritten signature]