

Załącznik nr 1
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Wirusy HPV, czyli wirusy brodawczaka ludzkiego, są szeroko rozpowszechnione w populacji ludzkiej. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, na całym świecie wirusem HPV zakażonych jest 10-20% osób w wieku 15-49 lat, w tym niemal 40% kobiet poniżej 25 roku życia. Łatwość, z jaką zakażają skórę i błonę śluzową narządów płciowych sprawia, że infekcje HPV są obecnie najczęstszymi chorobami przenoszonymi drogą płciową na świecie. Rocznie odnotowuje się ponad 30 mln zakażeń, a w ciągu całego życia zakażeniu może ulec nawet 50% wszystkich kobiet i mężczyzn.

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, a przewlekłe infekcje onkogennymi typami HPV uważane są za główne źródło tego nowotworu - drugiego co do częstości występowania u kobiet poniżej 45 roku życia. Orz trzeciego co do liczby powodowanych zgonów u kobiet (po raku piersi i raku płuc).

Korelacja pomiędzy zakażeniem HPV a rozwojem różnych nowotworów.

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%

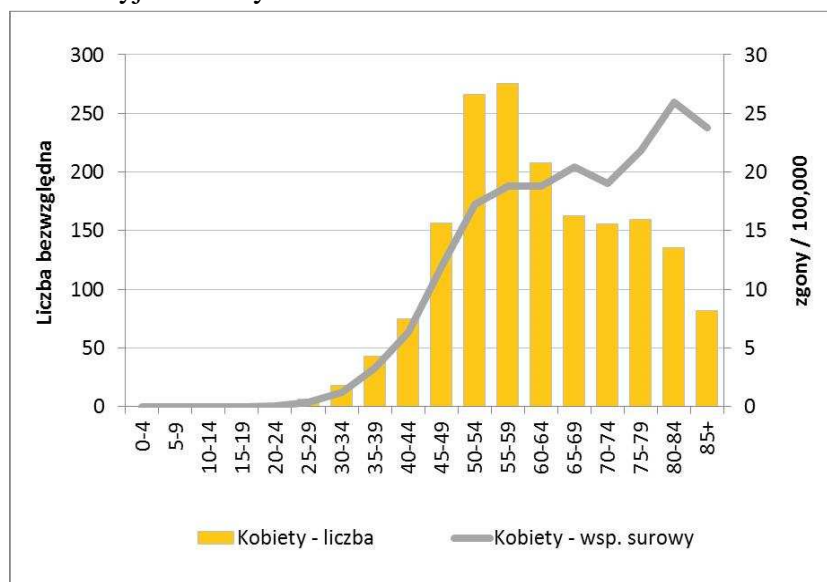
b. Epidemiologia:

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. Światowa Organizacja Zdrowia, w kwietniu 2009 roku opublikowała oficjalnie stanowisko uznając raka szyjki macicy i inne choroby wywoływane przez wirusa brodawczaka ludzkiego HPV za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym. Globalnie, co roku, notuje się około 500.000 nowych zachorowań, a około 300.000 kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1.400.000. W Polsce na raka szyjki macicy zapada ok. 3200 kobiet rocznie. Nawet do 2000 z nich umiera. Wskaźnik umieralności na raka szyjki macicy w Polsce należy do najwyższych w Europie i wynosi: 5,1 na 100 tys. kobiet natomiast

w województwie opolskim zgodnie z danymi Opolskiego Rejestru Nowotworów w 2010 roku wynosił 5,7 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 poniżej 60 roku życia.

Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2008-2010 w zależności od wieku:



Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy, trzonu macicy, sromu i pochwy w latach 2005-2010 (liczby bezwzględne) wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów, obrazuje poniższa tabela:

Lata		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)	Zachorowania	72	93	101	93	87	70
	Zgony	42	37	50	60	43	53
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)	Zachorowania	140	123	146	145	168	122
	Zgony	12	23	22	26	29	20
Nowotwór złośliwy sromu (C51)	Zachorowania	20	11	5	8	12	15
	Zgony	1	8	9	5	4	9
Nowotwór złośliwy pochwy (C52)	Zachorowania	1	2	4	3	2	3
	Zgony	4	5	1	3	1	1

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 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to dziewczęta w wieku 12, 13 lat. Liczba dziewcząt urodzona w latach (stan na dzień 23.10.2013r.):

- 2002 r. – 240,
- 2003 r. – 254,
- 2004 r. – 222.

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

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 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 i nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 3 lat, a 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 2013 znajdują się w wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu

Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych - Dz. U. Nr 137 poz.1126);

- brak powszechnej dostępności do szczepionek przeciwko zakażeniom HPV z powodu nie finansowania tych szczepień z innych środków publicznych;
- zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi oraz przekonanie do stosowania profilaktyki wtórnej poprzez badania cytologiczne;
- 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 prozdrowotnych dzieci. Oni też, jako opiekunowie prawni swoich dzieci, podejmować będą ostateczną decyzję o ich zaszczepieniu.

2. Cele programu

a. Cel główny:

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

b. Cele szczegółowe:

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

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie częstotliwości występowania zakażeń wirusem HPV,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych oraz prawidłowych nawyków higienicznych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem raka szyjki macicy oraz innych chorób zależnych od wirusa HPV,
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

a) liczba dziewcząt w populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym

b) liczba odbiorców edukacji zdrowotnej w tym:

- ✓ rodziców/opiekunów prawnych
- ✓ dziewcząt
- ✓ chłopców

c) liczba dziewcząt objętych programem szczepień:

- ✓ liczba dziewcząt, które otrzymały 1 dawkę szczepionki
- ✓ liczba dziewcząt, które otrzymały 2 dawki szczepionki
- ✓ liczba dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki.

3. Adresaci programu (populacja programu)

- uczniowie,
- rodzice i opiekunowie uczniów,
- mieszkańcy gminy.

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Beneficjentami Programu są dziewczęta w wieku 12 lat oraz dziewczęta w wieku 13 lat nie zaszczepione w roku poprzednim zamieszkałe i zameldowane na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle z wyjątkiem dziewcząt przebywających w rodzinach zastępczych, gdzie dopuszcza się meldunek tymczasowy na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle.

Liczba dziewcząt urodzona w latach:

- 2002 r. – 240,
- 2003 r. – 254,
- 2004 r. – 222.

b. Tryb zapraszania do programu

- zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl,
- imienne zaproszenie skierowane do rodziców informujące o możliwości zaszczepienia ich córki,
- plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- ogłoszenia parafialne,
- audycje radiowe oraz telewizyjne poświęcone Programowi w lokalnych środkach masowego przekazu,
- publikacje prasowe dotyczące Programu.

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

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

I etap

Przeprowadzenie spotkań edukacyjno-informacyjnych dla dziewcząt kwalifikujących 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 pierwszej dawki szczepionki - poprzedzone badaniem lekarskim kwalifikującym do szczepienia.

V etap

Podanie drugiej dawki szczepionki - poprzedzone badaniem lekarskim kwalifikującym do szczepienia.

VI etap

Podanie trzeciej dawki szczepionki - poprzedzone badaniem lekarskim kwalifikującym do szczepienia.

b. Planowane interwencje

Podanie 3 dawek czterowalentnej szczepionki przeciwko wirusowi HPV.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kryterium kwalifikacji do wzięcia udziału w Programie będzie rok urodzenia dziecka.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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:

- czynników chorobotwórczych i sytuacji sprzyjających rozwojowi chorób nowotworowych,
- zasad działania szczepień ochronnych,
- wirusa HPV, możliwości zakażenia i jego następstw,
- 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 prowadzić będzie lekarz ginekolog. Każda z dziewcząt otrzyma również ulotkę zawierającą informacje o wirusie HPV.

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.

Podczas realizacji Programu planowane jest zaaplikowanie dziewczętom 3 dawek 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 zaszczepieniu ich córki i zachęcające do korzystania kobiety z badań profilaktycznych raka szyjki macicy.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

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.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Szczepienie dziewcząt będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia. W programie będą użyte szczepionki czterowalentne przeciwko rakowi szyjki macicy, rakowi sromu, rakowi pochwy i brodawkom płciowym związanych przyczynowo z wirusem HPV 6,11,16,18 SILGARD (producent Merck). Szczepionka ta rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Zakażeń HPV. Cykl zaszczepienia jednej osoby obejmuje podanie trzech dawek szczepionki w cyklu: 0, 2, 6 miesięcy. Wszystkie dawki szczepionki muszą być podane w ciągu jednego roku. Działania niepożądane występują rzadko, mniej niż u 1 osoby na 100 zaszczepionych. Działania niepożądane nie mają charakteru ciężkiego i obserwowane są głównie w miejscu podania szczepionki: zaczerwienienie, ból, obrzęk, rumień, a także ogólne: gorączka, bóle głowy, zmęczenie, wysypka, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, ból mięśni, stawów, omdlenia.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Edukacja zdrowotna dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy odbywać się będzie w szkołach w wyznaczonych dniach i godzinach. Spotkania edukacyjne dla dziewcząt przeprowadzą położne, natomiast dla rodziców lekarze specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa.

Świadczenia zdrowotne w ramach Programu będą udzielane w podmiocie leczniczym w gabinetach medycznych oraz w gabinecie zabiegowym wyposażonym w lodówkę i zestaw przeciwwstrząsowy. Realizować je będą lekarze specjaliści z dziedziny pediatrii lub

ginekologii oraz pielęgniarki posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe (potwierdzone dyplomami).

h. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

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.

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

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego polegający na szczepieniu przeciwko wirusowi HPV prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle od 2008 roku. W latach 2008-2013 zaszczepiono łącznie 1.099 dziewcząt w wieku 12-13 lat, trzema dawkami szczepionki czterowalentnej.

W tym:

rok	liczba zaszczepionych dziewcząt
2008	226
2009	215
2010	156
2011	183
2012	134
2013	185

Łączny koszt realizacji w/w programu w latach 2008-2013 wyniósł ok. 1.165.221,00zł.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

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

- zakup szczepionek przeciwko wirusowi HPV (szczepionka przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV wywołanym przez typ 6,11,16,18) - szczepionka powinna być dopuszczona do obrotu i stosowania na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych,
- przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia,
- wykonanie usługi szczepień - podanie szczepionki zgodnie ze schematem określonym przez producenta,
- edukacja młodzieży i rodziców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko wirusowi HPV,

- 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 1.050 zł.

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	210.000,00
2015	230.000,00
2016	200.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

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 20.000zł. 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. 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 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.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

- ocena zgłaszalności poprzez ocenę wykorzystania środków – odsetek wykonanych szczepień w stosunku do liczby szczepień zaplanowanych w ramach przyznanych środków,
- ocena liczby odbiorców edukacji zdrowotnej.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Bieżący nadzór i okresowa kontrola realizacji programu przez 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 w Programie będzie monitorowana na podstawie:

- obserwacji realizacji Programu,
- sprawozdań przedkładanych przez realizatora Programu.

c. Ocena efektywności programu

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.

7. Okres realizacji programu:

Lata 2014-2016 z prawdopodobieństwem przedłużenia na kolejne lata pod warunkiem zabezpieczenia środków finansowych w budżecie miasta.

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
(3 dawki).

Dziecko uczęszcza do

.....
(nazwa i adres szkoły)

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

**„Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania
raka szyjki macicy”**

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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 wyścielającego 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. Zakażenie ludzkim wirusem brodawczaka (HPV) jest bardzo często powiązane z rozwinęciem się raka szyjki macicy. 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.

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. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie.

Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy:

- infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV),
- wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem),

- wczesne rozpoczęcie życia seksualnego,
- duża liczba partnerów seksualnych,
- duża liczba porodów,
- niski status społeczny i ekonomiczny,
- palenie papierosów,
- stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym,
- partnerzy seksualnie niemonogamiczni, z infekcją HPV (ryzyko zachorowania wzrasta 20-krotnie).

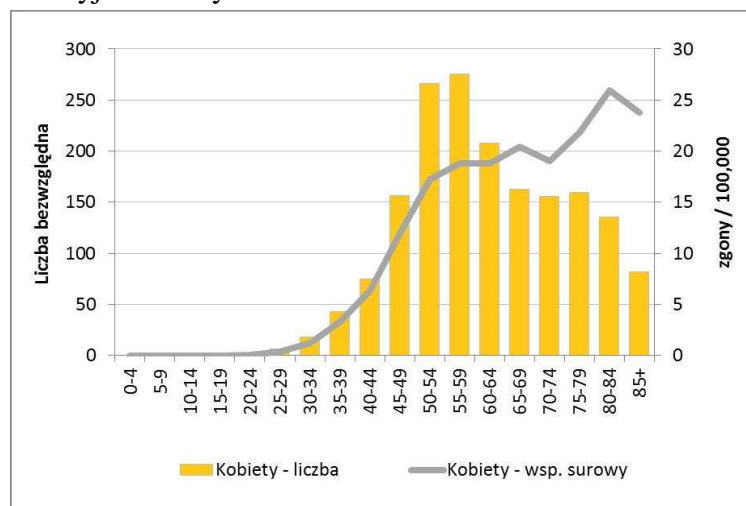
Prawdopodobne czynniki ryzyka:

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

b. Epidemiologia:

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. Światowa Organizacja Zdrowia, w kwietniu 2009 roku opublikowała oficjalnie stanowisko uznając raka szyjki macicy i inne choroby wywoływane przez wirusa brodawczaka ludzkiego HPV za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym. Globalnie, co roku, notuje się około 500.000 nowych zachorowań, a około 300.000 kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1.400.000. W Polsce na raka szyjki macicy zapada ok. 3200 kobiet rocznie. Nawet do 2000 z nich umiera. Wskaźnik umieralności na raka szyjki macicy w Polsce należy do najwyższych w Europie i wynosi: 5,1 na 100 tys. kobiet natomiast w województwie opolskim zgodnie z danymi Opolskiego Rejestru Nowotworów w 2010 roku wynosił 5,7 na 100 tys. kobiet.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w przeważającej liczbie przypadków ofiarami raka szyjki macicy innych wspomnianych wyżej nowotworów są kobiety poniżej 60. roku życia. Umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2008-2010 w zależności od wieku:



W Gminie Kędzierzyn-Koźle, pomimo wielu apeli, nieznaczna grupa kobiet w wieku od 25 do 59 lat skorzystała z bezpłatnych badań cytologicznych w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na dzień 01.11.2013r. z Programu skorzystało 28,83% kobiet.

Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka szyjki macicy, trzonu macicy, sromu i pochwy w latach 2005-2010 (liczby bezwzględne) wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów, obrazuje poniższa tabela:

Lata		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nowotwór złośliwy szyjki macicy (C53)	Zachorowania	72	93	101	93	87	70
	Zgony	42	37	50	60	43	53
Nowotwór złośliwy trzonu macicy (C54)	Zachorowania	140	123	146	145	168	122
	Zgony	12	23	22	26	29	20
Nowotwór złośliwy sromu (C51)	Zachorowania	20	11	5	8	12	15
	Zgony	1	8	9	5	4	9
Nowotwór złośliwy pochwy (C52)	Zachorowania	1	2	4	3	2	3
	Zgony	4	5	1	3	1	1

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 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to kobiety zamieszkujące na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały w wieku 18-24 oraz 60-69 roku życia.

Szacowana liczba kobiet w wieku w18-24 oraz 60-69 w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	18-24	60-69	suma
2014	2416	4595	7011
2015	2272	4758	7030
2016	2166	4874	7040

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

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 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 i nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich 3 lat, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian – skierowanie pacjentek na dalszą diagnostykę.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – Dz. U. Nr 137 poz.1126);
- zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi oraz przekonanie do stosowania profilaktyki wtórnej poprzez badania cytologiczne;

Prowadzenie działań profilaktycznych umożliwi 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy.

b. Cele szczegółowe:

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

c. Oczekiwane efekty

- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych oraz prawidłowych nawyków higienicznych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem raka szyjki,
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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)

Beneficjentami Programu będą kobiety zamieszkujące na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały w wieku 18-24 oraz 60-69 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	18-24	60-69	suma
2014	2416	4595	7011
2015	2272	4758	7030
2016	2166	4874	7040

Zakłada się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 500 kobiet.

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

a. 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 min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie.
- Ogłoszenia parafialne.
- Zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, pielęgniarki i położne.
- 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.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatora 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,
 - liczbą dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczbą dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę 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;
3. pobranie materiału do badania; przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki typu cyto-brush;
4. przeprowadzenie badania ginekologicznego kobiet w wieku 18-24 oraz 60-69 lat;
5. wysłanie materiału 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.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

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

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

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badania ginekologicznego, pobranie materiału do badania, kampania informacyjno – edukacyjna.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Badaniami zostaną objęte kobiety w wieku 18-24 oraz 60-69 lat zamieszkałe na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały. Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej leczyły się z powodu nowotworu szyjki macicy o charakterze złośliwym.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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 realizatora Programu.

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

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

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.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Cytologia ginekologiczna jest to badanie polegające na ocenie komórek nabłonka w rozmazie pobranym z tarczy i kanału szyjki macicy. Skrining cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe

i raka we wczesnym okresie. Badanie należy wykonać nie wcześniej niż w 4 dniu po miesiączce, lub nie później niż w 4 dniu przed kolejną miesiączką. Najlepszym czasem do wykonania badania jest okres między 10. i 18. dniem cyklu.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

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

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

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,
- położna legitymująca się doświadczeniem w zakresie objętym Programem – potwierdzone stosownymi dokumentami.

Dysponowanie:

- sprzętem medycznym w zakresie badań ginekologicznych i badań cytologicznych – potwierdzone stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań,
- 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 i rejestracji pacjentów - potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań,
- umową z pracownią histopatologiczną na cały okres realizacji badania.

h. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

Skrining cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie.

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

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 2012 roku z badań skorzystało 318 kobiet. Spośród pobranych rozmazów cytologicznych otrzymano 310 prawidłowych wyników. W 4 przypadkach badania wymagały powtórki ze względu na skąpy materiał komórkowy. Zmiany patologiczne stwierdzono u 4 pacjentek. Pacjentki powiadomiono i są w trakcie leczenia.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt jednostkowy 1 badania ginekologicznego wraz z pobraniem materiału w poszczególnych latach wynosić będzie około 30,00 zł.

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	15.000,00
2015	15.000,00
2016	15.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 3.000,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

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. Zawieszona 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 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.

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 przyznaných środków.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

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

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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 zachorowaniom na raka piersi to:

- położenie geograficzne i rasa – rak piersi częściej występuje w Europie, rzadziej w Azji i Afryce;
- wiek – zagrożenie nowotworem wzrasta z wiekiem kobiety- już po 35 roku życia, wg statystyki najczęściej chorują 50-70-latki;
- genetyka - czyli występowanie w rodzinie – ryzyko jest duże, jeśli kobiety z najbliższej rodziny miały raka piersi;
- cykl miesiączkowy – pierwsza miesiączka przed 12 a klimakterium powyżej 55 roku życia;
- ciąża – ryzyko jest większe u kobiet, bezdzietnych, a także u tych które pierwsze dziecko urodziły po 30 roku życia;
- hormonalne środki antykoncepcyjne - stosowanie tego rodzaju antykoncepcji dłużej niż 8 lat, zwiększa możliwość zachorowania;
- 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;
- mammograficzna gęstość piersi- wysoka gęstość – 75% i wyższa;
- spożycie alkoholu- codzienne spożywanie 30-60 g alkoholu;
- 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.

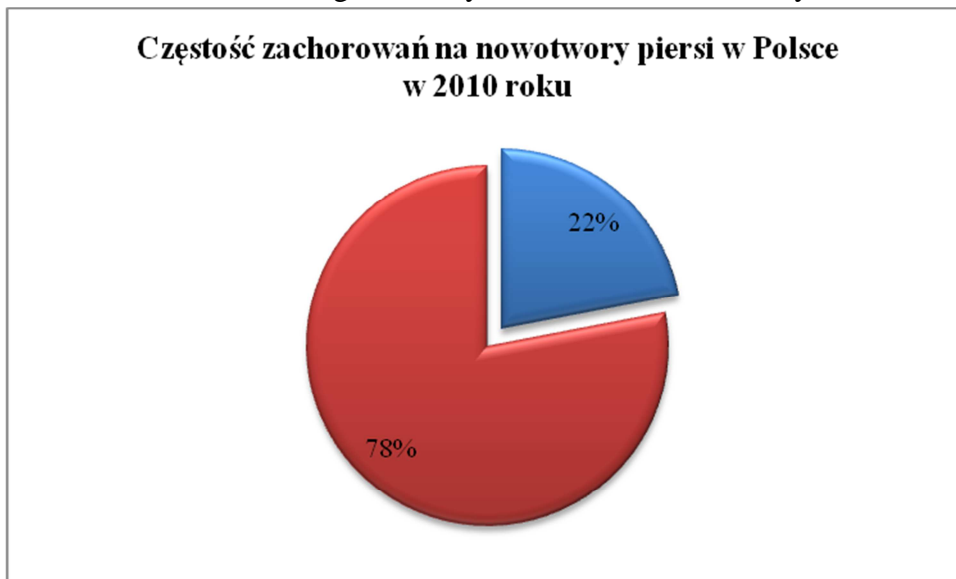
Wiedza o raku piersi, przyczynach jego występowania, czynnikach ryzyka oraz metodach zapobiegania i wczesnego wykrywania choroby jest sprawą podstawowej wagi dla zmniejszenia umieralności kobiet w Polsce i na świecie. Poznanie przyczyn i następstw choroby znacznie zwiększa szansę zarówno jej uniknięcia 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.

b. Epidemiologia:

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

W roku 2010 zanotowano w Polsce 15.784 zachorowań na raka piersi, co stanowi 22% wszystkich zachorowań na raka zdiagnozowanych u kobiet w Polsce w tym okresie.



Natomiast z powodu tego nowotworu zmarło 5.226 kobiet (13%).

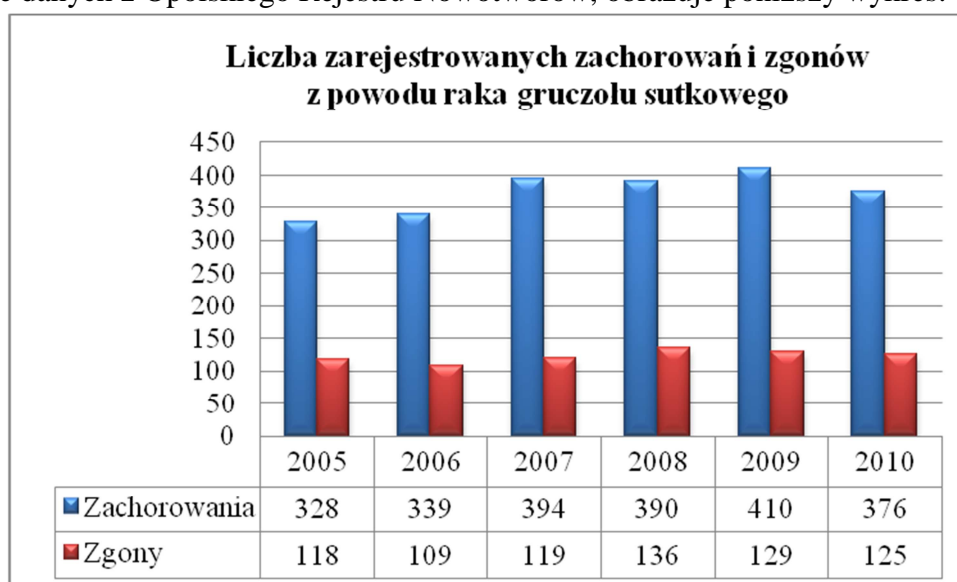


Również w skali świata rak piersi jest uznawany za najbardziej rozpowszechniony z nowotworów – podawane są dane, wg których aż 34% kobiet żyjących z nowotworem choruje właśnie na raka piersi. W skali globalnej przewiduje się, że na raka piersi zachoruje w pewnym momencie życia jedna na dziesięć kobiet. 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. Według danych epidemiologicznych, w krajach rozwijających się w roku 2010 rak piersi był

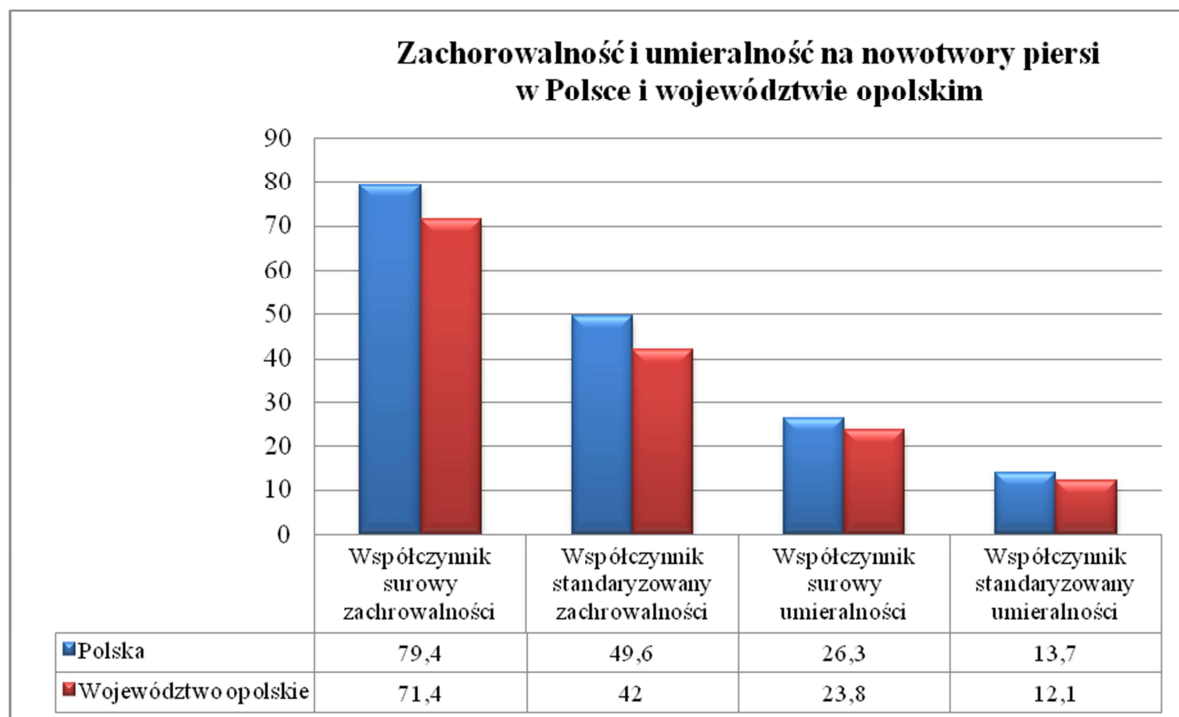
przyczyną zgonu 68000 kobiet w wieku 15–49 lat, podczas gdy w krajach rozwiniętych 26 000. Amerykański National Cancer Institute na podstawie badań epidemiologicznych ocenia, że ryzyko rozwoju nowotworu piersi w życiu kobiety wynosi ok. 12%. Wzrasta ono przede wszystkim wraz z wiekiem kobiety. Szacowane 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 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.

W Gminie Kędzierzyn-Koźle, pomimo bardzo wielu apeli, nieznaczna grupa kobiet w wieku od 50 do 69 lat skorzystała z bezpłatnych badań mammograficznych ramach Narodowego Programu Profilaktyki Raka Piersi finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na dzień 01.11.2013r. z Programu skorzystało 35,63% kobiet.

Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu sutkowego w latach 2005 - 2010 (liczby bezwzględne) wśród kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów, obrazuje poniższy wykres:



Współczynnik surowy zachorowalności (umieralności) - jest miarą ryzyka zachorowania (zgonu) na nowotwór złośliwy i określa liczbę rejestrowanych zachorowań (zgonów) na dany nowotwór (grupę nowotworów) na 100 tys. osób w danym roku. Współczynnik standaryzowany (wg wieku) zachorowalności (umieralności)- jest miarą ryzyka zachorowania (zgonu) na nowotwór złośliwy i określa, ile zachorowań (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. Poniżej przedstawiono współczynniki surowe zachorowalności (umieralności) oraz współczynniki standaryzowane zachorowalności (umieralności) w Polsce i województwie opolskim w oparciu o dane Krajowego Rejestru Nowotworów oraz Opolskiego Rejestru Nowotworów w roku 2010.



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 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to kobiety w wieku 40-49 lat. Szacowana liczba kobiet w wieku 40-49 w latach (stan na dzień 04.11.2013):

2014 - 4257

2015 - 4286

2016 - 4344.

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

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).

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych - jest to jeden z priorytetów zdrowotnych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych – Dz. U. Nr 137 poz.1126);

- brak powszechnej dostępności mammografii i USG piersi dla kobiet w wieku 40-49 lat;
- zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi;
- niewystarczający poziom wiedzy wśród kobiet odnośnie raka piersi i samobadania piersi.

Prowadzenie działań profilaktycznych umożliwi 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi.

b. Cele szczegółowe:

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

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka piersi,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- nabycie umiejętności samobadania piersi,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem raka piersi,
- zwiększenie udziału w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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

Beneficjentami Programu będą kobiety zamieszkujące na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały w wieku 40 - 49 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

- 2014 - 4257
- 2015 - 4286
- 2016 - 4344.

Zakłada się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 480 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.

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 min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie.
- Ogłoszenia parafialne.
- Zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów, pielęgniarki i położne.
- 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.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.

- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę 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 40-49lat;
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.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu.

Program będzie miał również charakter edukacyjny. Edukacją zostaną objęte kobiety z grup wiekowych 18-49 oraz 50-69 lat. 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.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badań: mammografii, USG piersi, kampanii informacyjno – edukacyjnej.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Badaniami zostaną objęte kobiety w wieku 40-49 lat zamieszkałe na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowane na pobyt stały. Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej leczyły się z powodu nowotworu piersi o charakterze złośliwym.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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 realizatora Programu. Termin badania będzie dostosowany do pacjentki. Badania odbywać się będą w podmiocie leczniczym 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.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

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.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie: mammografię, ultrasonografię piersi (USG), kampanię informacyjno - edukacyjną.

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 wykáže 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.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

Dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:

- lekarz specjalista radiolog mający doświadczenie w interpretacji zdjęć radiologicznych w zakresie mammografii i posiadający uprawnienie do ich opisywania – potwierdzone stosownymi dokumentami,
- lekarz specjalista radiolog lub ginekolog – mający doświadczenie w interpretacji wyników badań USG – potwierdzone stosownymi dokumentami,
- technik RTG legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatu mammograficznego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami.
- rejestratorka – prowadzi będzie obsługę administracyjną programu.
- 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),
- 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 urzędnika podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz. 739), składającym się z pracowni mammograficznej, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

h. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

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.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania piersi prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2000 roku.

W 2012 roku przebadano łącznie 434 kobiety w wieku 40-49lat. 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 4 kobiet natomiast w badaniu USG kategorię IV stwierdzono u 15 kobiet. U 4 kobiet z kategorią IV po przeprowadzeniu badań uzupełniających stwierdzono nowotwór złośliwy co stanowiło 0,9%

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt wykonania mammografii szacuje się na 70,00zł natomiast badania USG 45,00zł.

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	55.000,00
2015	55.000,00
2016	55.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

W wyniku realizacji Programu wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przy zmniejszeniu liczby kobiet zagrożonych zachorowaniem na raka piersi koszty opieki zdrowotnej mogłyby również ulec znacznemu obniżeniu.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy”

2014r. – 2016r.

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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.

b. Epidemiologia:

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.

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

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób. 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 na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	8498	4880	13378
2015	9053	5081	14134
2016	9173	5317	14490

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

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 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 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 139, poz. 1142, z późn. zm.) oraz zarządzenie nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów 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 geriatrii.

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.

e. 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.

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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

Zwiększenie wczesnego wykrycia osteoporozy u mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

b. Cele szczegółowe:

- zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych,
- wdrożenie racjonalnego leczenia u osób z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX,
- podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie na temat osteoporozy i jej skutków,

- kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych,
- zmniejszenie umieralności z powodu osteoporozy.

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie częstotliwości występowania złamań osteoporotycznych,
- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych oraz prawidłowych nawyków żywieniowych,
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na ww. chorobę oraz jej powikłania,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem osteoporozy oraz jej powikłań,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia

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

Badaniami będą objęci mieszkańcy gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały - kobiety w wieku 55-75 roku życia oraz mężczyźni w wieku 60-75 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (według danych z dnia 05.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	8498	4880	13378
2015	9053	5081	14134
2016	9173	5317	14490

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 min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie.
- Ogłoszenia parafialne.
- 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.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn

- Koźle, jak i realizatora Programu.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- Przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą.
- Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX.
- Wykonanie badania densytometrycznego.
- Przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat osteoporozy i jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.
- 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.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badania densytometrycznego oraz oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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 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 min. 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.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

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.

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

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.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

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).

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

Dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:

- 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,
- pielęgniarka lub technik elektroradiologii legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatury i sprzętu służącego do realizacji programu zdrowotnego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami,
- rejestratorka – prowadzi będzie obsługę administracyjną programu.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;

- 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);
- dysponowania lokalem spełniającym wymogi 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 co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów - potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

i. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

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:

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

5. Koszty

a. 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.

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

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

Na program planuje się przeznaczyć się co roku po 35.000,00zł.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

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.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

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 kieliszкови 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

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)

**„Wczesna diagnostyka i profilaktyka
nowotworów skóry
ze szczególnym uwzględnieniem
czerniaka”**

2014r. – 2016r.

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

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Najliczniejszą grupą nowotworów złośliwych skóry są raki skóry, które stanowią niejednorodną grupę nowotworów pochodzenia nabłonkowego i zajmują pierwsze miejsce w statystyce onkologicznych chorób skóry. Ostatnio obserwuje się wzrost zachorowań na nowotwory skóry, przede wszystkim na raka podstawnocomórkowego, kolczystocomórkowego oraz czerniaka. Towarzyszą temu znaczne koszty opieki zdrowotnej, a w odniesieniu do czerniaka – duża umieralność.

Rak podstawnocomórkowy jest jednym z najczęstszych nowotworów skóry. To rak o miejscowej złośliwości, tzn. cechuje go powolny przebieg – naciekając podłoże, może wywołać zniszczenie tkanek otoczenia. Rak podstawnocomórkowy rzadko powoduje przerzuty (jeden przerzut na 4000 raków). Częściej występuje u osób w podeszłym wieku. Wykwitem podstawowym raka podstawnocomórkowego jest perełkowaty guzek o błyszczącej i gładkiej powierzchni. Guzek taki może się rozrastać odśrodkowo, tworząc większy wykwit. Raki podstawnocomórkowe zwykle są umiejscowione na twarzy – głównie na czole, w okolicach oczodołów i nosa, na plecach, rzadziej na kończynach górnych i dolnych. Wyróżniamy kilka odmian raków podstawnocomórkowych. Najczęstszą odmianą jest postać guzkowa – spoisty guzek o lśniącej, perłowej powierzchni, często z tzw. teleangiektazjami (poszerzonymi naczyniami krwionośnymi), charakterystyczną cechą jest wał otaczający zmianę. Rakiem o dużej złośliwości, który może spowodować znaczne zniszczenie części twarzy, oczodołu, a nawet drążyć do mózgu, jest rak podstawnocomórkowy wrzodziejący. Cechuje się on obwodowym wzrostem, nacieczeniem oraz drążeniem w głąb z uszkodzeniem mięśni, kości i chrząstek. Raki podstawnocomórkowe mogą się rozwijać ze stanów przedrakowych (np. rogowacenie słoneczne) lub w skórze wcześniej niezmięnionej.

Rak kolczystocomórkowy jest nowotworem znacznie rzadziej występującym niż rak podstawnocomórkowy. Rak kolczystocomórkowy najczęściej pojawia się u osób w wieku średnim i podeszłym. Cechuje się szybkim wzrostem i dużą złośliwością, wykazując skłonność do naciekania podłoża (czyli wrastania komórek raka do tkanek położonych pod guzem) i szerzenia się drogą przerzutów. Punktem wyjścia mogą być stany przedrakowe, zwłaszcza rogowacenie słoneczne i róg skórnny. Zmiany zlokalizowane są najczęściej na granicy błon śluzowych i skóry (czerwień wargowa – szczególnie wargi dolnej), w okolicach nosa, oczodołów, narządów płciowych. Do objawów niepokojących należy zaliczyć: gwałtowny wzrost masy guza, stwardnienie, tworzenie się owrzodzeń oraz krwawienia. Przebieg raka kolczystocomórkowego jest zależny od umiejscowienia, rozległości i stopnia naciekania podłoża. Skłonność do przerzutów jest znacznie mniejsza w przypadku zmian wywodzących się z rogowacenia słonecznego, a zwiększa się w przypadku rozwoju nowotworu na podłożu owrzodzeń, blizn i przewlekłych stanów zapalnych.

Czerniak jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z tkanki nerwowej. Najczęstszym punktem wyjścia czerniaka jest skóra, ale może on także powstawać w obrębie błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz w gałce ocznej.

Czerniak może powstać na bazie znamienia barwnikowego, ale także na niezmięnionej skórze. Najczęściej umiejscawia się na skórze pleców u mężczyzn lub na nogach u kobiet. Może także rozwijać się wszędzie tam, gdzie występują melanocyty, tzn. na błonach

śluzowych, w siatkówce oka, skórze pod paznokciami, a nawet na podeszwach stóp lub dłoni. Charakteryzuje się dużą skłonnością do pojawiania się wczesnych przerzutów oraz słabą odpowiedzią na leczenie. Powoduje to, że jest uważany za nowotwór szczególnie złośliwy. Najczęściej jest rozpoznawany w czwartej dekadzie życia, u dzieci stwierdzany rzadko. We wczesnym okresie wzrostu czerniak jest wyleczalny. Wysoka świadomość społeczeństwa i wyczulenie lekarzy na wczesne rozpoznawanie i leczenie zmian barwnikowych pozwala na wykrywanie 90% przypadków w I° i II° zaawansowania wg skali Clarka. Przeżycie 5-letnie w czerniaku o grubości do 0,75mm wynosi około 100%.

b. Epidemiologia:

Zachorowalność na czerniaka skóry, zwłaszcza wśród osób o jasnej karnacji, wzrosła w ciągu ostatnich dekad w większości krajów na całym świecie. Stwierdza się wyraźną zależność pomiędzy zachorowalnością a takimi czynnikami środowiskowymi, jak wysokość nad poziomem morza, nasilenie ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (UV). Aktualnie na terenie Niemiec stwierdza się 10–12 nowych przypadków czerniaka na 100 tys. mieszkańców, w Stanach Zjednoczonych – 10–20 nowych przypadków na 100 tys. osób, natomiast w Australii częstość występowania tego nowotworu zbliża się obecnie do 50 przypadków na 100 tys. osób w północnej części kontynentu, bliżej równika. W Polsce współczynnik zachorowalności wynosi 4/100 tys., co odpowiada 2200 zachorowaniom rocznie (około 1000 u mężczyzn i 1200 u kobiet), jednak także w Polsce należy on do nowotworów o największej dynamice wzrostu liczby zachorowań. Średnia wieku chorych w chwili zachorowania jest podobna dla obu płci i wynosi 51 lat. Standaryzowane współczynniki umieralności osiągają wartości 2/100 tys. u mężczyzn i 1,2/100 tys. u kobiet, co w ostatnich latach odpowiada 500 i 400 zgonom rocznie z powodu tego nowotworu.

Dane w województwie opolskim zgodnie z Biuletynem „Nowotwory złośliwe w województwie opolskim w roku 2010” przedstawiają się następująco:

Zarejestrowane zachorowania w roku 2010; liczba, współczynnik surowy, współczynnik standaryzowany, wskaźnik struktury; województwo opolskie						
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	%
Mężczyźni	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	198	40,2	24,8	10,23
	D03	Czerniak in situ	2	0,4	0,1	0,005
	D04	Rak in situ skóry	1	0,2	0,1	0,05
Kobiety	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	199	37,8	17,5	11,1
	D03	Czerniak in situ	8	1,5	0,7	0,5
	D04	Rak in situ skóry	5	1,0	0,6	0,3

Zarejestrowane <u>zachorowania</u> w latach 2001-2010 liczby bezwzględne												
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	140	163	173	175	173	199	160	207	204	198
	D03	Czerniak in situ*	0	0	0	0	3	0	0	3	1	2
	D04	Rak in situ skóry	0	0	1	2	0	1	6	6	3	1
Kobiety	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	145	196	215	219	180	227	233	214	197	199
	D03	Czerniak in situ*	0	2	2	2	3	5	10	5	6	8
	D04	Rak in situ skóry*	0	1	0	2	1	3	2	7	7	5

Zarejestrowane <u>zgony</u> w roku 2010; liczba, współczynnik surowy, współczynnik standaryzowany, wskaźnik struktury; województwo opolskie						
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	Liczba	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany	%
Mężczyźni	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	4	0,8	0,6	0,3
	C43	Czerniak złośliwy skóry	13	2,6	1,6	0,98
Kobiety	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	199	37,8	17,5	11,1
	D03	Czerniak in situ*	8	1,5	0,7	0,5

* Czerniak in situ oznacza zmianę nieinwazyjną, czyli ograniczoną tylko i wyłącznie do naskórka.

Zarejestrowane <u>zgony</u> w latach 2001-2010 liczby bezwzględne												
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	11	11	14	0	10	13	17	13	17	13
	C43	Czerniak złośliwy skóry	8	7	6	10	5	4	1	4	3	4
Kobiety	C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	8	12	7	2	6	7	12	3	4	4
	C43	Czerniak złośliwy skóry	9	8	23	14	12	6	15	10	16	12

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

Beneficjentami badań profilaktycznych będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 45 - 75 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

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

Dermatolog jest jednym z nielicznych specjalistów, do którego pacjent nie musi mieć skierowania. Niestety, też musi czekać na wizytę. Średni czas oczekiwania na wizytę w Poradni Dermatologicznej w Kędzierzynie-Koźlu wynosi ok. 40 dni. Powodem kolejek są niskie kontrakty z NFZ. Długi czas oczekiwania na określone świadczenia zdrowotne, a zwłaszcza na wizytę u lekarzy specjalistów oraz na wykonanie niezbędnej diagnostyki może istotnie zaważyć na szansach pacjenta na wyleczenie, bądź poprawę jakości życia.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wyniki przedłożonych badań epidemiologicznych wskazują, iż mimo postępu medycyny liczba zachorowań na nowotwory nowotworów skóry w tym czerniaka nie zmniejsza się. Co ważne, są to nowotwory możliwe do całkowitego wyleczenia niemal w każdym przypadku,

jeśli tylko zostaną odpowiednio wcześniej zdiagnozowane. Dlatego niezwykle ważna jest profilaktyka dermatologiczna.

2. Cele programu

a. Cel główny:

Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu schorzeń nowotworowych skóry wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle poprzez wykrywanie choroby we wczesnym stadium rozwoju.

b. Cele szczegółowe:

- wykształcenie właściwych nawyków odnośnie samoobserwacji zmian na skórze,
- ocena znamion skóry pod kątem przemian w nowotwory skóry,
- wykrycie wczesnych postaci nowotworów skóry,
- podjęcie adekwatnego postępowania leczniczego.

c. Oczekiwane efekty

- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych nawyków odnośnie samoobserwacji zmian na skórze oraz czynników ryzyka raka skóry,
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na nowotwory skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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

Beneficjentami badań profilaktycznych będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 45 - 75 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 430 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze pierwszego podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.
- Realizator badań opracuje druk Karty Objawów – która będzie podstawą do oceny czynników ryzyka wystąpienia nowotworów skóry. Karta Objawów będzie wypełniana przez pielęgniarkę na podstawie wywiadu z pacjentem. Wywiad powinien zawierać między innymi pytania o stan skóry tzn. informacje o wystąpieniu znamion na skórze lub zmianach w obrębie istniejących znamion a także czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na czerniaki skóry (np. korzystanie z solarium, oparzenia słoneczne, występowanie czerniaków w rodzinie).
- Przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat nowotworów skóry ich skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na w/w nowotwory.
- Wykonanie badania dermatoskopowego lub wideodermatoskopu przez lekarza dermatologa lub chirurga onkologa.
- Zgromadzenie informacji o badaniu.
- 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.

b. Planowane interwencje

- Badania przesiewowe.
- Poprawa świadomości oraz wykształcenie właściwych nawyków odnośnie samoobserwacji

zmian na skórze oraz czynników ryzyka raka skóry.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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.

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

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

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Dermatoskopia jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną stosowaną w dermatologii. Badanie polega na oglądaniu zmian chorobowych skóry za pomocą dermatoskopu. Jest to badanie mikroskopowe powierzchni skóry umożliwiające obserwację i ocenę struktur barwnikowych na poziomie skóry. Dermatoskop jest to specjalne urządzenie optyczne posiadające kilku lub kilkunastokrotne powiększenie. Wbudowane oświetlenie boczne (oświetlające oglądaną powierzchnię), pozwala uzyskać "trójwymiarowy obraz" skóry (uwidacznia głębsze struktury oglądanej zmiany). Dermatoskopia jest badaniem pośrednim między oceną kliniczną (tzw. okiem nieuzbrojonym) a badaniem histopatologicznym wyciętej zmiany.

Zalety badania dermatoskopowego:

- a) bezpieczne,
- b) bezbolesne,
- c) możliwość wielokrotnych powtórzeń (zalecane przy większej ilości znamion),
- d) brak ograniczeń wiekowych,
- e) można wykonywać u kobiet ciężarnych.

Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:
 - a) lekarz dermatolog, chirurg onkolog zaznajomieni z kryteriami ABCDE z minimum 5 letnim doświadczeniem w zakresie diagnostyki schorzeń onkologicznych skóry z potwierdzoną praktyką w w/w zakresie - potwierdzone stosownymi dokumentami, certyfikatami;

- b) co najmniej 1 pielęgniarka legitymująca się doświadczeniem w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami, która będzie wypełniać następujące zadania:
- współudział w części edukacyjno-promocyjnej programu,
 - techniczna obsługa programu,
 - obsługa bazy danych mieszkańców miasta objętych badaniami (w liczbie określonej w umowie na realizację programu).
- 1) Pacjentom z podejrzeniem nowotworu złośliwego dalszą diagnostykę, sfinansowaną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz zapewnić zlecającemu przekazanie kompletnej informacji (pozbawionej cech identyfikacji personalnej) o potwierdzeniu rozpoznania u mieszkańców przebadanych w ramach programu.
 - 2) realizator programu zobowiązany jest do prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
 - 3) realizator programu zobowiązany jest do prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;
 - 4) dysponowanie niezbędnym sprzętem do realizacji programu (m.in. dermatoskopem lub wideodermatoskopem), 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);
 - 5) dysponować gabinetem lekarskim spełniającym wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

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

- 1) wypełnienie karty objawów,
- 2) konsultacja lekarska,
- 3) badanie fizykalne skóry z użyciem sprzętu optycznego tj. dermatoskopu,
- 4) sporządzenie rejestru osób z dużym ryzykiem i ustalenie rytmu badań kontrolnych,
- 5) poinformowanie uczestników programu o sposobach samokontroli.

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie 35zł.

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

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

Na program planuje się przeznaczyć co roku po 15.000,00zł.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Z powodu czerniaka każdego roku rejestruje się coraz więcej zachorowań – nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Wiele z tych zachorowań kończy się zgonami. Choroba ta nie powinna być lekceważona, a o jej właściwą profilaktykę powinien dbać każdy. Wykonując badania profilaktyczne i stosując się do zaleceń profilaktycznych lekarzy dermatologów i Światowej Organizacji Zdrowia można zapobiec skutkom najbardziej niebezpiecznego nowotworu wśród nowotworów skóry.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 6
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania jaskry”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Jaskrą nazywa się grupę schorzeń, charakteryzujących się postępującym niszczeniem nerwu wzrokowego. Destrukcji tej towarzyszą charakterystyczne zmiany w tarczy nerwu wzrokowego; prowadzi ona do powstania ubytków w polu widzenia, ostatecznie kończących się ślepotą. Jaskra jest główną i najczęstszą przyczyną ślepoty w krajach cywilizacyjnie rozwiniętych. Do głównych czynników ryzyka jaskry należą:

- dziedziczenie – współczesne badania genetyczne jednoznacznie podkreślają rolę genów w występowaniu jaskry. Niektóre z nich pokazują, że jeśli w rodzinie, zwłaszcza po stronie matki, występuje jaskra to ryzyko przekazania jej potomstwu wynosi nawet 60%;
- rasa – jaskra najczęściej występuje u rasy czarnej – chorobę tę spotyka się wśród czarnoskórych 4-krotnie częściej niż u rasy białej;
- wiek – jaskra występuje u ok. 2% ludzi po 30. roku życia. Im człowiek jest starszy, tym prawdopodobieństwo jaskry wzrasta: wśród osób w wieku 60–70 lat na jaskrę choruje 5–7%, wśród 80-latków częstotliwość może wynosić nawet 10%;
- naczyniowe czynniki ryzyka: niskie ciśnienie krwi – prawdopodobieństwo wystąpienia jaskry u pacjentów, u których ciśnienie rozkurczowe spada poniżej 40 mmHg jest bardzo wysokie – objawy naczynioskurczowe – manifestują się skłonnością do zimnych dłoni i stóp. U osób borykających się z tymi problemami jaskra występuje częściej
- cukrzyca – jest ciężką chorobą, która uszkadza naczynia krwionośne i właśnie dlatego sprzyja występowaniu jaskry;
- miażdżyca – to także choroba naczyń, która może prowadzić do destrukcji nerwu wzrokowego, przyczyniając się do powstania jaskry
- migreny – ok. 50% chorych na tzw. jaskrę z normalnym ciśnieniem cierpi również na migreny;

miejscowe czynniki ryzyka:

- podwyższony poziom ciśnienia śródgałkowego – wzrost ciśnienia wewnątrz oka jest uważany za czynnik powodujący występowanie jaskry.
- budowa anatomiczna gałki ocznej – niewielka gałka oczna oraz tzw. wąski kąt przesączania predysponują do wystąpienia jaskry zamykającego się kąta;
- krótkowzroczność – wiąże się przede wszystkim z noszeniem okularów, ale to także poważna choroba całej gałki ocznej, prowadząca do zaburzeń krążenia krwi, mogących skutkować jaskrą

Tylko wczesne wykrycie i wczesne rozpoczęcie leczenia może zapobiec lub powstrzymać proces destrukcji nerwu wzrokowego, który dokonuje się w jaskrze. Leczenie jaskry nie naprawi już raz uszkodzonego wzroku, ale może zatrzymać postęp choroby i zapobiec ślepotie, zaś jaskra nieleczona nieuchronnie prowadzi do całkowitej, nieodwracalnej ślepoty. Jedyną metodą uchronienia się przed tymi skutkami jest regularne, specjalistyczne badanie oczu wykonywane przez lekarza okulistę. U osób należących do grupy największego ryzyka, badania te powinny być przeprowadzane nawet 2 razy w roku, zaś u pozostałych raz na 2–3 lata.



Jaskra pole widzenia.

b. Epidemiologia:

Światowa Organizacja Zdrowia uznała jaskrę za chorobę cywilizacyjną. Na całym świecie na jaskrę choruje około 70 milionów osób, dlatego też choroba ta została uznana za problem ogólnoswiatowy. 8 milionów ludzi na świecie całkowicie straciło wzrok z powodu późnego wykrycia jaskry. Jak podkreśla Światowa Organizacja Zdrowia jaskra jest jedną z głównych przyczyn ślepoty. Według statystyk w Polsce ok. 800 tys. osób choruje na jaskrę, jednak zaledwie 65 tys. chorych jest świadomych choroby i znajduje się pod specjalistyczną opieką lekarską. Jaskra jest schorzeniem oczu, które charakteryzuje się postępującym uszkodzeniem nerwu wzrokowego. Przez wiele lat potrafi się rozwijać bezobjawowo, następnie chory stopniowo traci pole widzenia. Wczesne rozpoznanie jaskry jest trudne, ponieważ u większości chorych (ok. 75%) początek choroby jest bezobjawowy, a ubytki w polu widzenia mogą być niezauważalne dla pacjenta. W związku z postępującym wydłużaniem się życia i starzeniem się społeczeństwa, problem jaskry będzie narastał. Tym bardziej istotne jest budowanie świadomości wagi tego problemu.

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

Ogólna liczba mieszkańców – 60.311 osób (na dzień 30.08.2013r.). Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu: tj. osoby w wieku 36-66 lat.

Szacowana liczba osób w wieku 36-66 w latach (stan na dzień 04.11.2013):

2014 - 26886

2015 - 26925

2016 - 26877.

d. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Trudności we wczesnym wykryciu jaskry i zastosowaniu właściwego leczenia wynikają z faktu, iż objawy choroby przez długi okres mogą pozostawać utajone, bez charakterystycznych zmian w widzeniu. Dlatego, ze względu na długą fazę przedkliniczną tej choroby, badania przesiewowe w jej przypadku są szczególnie uzasadnione. Wykrycie jaskry we wczesnym stadium i szybkie wdrożenie leczenia daje chorym szansę na zatrzymanie

choroby i uratowanie wzroku. Zniszczenie nerwu wzrokowego w jaskrze jest nieodwracalne, ale leczenie może opóźnić proces jego destrukcji, wpływając na zachowanie funkcji widzenia, a tym samym na utrzymanie wysokiej „jakości życia” rozumianej jako zdolność do uczestnictwa w życiu codziennym oraz aktywności społecznej i zawodowej. Jedynym sposobem uniknięcia niekorzystnych konsekwencji choroby jest regularne badanie wzroku ukierunkowane na jej wykrycie. Niestety, obok niewystarczającego często poziomu wiedzy pacjentów na temat jaskry, istotnym problemem jest ograniczona dostępność do okulisty, przejawiająca się między innymi długim okresem oczekiwania na wizytę specjalistyczną. W Gminie Kędzierzyn-Koźle średni czas oczekiwania na wizytę w poradni okulistycznej wynosi 137 dni. Dzięki działaniom realizowanym w ramach Programu wzrośnie dostępność do lekarza okulisty.

2. Cele programu

a. Cel główny:

Zwiększenie wczesnego wykrycia jaskry u mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

b. Cele szczegółowe:

- podwyższenie poziomu wiedzy w społeczeństwie na temat objawów i wczesnego wykrywania jaskry,
- zwiększenie liczby wykrywanych przypadków jaskry we wczesnym stadium choroby, w którym włącznie leczenia może zahamować tempo jej rozwoju,
- zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji,
- wykrycie w trakcie badań innych schorzeń oczu,
- zwiększenie dostępności do lekarza okulisty dla mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie liczby osób z zaawansowaną jaskrą,
- świadome zgłaszanie się pacjentów do lekarza okulisty,
- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie liczby osób z zaawansowaną jaskrą,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem jaskry.

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

Badaniami będą objęci mieszkańcy gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 36 - 66 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

Szacowana liczba osób w wieku 36-66 w latach (stan na dzień 04.11.2013):

2014 - 26886

2015 - 26925

2016 - 26877.

Zakłada się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 200 osób z obszaru Gminy Kędzierzyn-Koźle.

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 min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie.
- Ogłoszenia parafialne.
- Zachęcanie do udziału w Programie przez lekarzy pierwszego kontaktu.
- 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.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn - Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

1. przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą (załącznik nr 1);

2. przeprowadzenie badań: badanie ostrości wzroku, gonioskopia, badanie dna oka, badanie pola widzenia;
3. przeprowadzenie edukacji pacjenta na temat jaskry jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
4. 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.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie porad okulistycznych wraz z badaniami ostrości wzroku, gonioskopii, badania dna oka, badania pola widzenia oraz edukację zdrowotną.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Czynniki, które powinny skłonić do wizyty u okulisty:

- przypadki jaskry w rodzinie,
- wiek po 35 roku życia,
- niskie ciśnienie ogólne krwi,
- objawy naczynioskurczowe,
- zaburzenia gospodarki tłuszczowej,
- migreny,
- podwyższony poziom ciśnienia w oku,
- krótkowzroczność.

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie z wyłączeniem osób, u których stwierdzono jaskrę.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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.

W trakcie realizacji Programu wykonywane będzie badanie pola widzenia, komputerowe badanie wzroku oraz tonometria.

Badanie pola widzenia - polega na wykreślaniu na schematach pola widzenia, czyli obszaru widzianego nieruchomym okiem. Badanie przeprowadza się dwoma metodami: poprzez rzutowanie siatkówki na wewnętrzną powierzchnię kulistą (perymetria) oraz na powierzchnię płaską (kampimetria). Komputerowe badanie wzroku czyli refraktometria służy do pomiaru błędu optycznego oka (wady refrakcji). Jest to badanie nie wymagające przygotowania pacjenta, które w krótkim czasie daje informację o wielkości wady. Nie zastąpi ono jednak pełnego badania, ani nie pozwoli dobrać odpowiednich szkieł korekcyjnych. Tonometria to pomiar ciśnienia wewnątrz gałki ocznej. Tonometria stanowi część rutynowego badania okulistycznego. Jest jednak szczególnie wskazana w przypadku jaskry, nadciśnienia ocznego (lub ich podejrzenia), a także w trakcie kontroli po zabiegach na gałce ocznej.

W ramach realizacji Programu, planowane jest przeprowadzenie działań edukacyjnych

mających na celu podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie na temat jaskry i jej skutków, jak również kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych. Ponadto prowadzone będą przez Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia działania edukacyjne skierowane do wszystkich mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle na temat profilaktyki jaskry polegające min. 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.

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

W przypadku wskazań do dalszej diagnozy czy leczenia pacjent uczestniczący w Programie otrzyma informację wraz z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Badania pola widzenia, komputerowe badanie wzroku oraz tonometria są bezpieczne i nieinwazyjne. Wykonywane są w sposób szybki i bezbolesny. Nie wymagają przygotowania ze strony pacjenta.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:
 - lekarz specjalista okulista mający co najmniej 5 letnie doświadczenie - potwierdzone stosownymi dokumentami,
 - pielęgniarka legitymująca się doświadczeniem w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami,
- dysponowanie niezbędnym sprzętem do realizacji programu, 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);
- dysponowanie lokalem spełniającym wymogi 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 co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów.

h. Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1])

Badanie pola widzenia pozwala na dokładne określenie ubytków w polu widzenia. Wskazaniem do wykonania badania jest : jaskra, choroby nerwu wzrokowego, odwarstwienie siatkówki, różne choroby siatkówki takie jak retinopatia barwnikowa, choroby OUN. Komputerowe badanie wzroku pozwala ocenić ostrości wzroku natomiast tonometria stanowi

część rutynowego badania okulistycznego. Jest jednak szczególnie wskazana w przypadku jaskry, nadciśnienia ocznego (lub ich podejrzenia), a także w trakcie kontroli po zabiegach na gałce ocznej.

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

Program profilaktyki jaskry polegający na: badaniu pola widzenia, komputerowym badaniu wzroku oraz tonometrii prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle od 2006 roku. W latach 2006-2013 łączny koszt realizacji w/w programu wyniósł 66.153,50zł.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

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

1. edukacji pacjentów,
2. badanie pola widzenia,
3. komputerowe badanie wzroku
4. tonometria.

Szacuje się, iż całkowity koszt realizacji Programu u jednego pacjenta wynosić będzie 26zł.

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

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

Na program planuje się przeznaczyć się co roku po 5.000,00zł.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle i zainteresowania Programem przez mieszkańców gminy.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że zapobieganie tej chorobie, jak również wcześniejsze jej wykrycie i szybkie podjęcie leczenia daje dużą szansę zahamowania jej rozwoju. Przy zmniejszeniu liczby osób zagrożonych zachorowaniem na jaskrę, koszty opieki zdrowotnej mogłyby ulec znacznemu obniżeniu.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

WYWIAD OKULISTYCZNY

Data badania

Imię i nazwisko

Wiek

WYWIAD OKULISTYCZNY

Bóle gałek ocznych

tak nie

Objaw „kół tęczyowych”

tak nie

Łzawienie

tak nie

Krótkowzroczność

tak nie

Nadwzroczność

tak nie

Inne

choroby

oczu

–

podać

jakie

.....

WYWIAD OGÓLNY

Jaskra w rodzinie

tak nie

Bóle głowy

tak nie

Niskie ciśnienie tętnicze

tak nie

Nadciśnienie tętnicze

tak nie

Cukrzyca

tak nie

Zaburzenia gospodarki lipidowej

tak nie

Niewydolność krążenia mózgowego

tak nie

Objaw zimnych stóp i dłoni

tak nie

Astma

tak nie

Nadczynność tarczycy

tak nie

Palenie tytoniu

tak nie

Inne choroby ogólne – podać jakie

Przyjmowane leki ogólne – podać jakie

Załącznik nr 7
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka prostaty”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Gruczoł krokowy (stercz) jest narządem wielkości kasztana, położonym w miednicy, poniżej pęcherza moczowego. Przez jego miąższ przebiega część sterczowa cewki moczowej. Tylne części stercza przylega bezpośrednio do odbytnicy. Nowotwory złośliwe rozwijają się przede wszystkim w obwodowej części gruczołu.

Ryzyko raka gruczołu krokowego (nazywanego inaczej rakiem prostaty lub rakiem stercza) wzrasta z wiekiem. Nowotwór ten bardzo rzadko ujawnia się przed 50. rokiem życia, a ponad połowa chorych w momencie rozpoznania ma co najmniej 70 lat. Szacuje się, że pomiędzy 60. a 70. rokiem życia dotyczy to około połowy mężczyzn. W większości przypadków nowotwór ten nigdy nie ujawnia się jako postać dająca objawy, może jednak w wielu wypadkach zostać wykryty poprzez oznaczanie stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) i biopsję gruczołu (pobranie igłą wycinka). Tak więc, częstość wykrywania raka prostaty jest pochodną rzeczywistej częstości jego występowania oraz intensywności badań mających prowadzić do wczesnego wykrycia tego nowotworu.

Czynniki związane z podwyższonym ryzykiem rozwoju raka prostaty to:

- obciążenie rodzinne (rak stercza w rodzinie),
- rasa czarna,
- otyłość i dieta wysokotłuszczowa,
- narażenie na androgeny (męskie hormony płciowe).

Obecnie większość raków prostaty wykrywana jest w stadium bezobjawowym - chorzy są diagnozowani w związku ze stwierdzeniem podwyższenia stężenia PSA lub trafiają do urologa z powodu objawów łagodnego przerostu gruczołu krokowego. W przypadku rozwoju nowotworu w centralnej części gruczołu mogą, podobnie jak w przerście, wystąpić dolegliwości związane z oddawaniem moczu, takie jak trudności w opróżnieniu pęcherza czy częstomocz.

Nowotwory zaawansowane miejscowo mogą wywoływać objawy związane z zajęciem sąsiednich narządów, takie jak bóle podbrzusza czy zaburzenia oddawania moczu i stolca. Zajęcie węzłów chłonnych może prowadzić do (zwykle jednostronnego) obrzęku kończyny dolnej i/lub genitaliów.

Około 5-10% raków prostaty wykrywanych jest w stadium zaawansowanym. Ponieważ nowotwór ten początkowo powoduje głównie przerzuty do kości, pierwszym objawem w tej grupie chorych są zwykle dolegliwości ze strony układu kostnego: ból, ucisk innych wrażliwych struktur, rzadziej złamania wywołane przez przerzuty. W odróżnieniu od większości nowotworów w raku stercza typowe są przerzuty osteosklerotyczne (osteoblastyczne – zwiększające gęstość tkanki kostnej w obrębie przerzutu).

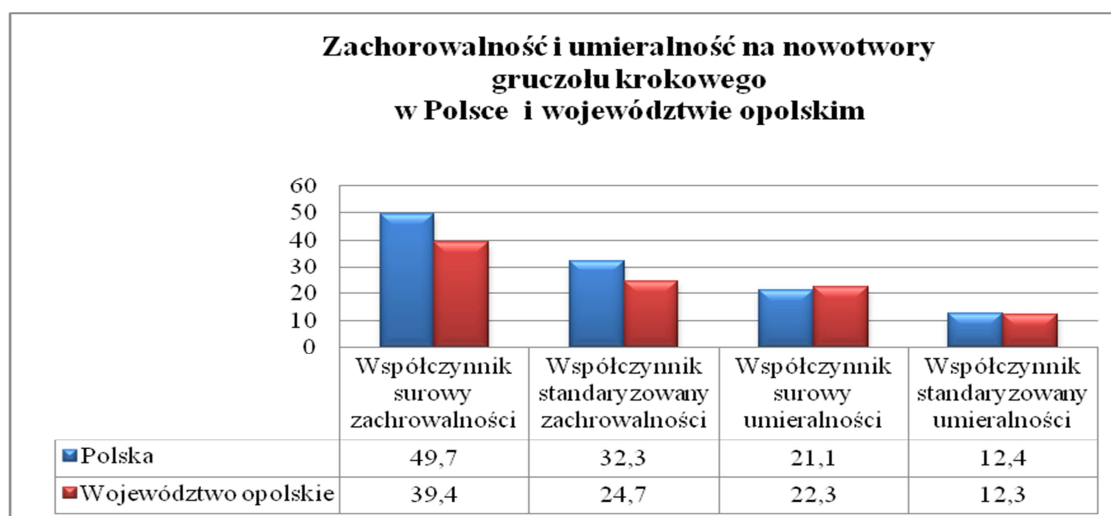
b. Epidemiologia:

Rak gruczołu krokowego jest najczęstszym złośliwym nowotworem litym u mężczyzn w Europie i Stanach Zjednoczonych, rozpoznawanym w 214 przypadkach na 1000 mężczyzn i prowadzi do 11% wszystkich zgonów związanych z rakiem. W Polsce zajmuje drugie miejsce (po raku płuc) pod względem zachorowalności. Co roku rozpoznaje się ok. 7000 nowych zachorowań. Jest także najczęstszym nowotworem i stanowi 20% wszystkich nowotworów. Częstość występowania raka prostaty zwiększa się z wiekiem mężczyzn.

Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu krokowego w latach 2005 - 2010 (liczby bezwzględne) wśród mężczyzn w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów, obrazuje poniższy wykres:



Współczynnik surowy zachorowalności (umieralności) - jest miarą ryzyka zachorowania (zgonu) na nowotwór złośliwy i określa liczbę rejestrowanych zachorowań (zgonów) na dany nowotwór (grupę nowotworów) na 100 tys. osób w danym roku. Współczynnik standaryzowany (wg wieku) zachorowalności (umieralności)- jest miarą ryzyka zachorowania (zgonu) na nowotwór złośliwy i określa, ile zachorowań (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. Poniżej przedstawiono współczynniki surowe zachorowalności (umieralności) oraz współczynniki standaryzowane zachorowalności (umieralności) w Polsce i województwie opolskim w oparciu o dane Krajowego Rejestru Nowotworów oraz Opolskiego Rejestru Nowotworów w roku 2010.



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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą mężczyźni w wieku 50 - 65 lat zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały.

Liczba mężczyzn, którzy w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

2014 - 6574
2015 - 6589
2016 - 6694

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

Badanie PSA jest badaniem wykonywanym w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Katalog badań diagnostycznych wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie przewiduje badania PSA.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Wczesne wykrywanie i rozpoznawanie choroby zwiększa szansę jej wyleczenia, co uzasadnia przeprowadzenie badań przesiewowych. Okresowe oznaczanie stężenia PSA uznaje się za najbardziej przydatną metodę skринingu raka prostaty. Ma ono zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do mężczyzn będących w wieku, który uzasadnia poddanie ich leczeniu radykalnemu w razie rozpoznania raka. Prowadzenie skринingu przyczynia się do wykrywania raka stercza u większej liczby mężczyzn, w tym także raka ograniczonego do stercza, który ma małą lub umiarkowaną złośliwość. Tym samym skринing pozwala na wyłonienie spośród chorych na raka prostaty dużego odsetka mężczyzn, u których można zastosować leczenie.

2. Cele programu

a. Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej mężczyzn Gminy Kędzierzyn-Koźle.

b. Cele szczegółowe:

- zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków raka prostaty,
- poprawa zgłaszalności mężczyzn na badania przesiewowe,
- zwiększenie świadomości i wiedzy mężczyzn na temat profilaktyki raka prostaty,
- ułatwienie dostępu do badań mężczyznom z gminy Kędzierzyn-Koźle.

c. cele szczegółowe:

- wczesne wykrycie raka prostaty,
- wykrycie łagodnego rozrostu prostaty,
- edukacja zdrowotna mężczyzn i poprawa świadomości zdrowotnej.

d. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie zachorowalności na raka prostaty,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

e. 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

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą mężczyźni w wieku 50 - 65 lat zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały.

Liczba mężczyzn, którzy w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

2014 - 6574

2015 - 6589

2016 - 6694

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 1200 mężczyzn. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzić będą również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,

- liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- wykonanie badania poziomu PSA,
- przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją 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 realizatora Programu.

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 oraz zdrowy styl życia podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich.

b. Planowane interwencje

Oznaczenia stężenia PSA (swoisty antygen sterczowy) w surowicy krwi - wyniki badań prezentowane w sposób ilościowy.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w Gminie Kędzierzyn-Koźle średni czas oczekiwania na wizytę w poradni urologicznej wynosi 58 dni. Dzięki działaniom realizowanym w ramach Programu pacjenci zgłaszający się na wizytę do urologa będą posiadać wynik badania PSA.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie pobranie krwi w celu oznaczenia markera nowotworowego PSA w surowicy krwi. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badanie przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (pielęgniarki i diagnosty laboratoryjni);
- dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, składającym się z laboratorium 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), potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka prostaty prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle od 2002 roku. Badania polegały na oznaczeniu w surowicy krwi metodami stężenia markera nowotworowego raka gruczołu krokowego wyniki badań z roku 2013 przedstawiają się następująco:

Wartości pożądane	Ilość osób przebadanych	Ilość osób z nieprawidłowymi wartościami
Wiek do 50 r.ż. – do 1.0 ng/ml	180	24
Wiek powyżej 50 r.ż. – do 2.0 ng/ml	1220	156

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt oznaczenia stężenia PSA w surowicy krwi u jednej osoby wynosi 25,00zł.

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

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

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2014	30.000,00
2015	30.000,00
2016	30.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Przygotowując Program zwrócono się min. 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. Podmioty wskazały konieczność kontynuacji programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka prostaty. Zaplanowane na realizację Programu środki gwarantują szeroki dostęp do udziału w badaniach.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 8
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Rak jelita grubego to złośliwy rozrost komórek błony śluzowej okrężnicy lub odbytnicy. Zwykle rak rozwija się z niezłośliwych zmian zwanych gruczolakami, które w początkowych stadiach mają formę polipów. W większości przypadków polipy nie powodują żadnych objawów. Niewykryte i nieusunięte zmiany polipowate mogą z czasem przekształcić się w raka.

Objawy nowotworów jelita grubego są uzależnione od stopnia zaawansowania choroby i umiejscowienia choroby w obrębie jelita. Do typowych wczesnych objawów należą:

- krwawienie z odbytnicy (zwłaszcza powtarzające się),
- obecność krwi w stolcu po defekacji,
- naprzemienne występowanie zaparć i biegunek,
- uporczywe biegunki,
- zmiana w kształcie i rozmiarach stolca,
- ból i skurcze brzucha,
- zaparcia.

Wśród objawów późnych można wymienić typowe objawy zaawansowanego nowotworu:

- postępującą utratę masy ciała,
- brak apetytu,
- osłabienie,
- anemię itp.

Czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo zapadalności na nowotwór jelita grubego są także predyspozycje genetyczne oraz zdiagnozowane przypadki zachorowań na raka jelita grubego wśród członków najbliższej rodziny. Do najważniejszych czynników środowiskowych zwiększających ryzyko rozwoju raka jelita grubego należą m.in. dieta (z przewagą tłuszczów zwierzęcych i jednocześnie ubogiej w błonnik oraz wapń), palenie tytoniu, spożywanie alkoholu i brak aktywności fizycznej.

W związku z powyżej wymienionymi czynnikami ryzyka opracowane zostały zalecenia dietetyczne chroniące przed zachorowaniem na raka jelita grubego. Rekomendowane jest odpowiednie zbilansowanie wartości kalorycznych spożywanych produktów. Zaleca się jedzenie dziennie ok. 10 różnych warzyw i owoców bogatych we włókna roślinne, chlorofil, antyoksydanty itp., utrzymanie równowagi pomiędzy ilością spożywanych kwasów tłuszczowych omega 3 i omega 6, małe spożycie tłuszczu. Należy wykluczyć z diety cukry i mąkę rafinowaną oraz czerwone i przetworzone mięso. Stwierdzono ponadto, że aktywność fizyczna jest czynnikiem, który przyczynia się do obniżenia ryzyka wystąpienia raka jelita grubego. Dotyczy to zarówno osób uprawiających sport zawodowo, jak i osób, które aktywnie spędzają wolny czas. Również regularne przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych, takich jak aspiryna, zmniejsza ryzyko rozwoju raka jelita grubego.

b. Epidemiologia:

Nowotwór jelita grubego jest drugim, po raku płuca u mężczyzn i raku piersi u kobiet, najczęściej występującym nowotworem w Polsce. Nowotwory złośliwe jelita grubego stanowią u mężczyzn około 12%, a u kobiet 10% zachorowań.

Częstość zachorowań na nowotwory jelita grubego w Polsce w 2010 roku:



Nowotwór jelita grubo jest diagnozowany u ponad 15,5 tys. osób rocznie. Każdego dnia z jego powodu umiera w Polsce aż 28 osób. Wcześnie wykryty daje lekarzom szansę na szybkie podjęcie leczenia i skuteczniejszą terapię. Każdego roku zapadalność na raka jelita grubego wynosi ok. 1,2 mln osób na świecie, z czego aż 60 proc. W krajach wysokorozwiniętych. W Unii Europejskiej nowotwór diagnozuje się u prawie pół mln osób rocznie. 200 tys. chorych nie udaje się uratować, co sprawia, że rak jelita grubego jest drugim, po raku płuca, najbardziej śmiertelnym nowotworem w Unii. Co niepokojące, Polska odnotowuje najwyższą dynamikę liczby zachorowań na raka jelita grubego w całej Europie. Liczba osób w naszym kraju, w szczególności mężczyzn, które przegrywają walkę z tym nowotworem jest o wiele wyższa, niż w krajach Europy Zachodniej i Północnej, gdzie współczynnik umieralności na to schorzenie spada. W skali kraju, rak jelita grubego należy do grupy nowotworów najbardziej obciążonych śmiertelnością, zabierając każdego roku prawie 10,5 tys. osób.

Również w województwie opolskim suma zgonów wśród mężczyzn w roku 2010 z powodu nowotworów okrężnicy, odbytnicy i esicy (C18, C20, C19 - 12,89% wszystkich zgonów nowotworowych) wskazuje, że nowotwory jelita grubego stanowią u mężczyzn drugą, po nowotworach płuca, przyczynę zgonu. Natomiast wśród kobiet zgony z powodu nowotworów jelita grubego (C18, C19, C20) stanowiły w roku 2010 łącznie 15,21% wszystkich zgonów, a więcej niż zgony z powodu raka płuca czy raka piersi.

Liczbę zarejestrowanych zachorowań i zgonów z powodu nowotworów okrężnicy, odbytnicy i esicy w latach 2001 - 2010 (liczby bezwzględne) wśród mężczyzn i kobiet w województwie opolskim, na podstawie danych z Opolskiego Rejestru Nowotworów, obrazuje poniższa tabela:

Zarejestrowane zachorowania w latach 2001-2010 liczby bezwzględne												
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	C18	Nowotwór złośliwy okrężnicy	115	99	96	114	112	108	133	130	145	126
	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	11	12	6	10	10	14	18	17	20	17
	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	87	97	83	102	89	90	84	111	97	119
Kobiety	C18	Nowotwór złośliwy okrężnicy	97	101	99	88	104	121	115	111	122	106
	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	10	5	7	9	6	12	11	15	19	20
	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	57	68	65	71	59	66	46	56	59	70

Zarejestrowane zgony w latach 2001-2010 liczby bezwzględne												
Płeć	ICD 10	Nazwa rozpoznania	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mężczyźni	C18	Nowotwór złośliwy okrężnicy	95	75	76	82	80	92	107	92	110	117
	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	0	0	1	1	4	3	7	11	7	2
	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	27	34	34	2	56	67	43	55	52	52
Kobiety	C18	Nowotwór złośliwy okrężnicy	72	73	92	83	90	94	87	99	86	99
	C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	0	1	0	1	5	5	1	4	5	4
	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	23	26	18	38	50	39	37	36	29	50

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 43-73 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na

terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

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

W ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego wykonywane są badania u osób w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, osób w wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, osób w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością). W ramach zadania wykonuje się kolonoskopię oraz usuwa polipy poniżej 10mm. Ośrodki kolonoskopowe współpracują z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto w ramach programu realizowana jest kontrola jakości badań kolonoskopowych, prowadzona jest wysyłka zaproszeń do populacji oraz szkolenia dla kolonoskopistów i histopatologów a także koordynacja i monitorowanie programu.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Badania przesiewowe są jedyną szansą na wczesne wykrycie nowotworu u osób, które nie mają jeszcze dolegliwości. Rak jelita grubego występuje często i stanowi istotny problem epidemiologiczny w skali kraju. Prowadzenie działań profilaktycznych umożliwi 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka jelita grubego.

b. Cele szczegółowe:

- podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
- kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych,
- zwiększenie odsetka nowotworów jelita grubego wykrywanych we wczesnym stadium,
- obniżenie kosztów leczenia raka jelita grubego,

- zwiększenie motywacji do udziału w Programie badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem raka jelita grubego,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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

Beneficjentami Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 43 - 73 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w Programie (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

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

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 min. 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.

Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- badanie kału na krew utajoną,
- przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem,
- przeprowadzenie edukacji na temat raka jelita grubego jego skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badania kału na krew utajoną oraz kampanii informacyjno – edukacyjnej.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 43-73 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Programem nie mogą być objęte osoby, które już wcześniej leczyły się z powodu raka jelita grubego.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie.

Osoby objęte Programem będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Badania nie będą wymagały wcześniejszej rejestracji.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Gminny Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego będzie uzupełnieniem Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita

grubego, finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wczesne wykrycie krwi w kale umożliwi wczesną diagnostykę i wdrożenie skutecznego leczenia.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie: badanie kału na krew utajoną oraz kampanię informacyjno – edukacyjną. Badanie kału na krew utajoną to nieinwazyjne badanie. Polega na wykrywaniu, metoda niezależną od diety pacjenta obecności krwi w stolcu, która nie jest widoczna makroskopowo. Krew może pochodzić z dowolnego odcinka przewodu pokarmowego. Pozytywny wynik testu na krew utajoną w stolcu jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii. Krew w stolcu jest jednym z najczęstszych sygnałów ostrzegających o obecności raka w jelicie grubym. Skuteczność badań na krew utajoną zależy od regularności powtarzania – badania należy powtarzać co roku.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, składającym się z laboratorium 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), potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.
- posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami,
- posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2008 roku.

W 2013 roku spośród 908 osób przebadanych w kierunku obecności krwi utajonej w kale u 34 osób należało wdrożyć dalszą diagnostykę w celu wyeliminowania bądź potwierdzenia schorzeń jelita grubego. W latach 2008-2013 przeznaczono łącznie na realizację programu 94.980,00zł.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt wykonania badania kału na krew utajoną szacuje się na kwotę 15,00zł.

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	15.000,00
2015	15.000,00
2016	15.000,00

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Wykonywanie badania na krew utajoną przyczynia się do zmniejszenia zachorowań na raka jelita grubego, co wiąże się z wykryciem zmian polipowych, zanim ulegną zezłośliwieniu.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 9
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II”

2014r. – 2016r.

Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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.

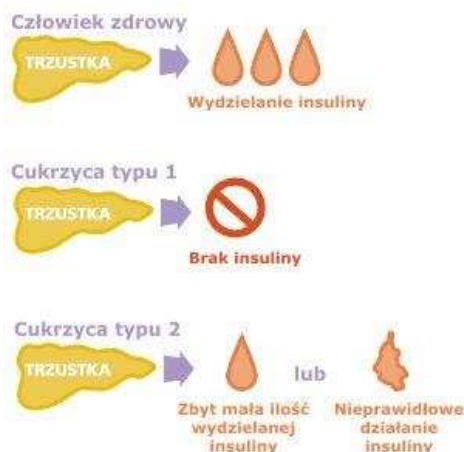
Klasyfikacja cukrzycy według WHO i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

- I. cukrzyca typu 1
 - typ autoimmunologiczny
 - typ idiopatyczny
- II. cukrzyca typu 2
- III. inne określone typy cukrzycy
- IV. 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.

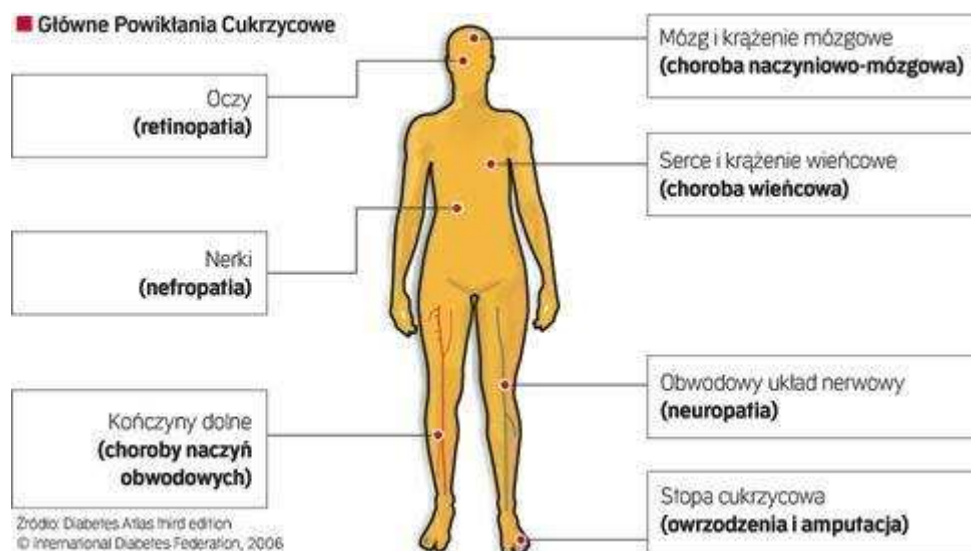
Zniszczenia komórek b trzustki, odpowiedzialnych za sekrecję insuliny jest przyczyną rozwoju cukrzycy typu 1 nazywanej również cukrzycą insulinozależną. Ten rodzaj cukrzycy (stanowiący około 5–10% wszystkich przypadków cukrzycy), związany jest z istniejącym procesem autoimmunizacyjnym i prowadzi do bezwzględnego 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 insulinozależnej 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.



b. Epidemiologia:

Raport dotyczący częstości występowania cukrzycy w poszczególnych regionach świata i w poszczególnych krajach przedstawia corocznie Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (International Diabetes Federation - IDF). W 2011 r. na świecie 366 mln osób chorowało na cukrzycę, podczas gdy w 1980 r. – 153 mln. Tak, więc w ciągu 31 lat liczba chorych na cukrzycę wzrosła o 213 mln – jest to liczba ponad pięciokrotnie przewyższająca obecną liczbę ludności w Polsce. W Europie w 2011r. na cukrzycę typu 2 chorowało 8,1% dorosłej populacji (w wieku 20 - 79 lat), czyli 52,8 mln osób, a liczba osób z nieprawidłową tolerancją glukozy (stan przedcukrzycowy) wynosiła 63 mln (9,6%). Oznacza to, że w Europie w 2011 r. zaburzenia gospodarki węglowodanowej (cukrzyca oraz stan przedcukrzycowy) występowały u prawie 116 mln osób. Szacuje się, że w 2030 r. liczba ta wzrośnie do prawie 36 mln. W Polsce, wg raportu IDF, w 2011 r. na cukrzycę chorowało 3,1 mln osób (10,6% dorosłej populacji), z czego 1 mln osób nie wiedziało, że na nią choruje. Tak więc 30% osób z cukrzycą miało nierozpoznaną tę chorobę i nie było leczone. Nieleczona cukrzyca jest przyczyną różnych powikłań tej choroby.

Częstość występowania cukrzycy i stanu przedcukrzycowego w Polsce w 2011 roku (populacja w wieku 20 - 79 lat):

Wyszczególnienie	Liczba osób [mln]
Cukrzyca	3,1
Nieprawidłowa tolerancja glukozy	5,2
Cukrzyca i stan przedcukrzycowy łącznie	8,3

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 43 - 73 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2270 osób.

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

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej 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, 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).

e. 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. 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2.

b. Cele szczegółowe:

- podniesienie świadomości mieszkańców gminy na temat występowania cukrzycy typu 2,
- podnoszenie poziomu wiedzy na temat objawów i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2,
- identyfikacja osób z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2,
- podjęcie działań prewencyjnych w kierunku cukrzycy typu 2 u osób z podwyższonym poziomem ryzyka wystąpienia cukrzycy,
- podjęcie działań mających na celu zapobieganie dalszemu rozwojowi cukrzycy i jej powikłań u osób z wykrytą cukrzycą,
- obniżenie kosztów leczenia cukrzycy i jej powikłań.

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę typu 2,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem cukrzycy i jej powikłań,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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

Beneficjentami badań profilaktycznych będą kobiety i mężczyźni zamieszkałi na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 43 - 73 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2500 osób. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze pierwszego kontaktu. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c),
- przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją 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 realizatora Programu.

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 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.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) kampanii informacyjno – edukacyjnej.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Beneficjenci będą zapraszani do Programu m.in. za pośrednictwem placówek finansowanych ze środków publicznych, dzięki czemu instytucje te zostaną częściowo odciążone od stale rosnącej liczby pacjentów a badania obejmą szerszą grupę mieszkańców.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c). 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.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (pielęgniarki i diagnosty laboratoryjni);
- dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, składającym się z laboratorium 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), potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2009 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2012 roku z badań skorzystało 2.785 mieszkańców gminy spośród których 552 osoby (ok. 20%) uzyskały nieprawidłowy wynik hemoglobiny glikowanej.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt wykonania badania hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u jednej osoby wynosi 22,00zł.

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

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

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2014	55.000,00
2015	55.000,00
2016	55.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

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, otrzymywaniem rent, a także przedwczesnymi zgonami). Zwłaszcza koszty pośrednie choroby i koszty leczenia jej powikłań rosną w szybkim tempie i stanowią ogromne obciążenie dla gospodarki. Roczne koszty związane z absencją chorobową, czasową lub trwałą niezdolnością do pracy (w tym wydatki na renty) chorych na cukrzycę wzrosły w latach 2010-2012 o 33 mln – z ok. 950 mln do 983 mln.

Aż trzy miliardy złotych, czyli połowę wszystkich wydatków na cukrzycę, 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. W okresie od 2009r. do 2012 r. łączne koszty leczenia powikłań (bezpośrednie i pośrednie) wzrosły o ok. 550 mln.

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

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 10
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych”

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

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. 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.

Stanowią one 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 2020 roku liczba zgonów wzrośnie do blisko 25 milionów.

b. Epidemiologia:

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 2020 roku liczba zgonów wzrośnie do blisko 25 milionów. W roku 2011 choroby te były najczęstszymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa opolskiego, podobnie jak i mieszkańców kraju. Stanowiły łącznie 47,4,6% ogólnej liczby zgonów w województwie (w kraju – 45,2%).

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób. Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały w wieku 35 - 66 roku życia.

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	14522	13274	27796
2015	14459	13331	27790
2016	14406	13363	27769

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

W Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20 %

zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej Programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka. Program skierowany jest do populacji osób obciążonych określonymi czynnikami ryzyka, zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i w danym roku będących w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Przygotowując Program zwrócono się min. 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. Wczesne rozpoznanie choroby pozwoli na szybką interwencję medyczną.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- zapobieganie oraz wczesne wykrywanie zaburzeń lipidowych.

b. Cele szczegółowe:

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

c. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie zachorowalności na choroby sercowo – naczyniowe,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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

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

Liczba osób, które w latach 2014-2016 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w badaniach (według danych z dnia 04.11.2013r.) przedstawia się następująco:

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	14522	13274	27796
2015	14459	13331	27790
2016	14406	13363	27769

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2400 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze pierwszego kontaktu. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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:
 - poziomu zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
 - liczby dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla gdzie wykonywane będą badania,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie profilu lipidowego oraz obliczenie współczynnika aterogenności czyli szkodliwego wpływu substancji tłuszczowych na naczynia krwionośne;
- przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją 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 realizatora Programu.

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 oraz zdrowy styl życia 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.

b. Planowane interwencje

Przeprowadzenie badania profilu lipidowego (stężenia cholesterolu, jego frakcji LDL i HDL, trójglicerydów) oraz obliczenie współczynnika aterosklerozy czyli szkodliwego wpływu substancji tłuszczowych na naczynia krwionośne, kampanii informacyjno – edukacyjnej.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Beneficjenci będą zapraszani do Programu m.in. za pośrednictwem placówek finansowanych ze środków publicznych, dzięki czemu instytucje te zostaną częściowo odciążone od stale rosnącej liczby pacjentów a badania obejmą szerszą grupę mieszkańców.

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia stężenia cholesterolu, jego frakcji LDL i HDL oraz trójglicerydów. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie stężenia 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.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponować specjalistycznym personelem medycznym (pielęgniarki i diagnosty laboratoryjni);
- dysponować lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, składającym się z laboratorium 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), potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- posiadać przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- posiadać przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

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

Program profilaktyki chorób prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2008 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem.

Wyniki badań z roku 2012 przedstawiają się następująco:

Oznaczany parametr	Wartości pożądane	Ilość przebadanych osób	Ilość osób z nieprawidłowymi wartościami
Cholesterol całkowity	<200 mg/dl	3397	2544
HDL cholesterol	Mężczyźni >40mg/dl Kobiety >50mg/dl	1153 2244	192 511
LDL cholesterol	Mężczyźni >110mg/dl Kobiety > 100mg/dl	1153 2244	812 1604
Triglicerydy	<150	3397	1189
Współczynnik antygenności	<5	3397	764

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacunkowy koszt wykonania badania u jednej osoby wynosi 25,00zł.

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

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

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2014	60.000,00
2015	60.000,00
2016	60.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.400,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Aby powstrzymać tempo, w jakim wzrastają wydatki na choroby układu krążenia, niezbędne jest wprowadzenie kompleksowego Programu zwiększającego wykrywalność chorób oraz skuteczną profilaktykę. Zaplanowane na realizację Programu środki gwarantują szeroki dostęp do Programu.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji.

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana 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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 11
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy”

2014r. – 2016r.

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

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Tarczycyca 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 najpierw 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 trijodotyroniny. 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 woła guzkowego),
- chorobę Hashimoto.

b. Epidemiologia:

Choroby tarczycy są bardzo powszechne i szczególnie często dotyczą kobiet. Wykryte wcześniej, 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-krotnienniejsza.

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.

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 33-63 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13856	13020	26876
2015	13822	13072	26894
2016	13797	13176	26973

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2270 osób.

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

Wykrywanie chorób tarczycy, w szczególności nowotworów, wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. nr 137 poz. 1126).

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 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 139, poz. 1139 ze zm.).

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Przygotowując Program zwrócono się min. 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.

2. Cele programu

a. Cel główny:

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

b. Cele szczegółowe:

- wczesne wykrywanie niektórych schorzeń tarczycy (nadczynności tarczycy, niedoczynności tarczycy oraz guzków tarczycy),
- zwiększenie świadomości i wiedzy na temat potrzeby prowadzenia badań profilaktycznych w kierunku wykrywalności schorzeń tarczycy,
- zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy.

c. Oczekiwane efekty

- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy na temat chorób tarczycy,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z chorobą tarczycy,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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 33-63 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13856	13020	26876
2015	13822	13072	26894
2016	13797	13176	26973

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 2270 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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 których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

1. badanie ultrasonograficzne tarczycy po badaniu pacjenci będą kierowani do laboratorium w celu oznaczenia poziomu hormonu tyreotropowego (TSH) oraz stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4);
2. przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją 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 realizatora Programu.

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. Zadanie ma na celu umożliwić mieszkańcom kontakt z lekarzami z dziedziny endokrynologii. Obecnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia średni czas oczekiwania na wizytę do poradni endokrynologicznej w Kędzierzynie -Koźlu wynosi 367 dni (stan na miesiąc 10.2013r.).

b. Planowane interwencje

Program obejmować będzie ultrasonograficzne badanie tarczycy, oznaczenie poziomu hormonu tyreotropowego (TSH), oznaczenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4) oraz kampanię informacyjno – edukacyjną.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Objęte Programem osoby będą zgłaszać się na badanie bez skierowania.

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

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

f. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Beneficjenci będą zapraszani do Programu m.in. za pośrednictwem placówek finansowanych ze środków publicznych, dzięki czemu instytucje te zostaną częściowo odciążone od stale rosnącej liczby pacjentów a badania obejmą szerszą grupę mieszkańców.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program obejmować będzie badanie USG tarczycy, pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia TSH i FT4. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Badania USG i pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie TSH i FT4 przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany lekarzy, zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni zatrudnieni w pracowni diagnostycznej);
- dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, składającym się z punktu pobrań materiału do badań, laboratorium, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego, pracowni USG i rejestracji pacjentów 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), potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- dysponowanie sprzętem do badań USG (aparat do USG potwierdzony stosownym dokumentem, w tym nazwa aparatu, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu), dopuszczonym do stosowania i wykrywania zmian metabolicznych w obrębie tarczycy;
- posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2002 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2012 roku z badań skorzystało 1085 mieszkańców gminy (spośród wszystkich badanych u 10% stwierdzono nieprawidłowe wyniki TSH i FT4).

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

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

- ultrasonograficzne badanie tarczycy (50,00zł),
- badanie poziomu hormonu tyreotropowego oraz oznaczenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny (35,00zł)

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

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	75.000,00
2015	75.000,00
2016	75.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem w latach poprzednich. Ze względu na fakt iż choroby gruczołu tarczowego są bardzo rozpowszechnione a nieleczone mogą prowadzić do trwałej utraty zdrowia powinny być one jak najszybciej rozpoznawane i leczone.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu, sposobu jego realizacji i dostępności i informacji.

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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 12
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN”

2014r. – 2016r.

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

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Choroby naczyniowe mózgu są najczęstszymi chorobami neurologicznymi. Urazy mózgu, czyli różnego stopnia (zwykle nagłe) upośledzenia krążenia mózgowego można ogólnie podzielić na krwotoczne oraz na znacznie częstsze – niedokrwienne.

Najczęstsze mechanizmy udarów niedokrwiennych mózgu to zatorowość tętniczo-tętnicza oraz wytworzenie się zakrzepu powodującego zamknięcie światła naczynia lub jego zwężenie istotne pod względem hemodynamicznym. Materiał zatorowy może pochodzić z pękniętej niestabilnej blaszki miażdżycowej. Może także tworzyć go oderwana skrzeplina, jej fragment lub agregaty płytek krwi – występowaniu tego zjawiska sprzyja owrzodzenie blaszki. Zatory występują najczęściej w węższych naczyniach śródczaszkowych, szczególnie w odgałęzieniach tętnicy mózgu środkowej czy też w tętnicy ocznej. W przypadku zakrzepu zamykającego tętnicę szyjną wewnętrzną do udaru niedokrwiennego mózgu dochodzi wtedy, gdy krążenie oboczne przez koło tętnicze mózgu jest niewydolne. Jednak nawet przy zachowanym krążeniu obocznym materiał zatorowy o dużej objętości może ulegać defragmentacji i lizie, powodując liczne drobniejsze zatory w odgałęzieniach tętnic śródmózgowych, przyczyniając się tym samym do nasilenia objawów klinicznych udaru. Tworzeniu zakrzepów przyściennych sprzyja także osłabienie zdolności anty koagulacyjnych śródbłonna. Z tego powodu w ostatnich latach duże zainteresowanie neurologów wzbudziła

możliwość obrazowania ścian naczyniowych tętnic szyjnych przy pomocy ultrasonografii i wysokiej rozdzielczości. Badanie ultrasonograficzne tętnic szyjnych w odcinku zewnątrzczaszkowym umożliwia nieinwazyjną, przyżyciową ocenę morfologii ściany naczyniowej, a także nieinwazyjną ocenę parametrów przepływu krwi oraz stopnia zwężenia naczynia w bardziej zaawansowanych stadiach miażdżycy. Z tego względu w badaniu ultrasonograficznym tętnic szyjnych można wyróżnić dwa etapy: w pierwszym oceniamy morfologię ścian naczyniowych w obrazie B-modalnym, a w drugim – parametry hemodynamiczne, przy wykorzystaniu techniki dupleks (badanie dopplerowskie i obrazowanie B-modalne).

b. Epidemiologia:

Choroby układu naczyniowego mózgu stanowią obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonu i inwalidztwa. Po nowotworach i chorobach serca stanowią trzecią pod względem częstości przyczynę śmierci. Uważa się, że co dziesiąty człowiek w Europie po 50 roku życia umiera z powodu udaru. Śmiertelność zwiększa się z wiekiem - w 7 dekadzie życia dysfunkcja naczyń mózgowych znajduje się na drugim miejscu wśród wszystkich przyczyn zgonu. Polska znajduje się pod względem zachorowalności i śmiertelności w związku z chorobami naczyniowymi układu nerwowego na jednym z pierwszych miejsc w Europie. Wysoce niepokojący jest fakt, że umieralność, z powodu zaburzeń krążenia mózgowego w ostatnich 15 latach utrzymuje się w Polsce na tym samym poziomie, podczas gdy w innych krajach wyraźnie się zmniejsza.

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety i mężczyźni w wieku 43-73 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

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

Badanie USG w połączeniu z analizą widma dopplerowskiego (UDP tętnic szyjnych) wykonuje się bezpłatnie u pacjentów hospitalizowanych oraz u pacjentów ambulatoryjnych ze skierowaniem z poradni specjalistycznych, gdzie diagnozuje się choroby związane z niedokrwieniem mózgu. W praktyce oznacza to poradnie neurologiczne i laryngologiczne. W pozostałych sytuacjach, niestety, jest to badanie, za które najczęściej płaci chory.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Przygotowując Program zwrócono się min. 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 OUN.

2. Cele programu

a. Cel główny:

Poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle w zakresie chorób ośrodkowego układu nerwowego.

b. Cele szczegółowe:

- wczesne wykrywanie niektórych schorzeń OUN,
- zwiększenie dostępu do badań mieszkańcom gminy.

c. Oczekiwane efekty

- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z chorobami OUN,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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 43-73 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	13355	11608	24963
2015	13436	11789	25225
2016	13576	11985	25561

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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 których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- przeprowadzenie badania - UDP tętnic szyjnych;
- 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.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją 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 realizatora Programu.

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 UDP tętnic szyjnych oraz kampanię informacyjno – edukacyjną.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały spełniający kryteria wiekowe uczestnictwa w Programie.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

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 realizatora Programu.

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

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

f. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Beneficjenci będą zapraszani do Programu m.in. za pośrednictwem placówek finansowanych ze środków publicznych, dzięki czemu instytucje te zostaną częściowo odciążone od stale rosnącej liczby pacjentów a badania obejmą szerszą grupę mieszkańców.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Obecnie dzięki rozwojowi i znacznemu upowszechnieniu badań ultrasonograficznych (USG) w połączeniu z badaniem dopplerowskim w sposób szybki, i co najważniejsze nieinwazyjny, można wykryć istotne patologie tętnic szyjnych. Badanie USG w połączeniu z analizą widma dopplerowskiego nazywane jest w skrócie UDP tętnic szyjnych. W skład badania wchodzi ocena zaawansowania zmian miażdżycowych na podstawie budowy ścian tętnic i ocena ewentualnego stopnia zwężenia. Na podstawie wyniku tego badania lekarz może właściwie ocenić ryzyko wystąpienia udaru mózgu. W Polsce znacznie częściej poddaje się takiemu badaniu osoby, u których już doszło do udaru.

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.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista radiolog lub neurolog mający doświadczenie w interpretacji wyników badań w zakresie chorób naczyniowych OUN potwierdzone stosownymi dokumentami, pielęgniarka legitymująca się doświadczeniem w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami;

- dysponowanie sprzętem do badań USG,
- 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 pracowni USG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów.

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2008 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2012 roku z badań skorzystało 1196 osób. U 984 osób stwierdzono prawidłowy przepływ krwi przez tętnice zewnątrzczaszkowe natomiast u 212 pacjentów stwierdzono:

- zaburzenia z postacią obecności niewielkiej ilości blaszek miażdżycowych, nie utrudniających istotnie przepływu lecz podjęcia profilaktycznych działań w postaci kontroli lipidogramu i ewentualnie dalszych działań u lekarza pierwszego kontaktu,
- zaburzenia przepływu sugerujące zaburzenia rytmu serca wymagające konsultacji kardiologicznej,
- zaburzenia pod postacią częściowego lub całkowitego zamknięcia jednej z tętnic zewnątrzczaszkowych wymagające konsultacji ze specjalistą chorób naczyniowych.

W/w pacjenci zostali poinformowani o dalszym trybie postępowania.

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie 75zł.

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

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

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	60.000,00
2015	60.000,00
2016	60.000,00

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych OUN cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem w latach poprzednich. Ze względu na fakt iż choroby naczyniowe

ośrodkowego układu nerwowego są bardzo rozpowszechnione a nieleczone mogą prowadzić do trwałej utraty zdrowia powinny być one jak najszybciej rozpoznawane i leczone.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu, sposobu jego realizacji i dostępności i informacji.

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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 13
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc”

2014r. – 2016r.

**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.

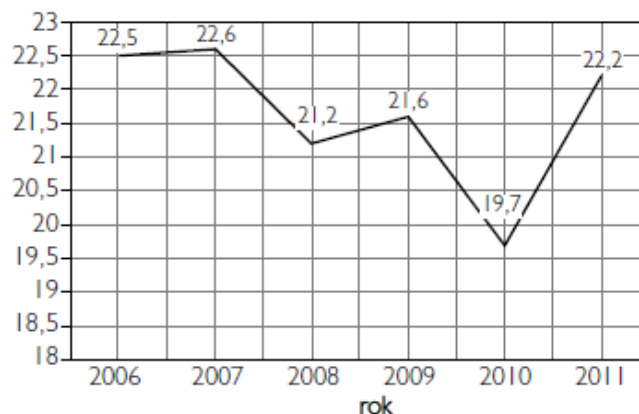
Gruźlica jest endemicznie przebiegającą chorobą zakaźną, wywoływaną przez prątki kwasooporne *Mycobacterium tuberculosis* complex, które zostały wykryte ponad 100 lat temu przez Roberta Kocha (1882r.). Istotnym problemem epidemiologicznym jest łatwe przenoszenie się gruźlicy drogą kropelkową. W czasie pojedynczego kasznięcia może powstać i ozprzestrzenić 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. W Polsce sytuacja na 100 tys. na chorobę tę zapadają 22 osoby. Światowa Organizacja Zdrowia podaje jednak, że

odsetek Polaków zapadających na gruźlicę jest i tak trzykrotnie wyższy niż w krajach Europy Zachodniej.

Gruźlica w Polsce 2006–2011, zapadalność/100 000 ludności:



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 21% zachorowań, u kobiet 9% zachorowań. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe płuca wynosiła w 2010 roku prawie 21000, z czego u mężczyzn prawie 15000 i ponad 6000 u kobiet. Ryzyko zachorowania na raka płuca jest około 3 razy większe u mężczyzn niż u kobiet.

Nowotwory złośliwe płuca stanowią u mężczyzn około 21% zachorowań, u kobiet 9% zachorowań.



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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób.

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 na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	10098	9031	19129
2015	10034	9086	19120
2016	9970	9073	19043

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.

c. Oczekiwane efekty

- nabycie przez osoby biorące udział w Programie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia,
- wydłużenie przeciętnego trwania życia.

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 na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. Szacowana liczba osób w latach (stan na dzień 04.11.2013):

rok	kobiety	mężczyźni	suma
2014	10098	9031	19129
2015	10034	9086	19120
2016	9970	9073	19043

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

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzą również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie.

Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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 których przeprowadzane będą badania.
- Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Program obejmować będzie:

- przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą (RTG klatki piersiowej zostanie wykonane na podstawie skierowania od lekarza);
- przeprowadzenie badania RTG;
- 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.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem.

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:

- 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 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 bez skierowania.

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. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

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.

g. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien 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.

h. 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 2012 roku z badań skorzystały 833 osoby. U ok. 30% 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 wykonawcę wyłonionym w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok	Przewidywany koszt całkowity
2014	30.000,00
2015	30.000,00
2016	30.000,00

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

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 pracowników Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle w zakresie spełnienia wymogów programu, sposobu jego realizacji i dostępności i informacji.

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 2014-2016. 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.

Załącznik nr 14
do Programu Ochrony Zdrowia
na lata 2014-2016

**„Program rehabilitacji
mieszkańców
Gminy Kędzierzyn-Koźle”**

2014r. – 2016r.

**Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle**

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny:

Niepełnosprawność jest jednym z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnej cywilizacji. Znaczenie tego problemu wynika z rozmiarów i powszechności jego występowania, a także z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Niepełnosprawność jest problemem ogólnoswiatowym, stanowiącym cel szczególnie promowanych działań WHO, Komisji Europejskiej i Ministerstwa Zdrowia. Dzięki rehabilitacji leczniczej możliwe jest skrócenie czasu trwania niepełnosprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii. Rehabilitacja lecznicza stanowi trudną do zastąpienia i najtańszą formę leczenia. Połączenie kinezyterapii, masażu i fizykoterapii prowadzi do właściwego, szybkiego i nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Rehabilitacja lecznicza jest częścią procesu leczenia, który umożliwia przyspieszenie przebiegu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych oraz psychicznych następstw choroby. Właściwie realizowana rehabilitacja połączona z kompleksowym leczeniem optymalizuje proces leczenia, skraca okres powrotu do zdrowia, zmniejsza ryzyko powrotu choroby oraz przyczynia się do poprawy jakości życia, a prawidłowo prowadzony i wcześniej rozpoczęty proces rehabilitacji przynosi większe efekty.

Program zdrowotny „Rehabilitacja mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle” oparto na priorytetach zdrowotnych ustalonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. (Dz.U. Nr 137, poz. 1126), mając szczególnie na uwadze zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego, ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków a także zmniejszenie zachorowalności, przedwczesnej umieralności i łagodzenia skutków chorób centralnego i obwodowego układu nerwowego.

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

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób. Beneficjentami badań profilaktycznych będą wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w zakresie zabiegów fizjoterapeutycznych dla ogółu populacji w ilości niewystarczającej dla społeczeństwa.

d. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Z danych piśmiennictwa wynika, że rehabilitacja i aktywność fizyczna są skutecznymi sposobami na zapobieganie niepełnosprawności. Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach NFZ jest ograniczona ze względu na limity i niskie kontrakty, co skutkuje wydłużającymi się kolejkami oczekujących pacjentów. Niezależnie od jednostki chorobowej o skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Pacjent, u którego wcześniej zastosuje się rehabilitację, ma szansę na powrót do pełnej sprawności. Wynika to z faktu, iż nie następują zmiany pourazowe, które przy późnym podjęciu zabiegów będą już niemożliwe do skorygowania. Stąd pilna potrzeba wdrożenia Programu umożliwiającego lepszy dostęp do rehabilitacji.

2. Cele programu

a. Cel główny:

- zapobieganie i przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby poprzez stworzenie dodatkowych możliwości korzystania z nowoczesnych metod rehabilitacji leczniczej przez każdego mieszkańca gminy.

b. Cele szczegółowe:

- zapobieganie następstwom chorób przewlekłych związanych z narządem ruchu,
- podniesienie jakości życia i ograniczenie postępu choroby poprzez edukację prawidłowego postępowania i prowadzenia odpowiedniego usprawniania,
- propagowanie aktywności fizycznej.

c. Oczekiwane efekty

- podniesienie jakości życia,
- wzrost aktywności i sprawności mieszkańców gminy,
- nabycie wiedzy dotyczącej właściwych postaw prozdrowotnych,
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób biorących udział w Programie,
- liczba wykonanych zabiegów.

3. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców – 60.311 osób. Beneficjentami badań profilaktycznych będą wszyscy mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały.

Szacuje się, iż co roku z zabiegów skorzysta około 375 osób. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

b. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do uczestnictwa w Programie zamieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle www.kedzierzynkozle.pl, na ulotkach i plakatach dostępnych w miejscach publicznych (jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie). Akcję informacyjną prowadzić będą również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Organizowane będą Happeningi profilaktyczne informujące mieszkańców o prowadzonym Programie oraz zachęcające do aktywności fizycznej. Akcja informacyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miasta Kędzierzyn -Koźle, jak i realizatora 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:
 - ceny brutto za 1 punkt przeprowadzenia usługi,
 - liczby dni w których przeprowadzane będą zabiegi,
 - liczby godzin w których przeprowadzane będą zabiegi.

Umowa z wybranym oferentem zostanie zawarta w ciągu 7 dni po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowę w okresie od lutego do grudnia każdego roku.

Realizacja programu będzie polegała na zorganizowaniu opieki rehabilitacyjnej polegającej na zapewnieniu mieszkańcom Gminy Kędzierzyn-Koźle dostępu do zabiegów z zakresu: kinezyterapii, masażu, elektrolecznictwa, pola elektromagnetycznego, światłolecznictwa i ciepłolecznictwa.

Realizator programu zobowiązany będzie do:

- przeprowadzenia wywiadu i badania kwalifikującego pacjenta do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń ,
- wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych według zaleceń,
- edukacji pacjentów do zwiększenia aktywności fizycznej, uświadamiając im korzyści z tego płynące,
- prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem.
- 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:
- 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 propagowanie aktywności fizycznej.

b. Planowane interwencje

Zabiegi z zakresu: kinezyterapii, masażu, elektrolecznictwa, pola elektromagnetycznego, światłolecznictwa i ciepłolecznictwa. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów w zależności od problemu zdrowotnego uzyska cykl zabiegów składających się z dwóch zabiegów, przy czym na każdy zabieg przypadać będzie nie więcej niż dziesięć powtórzeń.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem zostaną objęci mieszkańcy Gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały posiadający dolegliwości ze strony narządu ruchu. U pacjenta, który zgłosi się do udziału bez skierowania lekarskiego zostanie przeprowadzony wywiad i badanie kwalifikujące do udzielania zabiegów, czasu i ilości powtórzeń. Każdy z zakwalifikowanych pacjentów w zależności od problemu zdrowotnego uzyska cykl zabiegów składających się z dwóch zabiegów, przy czym na każdy zabieg przypadać będzie nie więcej niż dziesięć powtórzeń.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Świadczenia udzielane będą do wyczerpania środków. U każdego z zakwalifikowanych pacjentów wykonane będzie nie więcej niż 20 zabiegów dostosowanych do konkretnego problemu zdrowotnego, składających się z następujących zabiegów z zakresu: kinezyterapii, masażu, elektrolecznictwa, pola elektromagnetycznego, światłolecznictwa i ciepłolecznictwa. Świadczenie finansowane z budżetu gminy nie może być finansowane również z innych źródeł i wchodzić w kolizję ze świadczeniami finansowanymi z NFZ.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program jest uzupełnieniem świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych w ramach NFZ.

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

Zakończenie udziału w programie następuje z chwilą zakończenia zabiegów rehabilitacyjnych. Przewiduje się możliwość kontynuacji świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych osobowych. Realizatorzy Programu zobowiązani będą do spełnienia warunków lokalowych, sprzętowych i kadrowych wymaganych przez obowiązujące przepisy.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Oferent przystępujący do otwartego konkursu ofert powinien spełniać następujące warunki:

- dysponowanie specjalistyczną kadrą posiadającą kwalifikacje zawodowe do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych w tym:
 - rehabilitantem legitymującym się dyplomem magistra,
 - lub rehabilitantem legitymującym się dyplomem licencjata studiów pierwszego stopnia oraz co najmniej 3 letnim doświadczeniem zawodowym

udokumentowane oświadczeniem oferenta oraz dyplomami, certyfikatami itp.

- dysponować lokalem (na cały okres realizacji zadania), w którym prowadzony będzie program zdrowotny, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania wymagań określonych 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),
- dysponować specjalistycznym sprzętem i aparaturą medyczną do realizacji programu zdrowotnego wraz z informacją o stanie technicznym sprzętu (potwierdzone odpowiednimi dokumentami).

5. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szacunkowa wartość 1 punktu zabiegu rehabilitacyjnego wynosić będzie 1zł.

Wszystkim zabiegom przyporządkowana zostanie wartość punktowa. Cena za 1 zabieg będzie iloczynem wagi zabiegu i ceny za 1 punkt.

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

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

Rok	Przewidywany całkowity koszt badań
2014	45.000,00
2015	45.000,00
2016	45.000,00

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć co roku po 2.300,00zł.

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

Program w całości finansowany ze środków budżetowych Gminy Kędzierzyn-Koźle.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Szybkie przystąpienie do zabiegów rehabilitacyjnych ma kluczowe znaczenie dla przywracania pacjenta do pełnej sprawności. Dotyczy to szczególnie schorzeń neurologicznych i ortopedycznych, zwłaszcza tych o charakterze urazowym. Pacjent, u którego wcześniej zastosuje się rehabilitację, ma szansę na powrót do pełnej sprawności. Wynika to z faktu, iż nie następują zmiany pourazowe, które przy późnym podjęciu zabiegów będą już niemożliwe do skorygowania.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

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

b. Ocena jakości świadczeń w programie

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

c. Ocena efektywności programu

Efektywność Programu będzie oceniana co roku według następujących kryteriów:

- zgłaszalności osób do udziału w Programie,
- możliwość składania uwag do Programu do Wydziału Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

7. Okres realizacji programu:

Program będzie realizowany w latach 2014-2016. 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.