

**UCHWAŁA NR XLVII/498/22
RADY MIEJSKIEJ W KAMIEŃSKU**

z dnia 30 listopada 2022 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych
z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 - 2025**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj.: Dz. U. z 2022 r. poz. 559, poz. 583, poz. 1005, poz. 1079, poz. 1561), art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, poz. 1292, poz. 1559, poz. 1773, poz. 1834, poz. 1981, poz. 2105, poz. 2120, poz. 2232, poz. 2270, poz. 2427, poz. 2469; zm.: Dz. U. z 2022 r. poz. 64, poz. 91, poz. 526, poz. 583, poz. 655, poz. 807, poz. 974, poz. 1002, poz. 1079, poz. 1265, poz. 1352, poz. 1700, poz. 1855, poz. 2140, poz. 2180) **uchwała, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 – 2025, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki finansowe na realizację programu zabezpieczone będą w budżecie Gminy Kamięnsk.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący
Rady Miejskiej w Kamięnsku

Jarosław Kozik

Załącznik do uchwały Nr XLVII/498/22
Rady Miejskiej w Kamieńsku
z dnia 30 listopada 2022 r.

**Program polityki zdrowotnej Gminy Kamieńsk
na lata 2023–2025 w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu**



**Program polityki zdrowotnej
Gminy Kamieńsk
na lata 2023–2025
w zakresie
profilaktyki chorób naczyń mózgowych
z uwzględnieniem udaru mózgu**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

**Kamieńsk, listopad 2022
Gmina Kamieńsk**

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 211/2020 z dnia 31 sierpnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu”. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy), data ukończenia raportu: sierpień 2020.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Choroba lub problem zdrowotny

Udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, trwających dłużej niż 24 godziny i spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi. Niedobór tlenu i glukozy w mózgu prowadzi do zmniejszenia syntezy ATP i upośledzenia przewodnictwa synaptycznego. Początkowo dochodzi jedynie do zaburzenia czynności komórek, ale dłużej trwające niedokrwienie wywołuje ich apoptozę lub martwicę. Jeżeli zmniejszenie przepływu trwa dłużej niż 5-10 min, rozwijają się nieodwracalne zmiany. Szybkie przywrócenie prawidłowego krążenia w obszarze względnego niedokrwienia zapobiega wystąpieniu nieodwracalnych zmian i ogranicza obszar trwałego uszkodzenia niedokrwiennego (Szczeklik 2017).

Stany niedokrwienia mózgu ze względu na czas trwania i odwracalność dzielą się na: przemijające napady niedokrwienia mózgu, odwracalne udary niedokrwienne oraz udary dokonane. W przypadku podziału na podstawie patomechanizmu choroby, wyróżnia się: udar niedokrwienno (ok. 80% przypadków); udar spowodowany krwawieniem wewnątrzczaszkowym (ok. 20% przypadków) oraz udar żylny (mniej niż 1% przypadków) (Szczeklik 2017).

Najczęstszymi objawami udaru są osłabienie mięśni twarzy; osłabienie (niedowład) ręki, nogi lub obydwu kończyn po tej samej stronie ciała; zaburzenia widzenia; osłabienie mięśni języka i gardła; zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów; nagły, bardzo silny ból głowy; zaburzenia lub utrata przytomności. Objawy mogą się nasilać, a następnie, w ciągu kilku lub kilkunastu godzin, częściowo lub całkowicie ustępować, po czym ponownie się nasilać. Do około 1/3 udarów dochodzi w czasie snu, a chory stwierdza objawy po przebudzeniu (Bodzioch 2017).

Podczas rozpoznania udaru mózgu podstawowe znaczenie ma stwierdzenie objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu o nagłym początku i prawdopodobnej przyczynie naczyniowej. Podstawowymi badaniami diagnostycznymi udaru mózgu są następujące badania obrazowe: tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR), ultrasonografia (USG), arteriografia oraz echokardiografia. Różnicowanie udaru mózgu obejmuje: hipoglikemię, hiperglikemię, guzy mózgu, migrenę, napad padaczkowy, hiponatremię, encefalopatię naciśnieniową i encefalopatię wątrobową (Szczeklik 2017).

Postępowanie ogólne w leczeniu udaru mózgu zawiera zapewnienie prawidłowej czynności układu oddechowego oraz układu krążenia. Ponadto podczas leczenia należy monitorować ciśnienie tętnicze i wyrównywać zaburzenia wodno-elektrolitowe. Ważna jest również kontrola ciśnienia tętniczego, poziomu glikemii oraz monitorowanie oddawania moczu przez pacjenta. Farmakoterapia w leczeniu ogólnym wprowadzana jest w przypadku podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, napadów padaczkowych czy podwyższonej temperatury ciała. W ramach postępowania ogólnego stosuje się również profilaktykę zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej, zachyłstowego zapalenia płuc oraz innych zakażeń (Szczeklik 2017).

Śmiertelność wczesna po udarze mózgu wynosi około 15%. Jednakże współczynnik śmiertelności jest przede wszystkim zależny od przyczyny udaru. W krwawieniu śródczaszkowym jest trzykrotnie wyższy niż w udarze niedokrwienno (Starosta 2016). W przypadku udaru niedokrwienno ryzyko ponownego udaru sięga 10-12% w pierwszym roku i 5-8% w każdym następnym roku po udarze. W przypadku krwotoków śródmózgowych ryzyko nawrotu krwawienia wynosi 3-7% w ciągu pierwszego roku i 19% w ciągu 5 lat. Kolejny udar ma najczęściej taką samą etiologię jak poprzedni (Szczeklik 2017).

Profilaktyka pierwotna udaru mózgu polega na modyfikacji stylu życia i obejmuje: zmianę diety, kontrolę masy ciała, wprowadzenie regularnego wysiłku fizycznego oraz zaprzestanie bądź unikanie palenia tytoniu. Ponadto w profilaktyce ważna jest kontrola i prawidłowe leczenie chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hipercholesterolemia, migrena u kobiet oraz migotanie przedsionków (Starosta 2016).

Zapobieganie ponownym udarom obejmuje działania profilaktyki pierwotnej z dostosowaniem do możliwości pacjenta. Ponadto najwcześniej wdrażaną farmakoterapią w celu profilaktyki wtórnej udaru niedokrwienno mózgu jest podawanie kwasu acetylosalicylowego (ASA), zalecanego w ciągu pierwszych 24-48 godzin od wystąpienia objawów. W przypadku rozpoznania napadowego/utrwalonego migotania przedsionków niezwiązanego z wadą zastawkową serca wdrażana jest farmakoterapia przeciwkrzepliwa. U osób z wykazanymi zwężeniami naczyń domózgowych przeprowadza się zabieg endarterektomii lub angioplastyki z implantacją stentu tętnic szyjnych. Natomiast w przypadku prewencji wtórnej udaru

niedokrwiennego mózgu o etiologii miażdżycowej, szczególne znaczenie mają działania ukierunkowane na stabilizację wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz leczenie cukrzycy i zaburzeń lipidowych (Starosta 2016).

b. Epidemiologia

Według szacunków WHO udar mózgu stanowi drugą, co do częstości, przyczynę zgonu w krajach rozwiniętych. Co roku z powodu udaru mózgu umiera na świecie od 4,6 do 5,7 miliona osób (Każmierski 2014).

W 2017 roku ok. 6,2 miliona osób na świecie zmarło z powodu udaru, w tym 2,7 mln z powodu udaru niedokrwiennego. Utracone lata życia (DALYs ang. disability adjusted life years) z powodu przedwczesnej śmierci, bądź uszczerbku na zdrowiu z powodu udarów wyniosły 130 milionów (w tym 55 mln z powodu udaru niedokrwiennego). W 2013 roku udar był przyczyną ok. 12% wszystkich zgonów na świecie, a w 2017 roku liczba zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej wzrosła nieznacznie do poziomu 13% (NFZ 2019).

W zakresie chorób neurologicznych wyróżnia się pięć głównych typów udarów zgodnie z kodami ICD-10 (I60-I64), z czego 80% wszystkich udarów stanowią udary niedokrwienne. W mapach potrzeb zdrowotnych przedstawiono chorobowość szpitalną i ambulatoryjną udaru niedokrwiennego, z podziałem na wiek i miejsce zamieszkania. W obu przypadkach niezależnie od województwa największy udział w chorobowości ma grupa wiekowa 65+ (kolejno 75% i 65% wszystkich przypadków). Najwyższy odsetek chorobowości szpitalnej u osób powyżej 65 r.ż. cierpiących z powodu udaru niedokrwiennego mózgu odnotowano w województwie podlaskim (ok. 76%). Natomiast w przypadku chorobowości ambulatoryjnej, najwyższy udział procentowy grupy wiekowej 65+ odnotowano w województwie opolskim i podlaskim (ok. 65%) (MZ 2018).

Obecnie wskaźniki chorobowości utrzymują się na stosunkowo wysokim poziomie w całym kraju. W roku 2016 najwyższy wskaźnik chorobowości szpitalnej udaru niedokrwiennego odnotowano w województwie lubuskim na poziomie 238,7/100 tys. Natomiast najniższa wartość tego wskaźnika przypada na województwo małopolskie (175,6/100 tys. osób). W przypadku chorobowości ambulatoryjnej na ten typ schorzenia to najwyższą wartość wskaźnika (115,6/100 tys. osób) odnotowano w województwie pomorskim. Najniższą liczbę nowych zachorowań wskazano w województwie dolnośląskim (49,3/100 tys. osób).

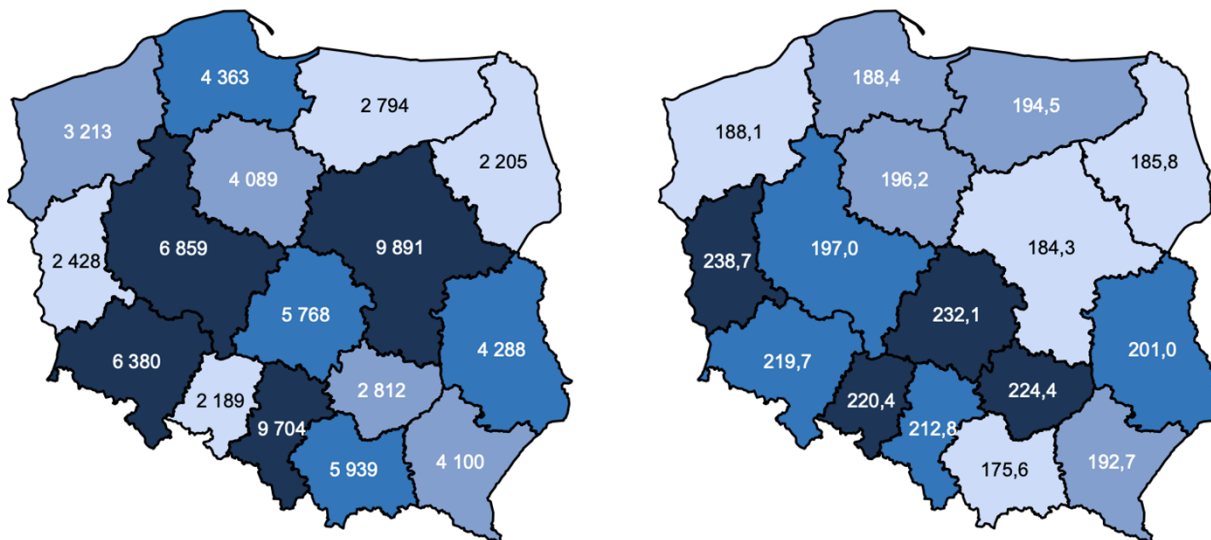
W raporcie Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiono średni wiek kobiet i mężczyzn w momencie wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu. Zebrane dane pochodziły z roczników 2013 i 2018. Średni wiek wystąpienia ww. problemu zdrowotnego u kobiet przypada na 75 r.ż., u mężczyzn zaś jest to 68 r.ż. Porównując podane wyżej roczniki, wiek wystąpienia udaru niedokrwiennego w obu grupach uległ zmianie i został przesunięty o 1 rok.

NFZ opublikował w raporcie również dane dotyczące śmiertelności po hospitalizacjach z powodu ww. jednostki chorobowej. Dane analizowano na podstawie 3 rodzajów śmiertelności: wewnątrzszpitalnej, 90-dniowej oraz rocznej. Dane NFZ wskazują oscylacyjny odsetek śmiertelności wewnątrzszpitalnej na poziomie od 9,3% do 18% (średnia dla całego kraju ~12,4%). W przypadku śmiertelności 90-dniowej po opuszczeniu szpitala wskaźnik ten oscyluje między 18,8% a 27,5% (średnia dla całego kraju ~23%). Natomiast w przypadku śmiertelności rocznej na udary mózgu, to waha się ona od 27% do 35,8%, w zależności od województwa (NFZ 2019).

Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na udar niedokrwienny mózgu, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, iż udar jest zaliczany do grupy chorób naczyń mózgowych, przez co poniższe dane mają charakter zbiorczy. Między latami 2008 a 2018, odnotowano powolny spadek liczby zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych o ok. 19%. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2018 roku na poziomie 29 951 przypadków. Zaś w roku 2008 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób wynoszącą 37 248 przypadków (GUS 2020).

Epidemiologia województwo łódzkie

Według map potrzeb zdrowotnych, dla woj. łódzkiego na poniższej rycinie zaprezentowano współczynniki odpowiednio chorobowości szpitalnej i chorobowości ambulatoryjnej zaobserwowanej w 2016 roku w ramach podgrupy rozpoznań Udar niedokrwienny mózgu (podgrupę zaklasyfikowano do rozpoznań ostrych). Lewa mapa przedstawia liczbę bezwzględną pacjentów w ramach analizowanego typu chorobowości, a prawa mapa przedstawia wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności.



Opracowanie DAiS na podstawie danych z NFZ i GUS

Rycina . Wskaźnik chorobowości szpitalnej (wartości bezwzględne i na 100 tys. ludności) - Udar niedokrwienny mózgu.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa łódzkiego

Województwo łódzkie ma drugi najwyższy współczynnik w kraju w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców – 232,1.

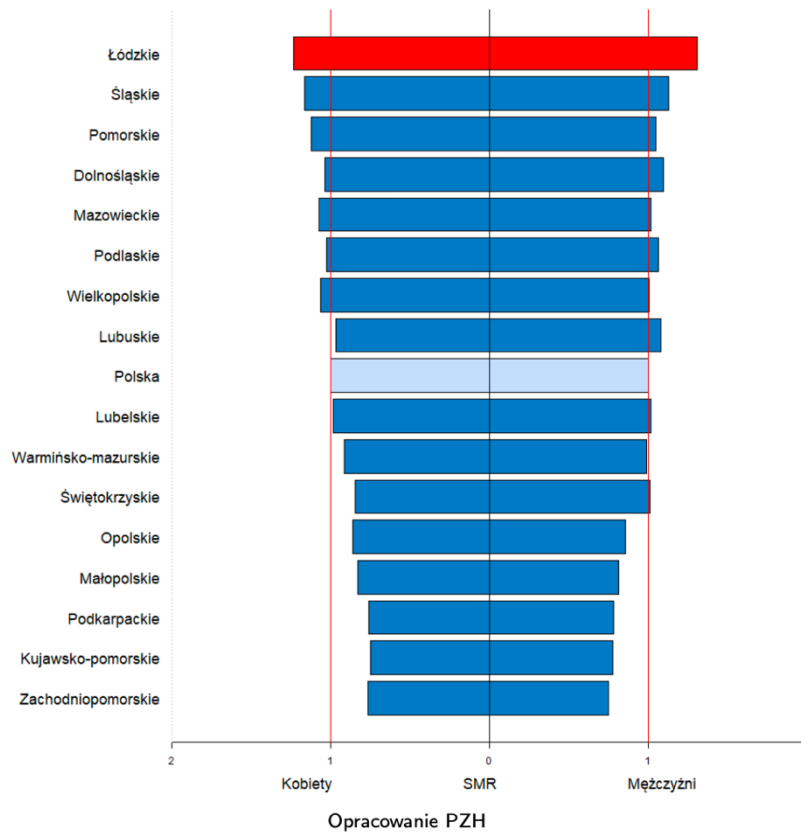
W okresie 2013-2015 w województwie łódzkim stwierdzono 9511 zgonów z powodu chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego), z których 84,7% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 41,7% zmarłych stanowili mężczyźni.

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie łódzkim wynosił 126,4/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 40,1%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 1. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn i kobiet jest wyższy niż w kraju w podobnym stopniu tzn. odpowiednio o 39,6% i 39,9%. Dla obu płci współczynnik rzeczywisty umieralności plasował województwo na 1. miejscu, licząc od wartości najwyższych.

Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie warmińsko-mazurskim wynosił 76,4/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 15,3%. Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 12. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest niższy niż w kraju o 13,4%, natomiast

poziom umieralności kobiet jest niższy niż w kraju o 16,5%. Dla obu płci współczynnik rzeczywisty umieralności plasował województwo na 12. miejscu, licząc od wartości najwyższych.

Po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku mieszkańców województwa i Polski (wskaźnik SMR) zagrożenie życia mieszkańców województwa chorobami z tej grupy jest wyższe od ogólnopolskiego o 26,4%. Wartość SMR w województwie łódzkim plasuje je na 1. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Wśród mężczyzn wskaźnik SMR jest wyższy o 30,6% od ogólnopolskiego, wśród kobiet jest wyższy o 23,5%. Dla obu płci standaryzowany wskaźnik umieralności plasował województwo na 1. miejscu, licząc od wartości najwyższych.

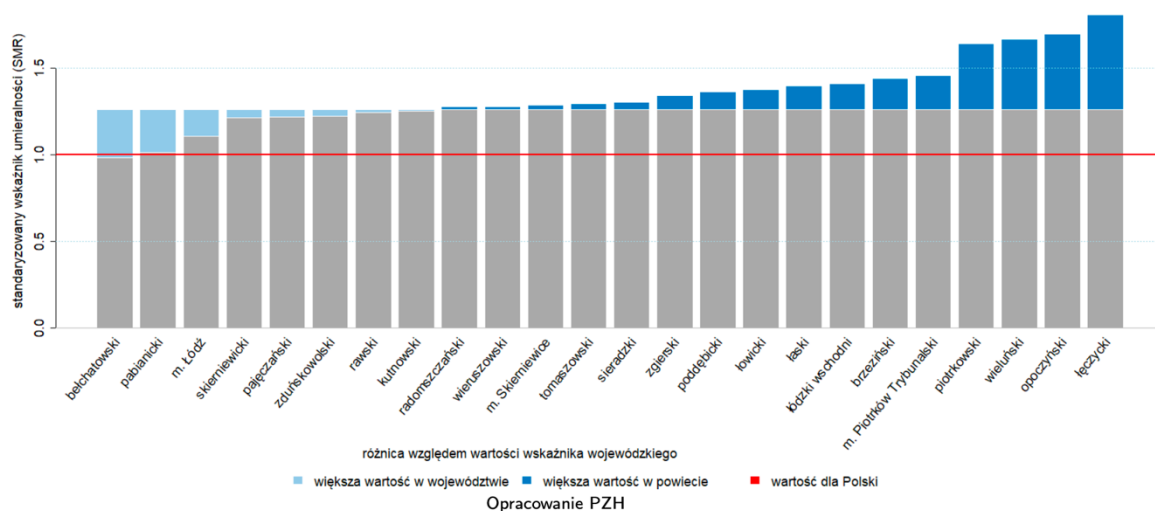


Rycina . Zgony z powodu chorób neurologicznych wieku podeszłego w województwie łódzkim

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego dla województwa łódzkiego

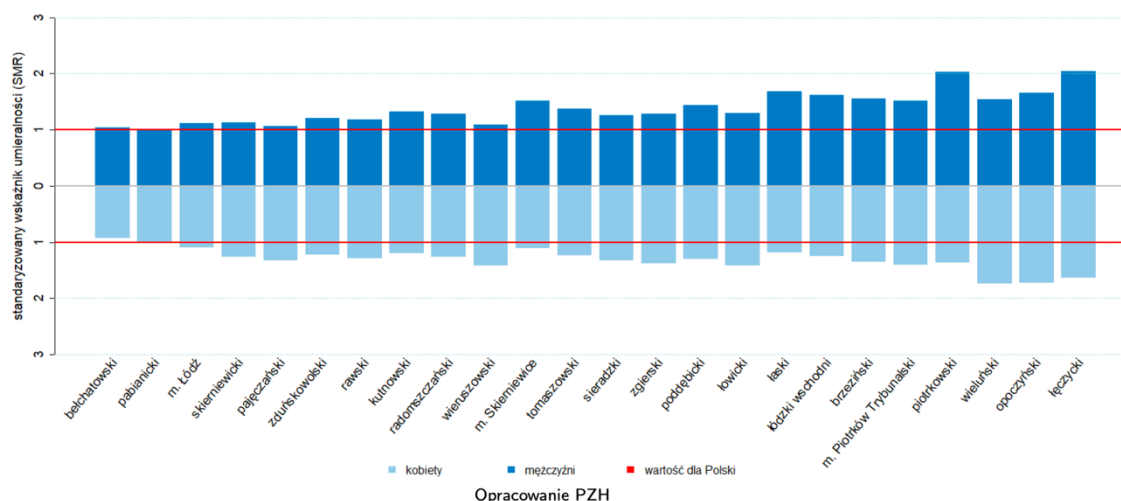
Powiat radomszczański znajduje się na 9 miejscu pod względem najniższych rzeczywistych zgonów z powodu chorób neurologicznych wieku podeszłego, wskaźniki umieralności są jednak nieznacznie wyższe niż dla całego województwa i wyraźnie wyższe niż średni dla Polski.

W 23 na 24 powiatów województwa łódzkiego umieralność z powodu chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) jest wyższa od ogólnopolskiej i ogółem (Rycina 3.) i w podziale na płeć (Rycina 4.).



Rycina . Wskaźniki rzeczywiste umieralności z powodu chorób neurologicznych wieku podeszłego dla powiatów województwa łódzkiego.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego dla województwa łódzkiego.



Rycina . Wskaźniki rzeczywiste umieralności z powodu chorób neurologicznych wieku podeszłego w podziale na płeć dla powiatów województwa łódzkiego.

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego dla województwa łódzkiego.

c. Obecne postępowanie

Interwencje prowadzone w Polsce dotyczące omawianego zagadnienia można podzielić na 2 rodzaje:

- profilaktykę udaru,
- leczenie poudarowe.

Świadczenia gwarantowane

Świadczenia gwarantowane, udzielane w Polsce przez podmioty lecznicze, są określone w aktach prawnych znajdujących się w niżej wymienionych obwieszczeniach (stan na 03.11.2022):

·Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz.540);

·Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz.357);

·Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2021 poz.290).

Zgodnie z ww. dokumentami, badania diagnostyczne i leczenie w kierunku chorób naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu oraz przemijających ataków niedokrwiennych (TIA), finansowane są w ramach leczenia szpitalnego. Leczenie oraz dalsze postępowanie diagnostyczne w zakresie udarów realizowane jest w oddziale udarowym, bądź neurologicznych oddziałach szpitalnych, które dysponują odpowiednim sprzętem diagnostycznym i personelem do pełnienia opieki udarowej.

Leczenie pacjentów z udarem wymaga zapewnienia kompleksowej opieki medycznej realizowanej przez odpowiednio wykwalifikowany zespół, z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej. Opieka taka może być jednak udzielana wyłącznie w szpitalach spełniających warunki dotyczące personelu, organizacji udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określone dla realizacji świadczeń w ramach oddziałów udarowych. Leczenie pacjentów dotkniętych udarem prowadzona jest również w szpitalach nieposiadających takich oddziałów, udzielających świadczeń w grupach JGP: A49 i A50 w ramach oddziałów neurologii lub oddziałów wewnętrznych, które nie są obowiązane do zapewnienia tak rozbudowanego składu personelu medycznego i specjalistycznego wyposażenia.

Ponadto pacjenci po udarze kierowani są na rehabilitację leczniczą, zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2021 poz.265). Rehabilitacja wczesna i wtórna obejmuje fizjoterapię, terapię zajęciową, terapię mowy, neuropsychoterapię i opiekę pielęgniacyzną. Rehabilitacja wczesna rozpoczyna się w oddziale neurologicznym lub udarowym w dniu przyjęcia do szpitala i jest kontynuowana w oddziale rehabilitacyjnym, w przychodni lub – jeśli zachodzi taka konieczność – w domu chorego. Ze środków NFZ rehabilitacja może trwać do 9 do 16 tygodni w ciągu roku od zachorowania. Jeżeli w tym czasie chory nie odzyska sprawności lub potrzebna jest dalsza rehabilitacja, przez kolejne lata po udarze może on skorzystać z bezpłatnych zabiegów przez 3 do 6 tygodni w roku. Osoba ubezpieczona, która nie porusza się samodzielnie i nie może dotrzeć na rehabilitację, ma prawo do niej w warunkach domowych. Uprawnienie to przysługuje przez rok od dnia wystąpienia udaru. NFZ refunduje 80 dni zabiegowych, udzielanych przez fizjoterapeutę w domu chorego. Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne wystawia lekarz oddziału neurologicznego, neurochirurgicznego lub urazowo-ortopedycznego. Natomiast w przypadku rehabilitacji wtórnej skierowanie może zostać wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W Polsce w 2017 r. sprawozdano 73,79 tys. hospitalizacji związanych z udarem niedokrwiennym mózgu. Z czego 71,2% stanowiły hospitalizacje rozliczone grupami A48 i A51, czyli zrealizowane na oddziale udarowym. W przypadku pozostałych 28,1% hospitalizacji (rozliczonych grupami A49 i A50) dokonano analizy w jakim typie podmiotu/oddziału były one realizowane. W podmiotach z oddziałem udarowym odsetek hospitalizacji stanowiło 16,4%, a zatem pacjenci potencjalnie mieli dostęp do kompleksowej opieki. Natomiast 7% na oddziale o charakterze neurologicznym, a 4,7% na innym typie oddziału (np. chorób wewnętrznych). Udział hospitalizacji na oddziałach udarowych różnił się również pomiędzy województwami. W województwach pomorskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim przekraczał 80%. Najniższy był natomiast w województwach podlaskim (52,9%) oraz łódzkim (55,9%).

Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił raport Liczba hospitalizacji związanych z udarem mózgu, Informacje o liczbie hospitalizacji i liczbie hospitalizowanych pacjentów (Data publikacji: 2022-08-31; Słowa kluczowe: udar, leczenie szpitalne; Zakres lat: 2019 – 2022; Zakres miesięcy: Styczeń – Czerwiec)

Dane dotyczą hospitalizacji związanych z udarem mózgu (rozpoznanie I61-I64 wg klasyfikacji ICD10) zrealizowanych w latach 2019-2022 (dla 2022 roku dostępne są dane za miesiące od stycznia do czerwca). Raport zawiera informacje o liczbie hospitalizacji i liczbie hospitalizowanych pacjentów z wyszczególnieniem hospitalizacji rozliczonych grupami A48, A49, A50 oraz hospitalizacji, w ramach których sprawozdano podanie leku trombolitycznego. Zestawienie zawiera również informacje o liczbie trombektomii mechanicznych w analogicznym okresie. Dodatkowo, dla trombektomii mechanicznej oraz hospitalizacji, w ramach których podano lek trombolityczny, dostępne jest zestawienie w podziale na województwa.

Tabela . Liczba hospitalizacji związanych z udarem mózgu (I61-I64)

Rok	Miesiąc	Liczba hospitalizacji I61-I64	Liczba pacjentów hospitalizowanych z I61-I64	Liczba hospitalizacji				Liczba pacjentów				JGP A48-A50		Podanie leku trombolitycznego (5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia lub 5.09.05.0000030 Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji)		Zmiana liczby hospitalizacji I61-I64 (m/m)
				I61	I62	I63	I64	I61	I62	I63	I64	Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów	
2022	1	7321	7035	872	59	6131	259	849	58	5933	258	6614	6501	1062	1062	103%
2022	2	6605	6333	815	52	5492	246	784	48	5324	242	5876	5777	871	869	98%
2022	3	7730	7439	886	56	6533	255	849	55	6346	252	7020	6902	1070	1070	101%
2022	4	7934	7584	965	48	6650	271	940	46	6415	269	7136	6999	1146	1145	109%
2022	5	7845	7521	855	56	6655	279	829	54	6439	277	7063	6932	1118	1116	106%
2022	6	7527	7224	788	39	6419	281	774	38	6196	277	6917	6757	1134	1132	98%

Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/hospitalizacje-udar-mozgu-i-vi>

Tabela . Liczba hospitalizacji związanych z wykonaniem trombektomii i podaniem leku trombolitycznego

Rok	Miesiąc	Województwo	Podanie leku trombolitycznego (5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia lub 5.09.05.0000030 Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji)		Trombektomia mechaniczna (5.59.01.0184220 ŚWIADCZENIE OPIEKI ZDROWOTNEJ - TROMBEKTOMIA MECHANICZNA W OSTREJ FAZIE UDARU NIEDOKRWIENNEGO)	
			Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów	Liczba hospitalizacji	Liczba pacjentów
2022	1	łódzkie	74	74	25	25
2022	2	łódzkie	60	60	15	15
2022	3	łódzkie	84	84	24	24
2022	4	łódzkie	63	63	19	19
2022	5	łódzkie	69	69	19	19
2022	6	łódzkie	65	65	19	19

Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/hospitalizacje-udar-mozgu-i-vi>

W danych dotyczących udaru mózgu, NFZ przedstawił koszty świadczeń bezpośrednio związanych z ww. chorobą, które wzrosły o 10% w stosunku do roku 2013 i wyniosły 592,1 mln zł. Zauważalny jest również wzrost udziału kosztu JGPA51 związanego z leczeniem trombolitycznym z 11% do 22%. Rzeczywisty koszt leczenia udaru oddaje wartość całych hospitalizacji, w ramach których były sprawozdane. W takim ujęciu w 2018 r. wynosiły one 630,4 mln zł co stanowiło około 1,5% wydatków NFZ na leczenie szpitalne. Przedstawiono również koszt rehabilitacji pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu. Tempo wzrostu wydatków na rehabilitację jest większe niż wydatków na leczenie. W analizowanym okresie wzrosły one o 30% z poziomu 159,6mln zł do 207,6mln zł.

System ubezpieczeń społecznych w Polsce gwarantuje ochronę ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy. Katalog świadczeń przyznawanych i wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) obejmuje czasową, ale i długoterminową niezdolność do pracy. Gromadzone przez ZUS dane umożliwiają prowadzenie szczegółowych analiz w różnych przekrojach z dokładnością do jednostki chorobowej (wg ICD-10). W 2018 r. w opracowaniach tematycznych pt. „Absencja chorobowa w 2018 r.” odnotowano 19 792,4 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu choroby własnej, wydanych osobom ubezpieczonym w ZUS. Łączna liczba dni absencji chorobowej wyniosła 243 692,6 tys., gdzie absencje z tytułu chorób układu krążenia (100 do 199, uwzględniając choroby naczyniowe) wynosiły ok. 5%. Biorąc pod uwagę, liczbę dni absencji chorobowej z tytułu ww. chorób w 2018 r., można zaobserwować dwa razy wyższą absencję chorobową mężczyzn niż kobiet (mężczyźni- 8 005 dni; kobiety- 3 908 dni). Ponadto ZUS zarejestrował liczbę dni abstynencji chorobowej z tytułu chorób układu krążenia z podziałem na województwa. Najdłuższe absencje chorobowe w ww. zakresie charakteryzowały mieszkańców woj. śląskiego, wielkopolskiego oraz mazowieckiego (powyżej 14 tys. dni). Najkrótszy czas absencji chorobowej odnotowano w woj. podlaskim (na poziomie 2 tys. dni).

Kampanie

Kampania „**Stop Udarom**” jest kompleksową kampanią społeczną, dotyczącą udaru mózgu w Polsce.

Inicjatorem kampanii jest firma Boehringer Ingelheim. Partnerami projektu są organizacje – Fundacja Udaru Mózgu i Stowarzyszenie „Udarowcy – Liczy się wsparcie!”. Patronat honorowy nad kampanią objęło Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. „Stop Udarom” to kampania mająca na celu rozpowszechnienie wiedzy na temat udaru mózgu i jego skutków zdrowotnych. W ramach kampanii realizowane są wielopłaszczyznowe działania o charakterze społeczno-edukacyjnym. Organizowane są m.in. Mobilne Miasteczka Profilaktyki Udarowej, w których mieszkańcy polskich miast mogą korzystać z bezpłatnych badań profilaktycznych i konsultacji lekarskich. Kampania Stop Udarom obejmuje również coroczne obchody Światowego Dnia Udaru Mózgu, Europejskiego Dnia Profilaktyki Udarowej oraz Światowego Dnia Serca. Stale prowadzone są różnego rodzaju

działania edukacyjne dotyczące czynników ryzyka, profilaktyki i rozpoznawania objawów udaru mózgu oraz podejmowania skutecznej interwencji w razie jego wystąpienia (wykłady na UTW, wystawy, konferencje prasowe).

Kampania „**Otwórz dłoń po udarze**” jest pierwszą w Polsce akcją informacyjną skierowaną do osób, które wskutek udaru mózgu zmagają się ze spastycznością poudarową ręki. Jest współtworzona przez Fundację Udaru Mózgu oraz Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska przy wsparciu gruntu edukacyjnego firmy Ipsen Polska. Na wstępie zachęca osoby po udarze do uzupełnienia ankiety. Na podstawie zebranych informacji zostaje przygotowany międzynarodowy raport dotyczący jakości życia ze spastycznością, a następnie zaprojektowane zostają rozwiązania, które mają szansę usprawnić diagnostykę oraz proces leczenia i rehabilitacji.

Servier dla Serca to profilaktyczno-edukacyjna kampania organizowana przez firmę Servier Polska od 2003 roku, której głównym celem jest edukacja i zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego oraz wynikających z nich zagrożeń. W ramach kampanii prowadzone są także badania profilaktyczne i promocja szeroko pojętej profilaktyki i zdrowego stylu życia. Kardiologiczna Poradnia Servier w latach 2003-2016 odwiedziła ponad 70 miast. W ramach akcji Servier dla Serca przebadano blisko 46 tysięcy pacjentów.

Kampania oferuje bezpłatne badania w zakresie:

- ciśnienia tętniczego,
- stężenia glukozy,
- stężenia cholesterolu,
- wskaźnika BMI,
- EKG serca (wg wskazań lekarskich),
- ECHO serca (wg wskazań lekarskich),
- oraz konsultacji specjalistycznych (kardiolog) .

Programy profilaktyki udaru

Wsparcie dla rozwoju oddziałów udarowych w Polsce stanowiły dwa programy finansowane ze środków budżetowych.

Zgodnie z ustawą z 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 powstał Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych oraz POLKARD („Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego”) na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Głównymi celami **krajowego programu profilaktyki naczyń mózgowych** były: ograniczenie zachorowalności na udary mózgu oraz zmniejszenie śmiertelności w przebiegu tej choroby, a także rozpoznanie i monitorowanie sytuacji epidemiologicznej dotyczącej udaru mózgu. Ich realizacja miała polegać na podjęciu stosownych działań w kierunku zwiększenia liczby specjalistycznych placówek leczenia (oddziałów udarowych i neurologicznych przychodni naczyniowych). Program składa się z czterech pakietów, gdzie dany pakiet jest przydzielany pacjentowi na podstawie oceny stanu zdrowia wykonywanego przez lekarza. Realizatorzy programu zostali wyłonieni w drodze postępowania konkursowego i obecnie ww. program jest realizowany w całym kraju. Program nie jest realizowany w pięciu województwach (dolnośląskie, lubuskie, lubelskie, łódzkie, opolskie). W większości województw termin zakończenia ogólnokrajowego programu przez realizatorów przypada na koniec 2020 roku. Planowane nakłady na realizację zadań wynikających z programu profilaktyki naczyń mózgowych zaplanowane są do końca 2020 roku i wynoszą 15 mln zł.

Program **POLKARD** ma na celu zmniejszenie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce. Również prowadzenie działań profilaktycznych, które pozwolą podnieść świadomość społeczeństwa na temat ww. chorób. Program stanowi kontynuację poprzednich edycji programu.

Wizją POLKARD jest wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną szpitali, a także m.in.:

- prowadzenie rejestrów medycznych, które umożliwią ocenę skuteczności leczenia,
- zwiększenie dostępu do nowych terapii, opieki oraz nowoczesnych badań przesiewowych.

Planowany budżet programu POLKARD na lata 2017-2020 wynosi łącznie 78 mln zł.

Ponadto w ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2016-2020 „**Ogólnopolski Program Profilaktyki Naczyń Mózgowych**”, który realizowany był przez 9 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmował edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych. Koszt całego programu zaplanowano na 13 106 703 PLN.

2. Cele programu i mierniki efektywności

a. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 30% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia wystąpienia udaru mózgu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Kamieńsk, w latach 2023–2025.

b. Cele szczegółowe

· Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia udaru mózgu udzielających świadczeń na terenie Gminy Kamieńsk, w latach 2023–2025.

· Zwiększenie aktywności fizycznej wśród uczestników programu u 20% uczestników programu zamieszkujących Gminę Kamieńsk, w latach 2023–2025.

· Zwiększenie sprawności funkcjonalnej u osób z przebyłym udarem wśród populacji zamieszkującej Gminę Kamieńsk, w latach 2023–2025.

c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

· Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

· Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

· Odsetek uczestników programu z przebyłym udarem, u których doszło do zwiększenia sprawności funkcjonalnej (pomiar przy użyciu np. testu marszu 5 minutowego lub testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej).

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

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Gmina Kamieńsk to gmina miejsko-wiejska. Należy do województwa łódzkiego, powiatu radomszczańskiego. Gmina Kamieńsk ma 5 807 mieszkańców (z czego 49,9% stanowią kobiety, a 50,1% mężczyźni), czyli zamieszkuje ją 5,1% ludności powiatu. Gmina stanowi 6,7% powierzchni powiatu. Siedzibą gminy jest miasto Kamieńsk.

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Kamieńsk od 45 r.ż. z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Działania edukacyjne i informacyjne kierowane są do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Kamieńsk.

Działania diagnostyczne będą adresowane do osób wykazujących ryzyko zdrowotne w kierunku możliwości wystąpienia udaru mózgu.

Na **szkolenia dla osób z grup ryzyka** kierowane będą osoby zakwalifikowane na podstawie wyników uzyskanych podczas wizyty diagnostycznej, ale jednocześnie nie pozostają pod opieką poradni kardiologicznej lub neurologicznej.

Rehabilitacja poudarowa będzie możliwa dla osób po przebytym udarze mózgu, które nie korzystają ze świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ lub innych programów finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2021 roku populacja ta liczy 2 674 osób. W kolejnych latach będą włączane do niej osoby spełniające kryterium wieku, co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie 3 062 osób.

Tabela . Docelowa populacja całościowa programu.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
85+	99	40	139
80-84	81	39	120
75-79	92	51	143
70-74	187	121	308
65-69	171	182	353
60-64	178	192	370
55-59	178	208	386
50-54	210	202	412
45-49	230	213	443
40-44	190	198	388
Razem	1616	1446	3062

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Kamiensk

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zameldowani na stałe lub czasowo na terenie Gminy Kamieńsk, dla których jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Radomska.

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

b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Działania diagnostyczne dla mieszkańców:

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

·Wiek powyżej 45 roku życia potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;

·podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;

·profilaktyka chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Kamieńsk na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku, gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Radomsko (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia);

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

Kryteria medyczne włączenia do programu to:

osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników zwiększających ryzyko chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu np.:

- cukrzyca, nadciśnienia tętnicze lub hipercholesterolemia,
- osoby otyłe lub z nadwagą,
- osoby uzależnione od tytoniu i innych substancji psychoaktywnych.

Kryteria wyłączenia z programu:

·zdiagnozowana wcześniej choroba naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu i pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej kardiologicznej lub neurologicznej;

- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kamieńsk;
- brak udokumentowania potwierdzającego rozliczenie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla miasta Radomsko;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 latach w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Szkolenia personelu medycznego:

W ramach programu zaplanowano także szkolenia personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej, w zakresie działań ukierunkowanych na zwiększanie wykrywalności i poprawę diagnostyki chorób naczyń mózgowych w kierunku wykrywania udaru mózgu.

Kryterium włączenia będzie wyrażenie chęci uczestniczenia w zajęciach, a także wykonywanie usług medycznych na terenie Gminy Kamieńsk.

Do zajęć edukacyjnych zaproszony zostanie personel medyczny rekrutujący się spośród osób, która ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:

- osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne;
- lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.

Kryterium wykluczającym będzie ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat oraz posiadanie wiedzy i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

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

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

c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu.

1. Rekrutacja uczestników

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

2. Kwalifikacja do działań w ramach programu

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

3. Szkolenia dla personelu medycznego

W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje rada ds. programu.

Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie udarom mózgu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Należy przeszkolić specjalistów na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z udarem mózgu przy uwzględnieniu obecnie dostępnych środków.

Należy również podkreślić istotę doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi, w szczególności z przebyłym udarem lub przemijającym napadem niedokrwienia mózgu.

W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie chorobom naczyń mózgowych, w szczególności udarom mózgu oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

4. Działania informacyjno-edukacyjne

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Kamieńsk i dotyczyć będą przygotowania i dystrybucji materiałów z informacjami na temat udaru mózgu. Mogą one mieć charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

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

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

Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.

Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie świadomości populacji docelowej nt.:

- etiologii choroby,

- korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna, zmiana diety, zaprzestanie palenia tytoniu oraz kontroli masy ciała i poziomu cukru we krwi,
- potencjalnych czynników ryzyka występowania udaru mózgu,
- najczęstszych objawów wystąpienia udaru mózgu,
- oosłabienia mięśni twarzy,
- ozaburzenia widzenia,
- oosłabienia mięśni języka i gardła,
- onagłego i uporczywego bólu głowy,
- oosłabienia siły mięśni i bezwładności kończyn.
- skutków zdrowotnych związanych z wystąpieniem udaru mózgu.

Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja.

Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich. W ramach prowadzonych działań edukacyjnych należy stale podkreślać istotę podjęcia natychmiastowych działań w momencie wystąpienia objawów udaru mózgu. Niezbędne w tym przypadku może okazać się zgłoszenie do lekarza.

W ramach działań edukacyjnych należy poinformować pacjenta o możliwości wystąpienia tzw. mikro udarów. Należy przeszkolić ich na temat możliwych objawów oraz poinformować o konieczności udania się do specjalisty w celu potwierdzenia lub wykluczenia obecności wczesnych objawów udaru mózgu.

Działania edukacyjne mogą być stosowane zarówno w populacji wysokiego ryzyka jak i w populacji ogólnej w celu poszerzenia ogólnej wiedzy społeczeństwa na temat udaru i jego skutków zdrowotnych.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich).

Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)”.

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach kampanii społecznej „Stop Udarom”

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach kampanii społecznej „Serwiera dla Serca”.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Lekarska wizyta diagnostyczna

Podczas wizyty lekarskiej zostanie przeprowadzony wywiad obejmujący identyfikację osób przynależących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru.

Osoby, u których wykluczone zostanie podejrzenie choroby zakończą udział w programie.

Działania w ramach PPZ powinny być realizowane we współpracy z ośrodkami wyspecjalizowanymi w leczeniu udarów mózgu, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia z użyciem trombolizy i/lub trombektomii.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru. W wywiadzie należy skupić się na zastosowaniu narzędzia do oszacowania ryzyka, takiego jak karta ryzyka SCORE lub indeks CHADS2.

W ramach wizyty kwalifikacyjnej należy również dokonać oceny ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru, w oparciu o poszczególne czynniki ryzyka związane ze stylem życia, takie jak:

- stosowana dieta,
- poziom dziennej aktywności fizycznej,
- masa ciała,
- spożycie alkoholu,
- palenie tytoniu,
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej

W celu oceny ryzyka wystąpienia udaru i TIA należy zlecić również następujące badania:

- morfologia krwi (badanie glikemii, lipidogram),
- echokardiografię,
- EKG,
- test Holtera.

W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie.

W przypadku zakwalifikowania do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru należy skierować pacjenta na szkolenie dla osób z grupy ryzyka w ramach programu.

W przypadku pacjentów po przebytych udarze mózgu wymagających rehabilitacji należy skierować pacjenta na rehabilitację poudarową w ramach programu.

6. Szkolenie dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru

Szkolenia mają na celu zapoznanie osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru z czynnikami jego wystąpienia, formami profilaktyki przeciwudarowej, objawami udaru i miejscami pomocy w przypadku wystąpienia ww. jednostki chorobowej.

Każdy uczestnik powinien w ramach planowanych szkoleń otrzymać informacje na temat najbliższego ośrodka, w którym może otrzymać świadczenia z zakresu leczenia udaru mózgu.

Ww. szkolenia powinny realizować określoną tematykę dotyczącą:

- czynników ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru;
- form profilaktyki przeciwudarowej:
- zmiany diety – ze szczególnym omówieniem diety śródziemnomorskiej,

· zwiększenia aktywności fizycznej – ze szczególnym omówieniem sposobów na ograniczenie siedzącego trybu życia oraz omówieniem ćwiczeń fizycznych,

- okontroli masy ciała i poziomu cukru we krwi,
- ozaprzestania palenia tytoniu,
- onauki sposobów radzenia sobie ze stresem,
- rozpoznawania pierwszych objawów udaru mózgu oraz postępowania w przypadku ich wykrycia,
- sposobów wdrażania rodzinnej samoopieki nad pacjentami po przebyтым udarze mózgu.

7. Rehabilitacja poudarowa

Zakres oraz częstotliwość ćwiczeń będą indywidualnie dostosowane przez lekarza i/lub fizjoterapeutę do stanu i możliwości pacjenta. Rehabilitacja powinna odbywać się w domu lub w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych.

W celu osiągnięcia trwałości uzyskanego efektu należy poinformować pacjenta o zalecanym dalszym postępowaniu oraz jeśli jest to wskazane – przygotować długoterminowy plan aktywności fizycznej.

Pacjentom należy oferować możliwość wzięcia udziału w terapii obejmującej:

- opiekę pielęgniarską,
- fizjoterapię,
- przystosowanie do powrotu do pracy,
- terapię mowy i języka,
- wsparcie psychospołeczne.

Wszelkie działania z zakresu rehabilitacji powinny być realizowane zgodnie ze standardami opieki, dostępną wiedzą medyczną oraz w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa. Należy informować pacjenta o konieczności zmiany stylu życia w celu zapobiegania ponownemu wystąpieniu udaru mózgu.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Kamieńsk w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

d. Sposób udzielania świadczeń

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

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

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

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

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

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

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;

c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;

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

e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

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

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

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty lekarskiej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych;
- w trakcie konsultacji lekarskiej wykluczenie u pacjenta przynależności do grupy ryzyka udaru mózgu;
- skierowania uczestnika programu do placówki specjalizującej się w terapii udarów mózgu,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

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

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

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

4. Organizacja programu

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu sugeruje się zaplanowanie do realizacji następujących działań:

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).

5. Akcja informacyjna.

6. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, lekarskiej wizyty diagnostycznej, szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru oraz rehabilitacji poudarowej.

7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).

8. Zakończenie realizacji PPZ.

9. Rozliczenie finansowe PPZ.

10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ad 4. Wybór realizatora

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

Ad 5. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Kamieńsk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Kamieńsk, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z chorobami naczyń mózgowych, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych oraz o ramach organizacyjnych akcji.

Ad 7 Monitoring działań

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

Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

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

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

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

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Kamięnsk przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadre oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

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

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

Podmiot/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrami odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach:

- **szkolenia personelu medycznego** realizator zapewni odpowiednią kadre, mogą być to: Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie neurologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce udaru mózgu („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.

- **działań informacyjno-edukacyjnych** może być to: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ

- **lekarska wizyta diagnostyczna** – lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce udaru mózgu lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

- **szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru** - lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

·**rehabilitacja poudarowa** -lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu udarów mózgu i/lub fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w rehabilitacji osób po przebytych udarze.

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

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

5. Monitorowanie i ewaluacja

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

Kontynuacja/trwałość programu

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

a. Monitorowanie

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

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

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostycznej;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału,
- liczba osób poddanych rehabilitacji poudarowej.

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

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

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

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie neurologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom

programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

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

b. Ewaluacja

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

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

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

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

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

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

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

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat profilaktyki chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu,
- odsetku osób, który zwiększył poziom aktywności fizycznej,
- odsetku osób z przebytym udarem, u których doszło do zwiększenia sprawności funkcjonalnej (pomiar przy użyciu np. testu marszu 5-minutowego lub testu przejścia z pozycji siedzącej do stojącej),
- odsetku osób skierowanych do placówki specjalizującej się terapią udarów mózgu.

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

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

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

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

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

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2023–2025 została przeznaczona kwota około 150 000 zł na cały 3 letni okres trwania programu.

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

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

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

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

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

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

a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, lekarskiej wizyty diagnostycznej, szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru oraz rehabilitacji poudarowej.

Tabela . Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

rodzaj działania	bezpośredni koszt działania	koszty pośrednie	razem koszt działania
Kwalifikacja uczestnika do programu	8 zł	1 zł	9 zł
Działania informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych na 1 uczestnika	3 zł	1 zł	4 zł
Lekarska wizyta diagnostyczna	105 zł	25 zł	130 zł
Konsultacja dietetyczna	65 zł	15 zł	80 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	4 zł	1 zł	5 zł
Szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru na 1 uczestnika	9 zł	1 zł	10 zł
Szkolenia dla personelu medycznego za kurs	1 700 zł	300 zł	2 000 zł
Rehabilitacja poudarowa na 1 uczestnika 1 godzina	65 zł	15 zł	80 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen z portalu www.kliniki.pl

Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych wskazuje się, iż około 50% dorosłej populacji w Polsce ma nadwagę lub otyłość, około 10% populacji może chorować na cukrzycę typu 2, nawet nie mając o tym świadomości.

Dlatego też założono, że połowa uczestników programu z terenu Gminy Kamieńsk może skorzystać z badań, pomiarów, konsultacji lekarskiej i konsultacji dietetycznej, gdyż m.in. nadwaga i otyłość są kryterium włączenia do działań diagnostycznych w ramach programu.

Znając poziom finansowania i liczebność populacji docelowej szacuje się, że programem w ciągu 3 lat, można będzie objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu około 50% całkowitej zakładanej populacji docelowej.

b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 5 i 6.

Tabela . Koszty całkowite realizacji programu w okresie 3 letnim.

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Populacja całościowa	Odsetek zgłaszających się	Odsetek włączonych	Koszt całkowity kategorii
Kwalifikacja uczestnika do programu	9 zł	3062	50%	100%	13 779 zł
Działania informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych na 1 uczestnika	4 zł	3062	50%	100%	6 124 zł
Lekarska wizyta diagnostyczna	130 zł	3062	30%	50%	59 709 zł
Konsultacja dietetyczna	80 zł	3062	20%	30%	14 698 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	5 zł	3062	30%	100%	4 593 zł
Szkolenia dla osób z grup ryzyka wystąpienia udaru na 1 uczestnika	10 zł	3062	50%	30%	4 593 zł
Szkolenia dla personelu medycznego za kurs	2 000 zł				6 000 zł
Rehabilitacja poudarowa na 1 uczestnika 10 godzin	80 zł	100	50%	100%	40 000 zł
Razem całość					149 496 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela . Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2023	49 832 zł
rok 2024	49 832 zł
rok 2025	49 832 zł
Całość działań	149 496 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2023–2025. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 150 000 zł** w latach 2023-2025.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Kamieńsk zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Kamieńsk w ramach funduszu przeznaczanego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 211/2020 z dnia 31 sierpnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu”.
2. Raport nr OT.423.5.2018 „Profilaktyka chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru mózgu”, data ukończenia raportu: sierpień 2020.
3. Simmons, B. B., Cirignano, B., & Gadegbeku, A. B. (2012). Transient ischemic attack: Part I. Diagnosis and evaluation. *American Family Physician*, 86(6), 521-526.
4. Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... & Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), e006997.
5. Furie, K. L., Kasner, S. E., Adams, R. J., Albers, G. W., Bush, R. L., Fagan, S. C., ... & Mitchell, P. H. (2011). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42(1), 227-276.
6. Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden-Albala, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S., ... & Goldstein, L. B. (2014). Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Functional Genomics and Translational Biology, Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45, 3754-3832.
7. Bodzioch, M. (2017). Udar mózgu. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/udar/udarmozgu/135796,udar-mozgu>, dostęp z 31.07.2020
8. Bridgwood, B., Lager, K. E., Mistri, A. K., Khunti, K., Wilson, A. D., & Modi, P. (2018). Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
9. Brouwer, R., Wondergem, R., Otten, C., & Pisters, M. F. (2019). Effect of aerobic training on vascular and metabolic risk factors for recurrent stroke: a meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 1-8.
10. Skanes, A. C., Healey, J. S., Cairns, J. A., Dorian, P., Gillis, A. M., McMurtry, M. S., ... & Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines Committee. (2012). Focused 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines: recommendations for stroke prevention and rate/rhythm control. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(2), 125-136.
11. Hebert, D., Lindsay, M. P., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, P. G., Bagg, S., ... & Glasser, E. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484.
12. Wein T, Lindsay MP, Cote R (2017). Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *Int J Stroke* 0(0) 1-24
13. Wang, Y., Liu, M., & Pu, C. (2014). 2014 Chinese guidelines for secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack: Compiled by the Chinese Society of Neurology, Cerebrovascular Disease Group. *International Journal of Stroke*, 12(3), 302-320
14. D'Isabella, N. T., Shkredova, D. A., Richardson, J. A., & Tang, A. (2017). Effects of exercise on cardiovascular risk factors following stroke or transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 31(12), 1561-1572.
15. Donker-Cools, B. H., Daams, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: a systematic review. *Brain injury*, 30(2), 113131.

16. Towarzystwa, S. W. G. R. E. (2016). Kardiologicznego i innych towarzystw naukowych ds. prewencji sercowo-naczyniowej w praktyce klinicznej (złożona z przedstawicieli 10 towarzystw i zaproszonych ekspertów): Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowonaczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. *Kardiologia Polonica*, 74, 821-936.
17. *Gazeta Lekarska* listopad 4, 2015; Udar mózgu: przyczyny, objawy, pierwsza pomoc. Pozyskano z : <http://www.gazetalekarska.pl/?p=19146>
18. Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2008-2018 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>
19. Hendrickx, W., Vlietstra, L., Valkenet, K., Wondergem, R., Veenhof, C., English, C., & Pisters, M. F. (2020). General lifestyle interventions on their own seem insufficient to improve the level of physical activity after stroke or TIA: a systematic review. *BMC neurology*, 20, 1-13.
20. Iacoviello, L., Bonaccio, M., Cairella, G., Catani, M. V., Costanzo, S., D'Elia, L., ... & Strazzullo, P. (2018). Diet and primary prevention of stroke: Systematic review and dietary recommendations by the ad hoc Working Group of the Italian Society of Human Nutrition. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(4), 309-334.
21. Karmali, K. N., Persell, S. D., Perel, P., Lloyd-Jones, D. M., Berendsen, M. A., & Huffman, M. D. (2017). Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
22. Radosław Kaźmierski; Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu; *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 62-75. Pozyskano z: http://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201401_AiR_006.pdf
23. Liljehult, J., Christensen, T., Molsted, S., Overgaard, D., Liljehult, M. M., & Møller, T. (2020). Effect and efficacy of lifestyle interventions as secondary prevention. *Acta Neurologica Scandinavica*.
24. Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób neurologicznych wieku podeszłego. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_neuro_wieku_podeszlego_mazowieckie.pdf
25. NFZ (2022). Zdrowe dane. NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwienny mózgu. Pozyskano z: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/local/nfz/reports.php>
26. NFZ (2022). NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwienny mózgu. Pozyskano z: https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/202/mod_resource/content/1/udar_niedokrwienny_mozgu_nfz_o_zdrowiu.pdf
27. National, G. C. U. (2019). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management.
28. Otwórz Dłoń (2020). Pozyskano z: <http://www.fum.info.pl/page/index/227>
29. Parappilly, B. P., Field, T. S., Mortenson, W. B., Sakakibara, B. M., & Eng, J. J. (2018). Effectiveness of interventions involving nurses in secondary stroke prevention: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(8), 728-736.
30. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczeniachorob-ukladu-sercowo-naczyniowego-polgard-na-lata-2017-2020>
31. Bowen, A., James, M., & Young, G. (2016, January). Royal College of Physicians 2016 National clinical guideline for stroke. RCP.
32. Bryer, A., Connor, M. D., Haug, P., Cheyip, B., Staub, H., Tipping, B., ... & Pinkney-Atkinson, V. (2010). South African guideline for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2010: a guideline from the South African Stroke Society (SASS) and the SASS Writing Committee. *SAMJ: South African Medical Journal*, 100(11), 750-778.
33. Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Johnson, L., Kramer, S., Carter, D. D., ... & Mead, G. E. (2020). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of systematic reviews*, (3).

34. Servier dla Serca (2020). Pozyskano z: <https://www.dbajoserce.pl/o-kampanii/co-robimy>
35. Watkins, J. (2017). Clinical Guidelines for Stroke Management 2017. Melbourne Australia, National Manager Clinical Services, stroke foundation
36. Smith, L. (2010). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning: A national clinical guideline (Vol. 118). SIGN.
37. Starosta, M., Redlicka, J., Brzeziński, M., Niwald, M., Miller, E. (2016). Udar mózgu—ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. *Pol Merkuriusz Lek*, 41(241), 39-42.
38. Stop Udarom (2020). Pozyskano z: <https://stopudarom.pl/o-kampanii/kampania-stop-udarom/>
39. Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Udar Mózgu. *Interna Szczeklika 2017*. Rozdział IX.C, 22152224.
40. van Halewijn, G., Deckers, J., Tay, H. Y., van Domburg, R., Kotseva, K., & Wood, D. (2017). Lessons from contemporary trials of cardiovascular prevention and rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 232, 294-303.
41. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf,
42. ZUS (2018). Absencja chorobowa w 2018 roku. Pozyskano z: <https://www.zus.pl/bazawiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>

8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

wzór

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>						
a. <i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>						
b. <i>Sprawność obsługi</i>						
c. <i>Kompetentna informacja</i>						

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>						
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>						
c. <i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>						

d. *Punktualność*

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

a. *Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)*

b. *Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)*

c. *Sprawność obsługi*

d. *Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem*

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

5. Inne uwagi

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom. Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.

·przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych

·Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej
..... (nazwa programu)

7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.

8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

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

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

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

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

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

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

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

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

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

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

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

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

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć

·raczej nie

·zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

·zdecydowanie tak

·raczej tak

·trudno powiedzieć

·raczej nie

·zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

·zdecydowanie tak

·raczej tak

·trudno powiedzieć

·raczej nie

·zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

·zdecydowanie tak

·raczej tak

·trudno powiedzieć

·raczej nie

·zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

·zdecydowanie tak

·raczej tak

·trudno powiedzieć

·raczej nie

·zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Pani/Pana nieprzydatne?

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....

Inne uwagi.

.....
.....
.....

.....
.....
Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

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

UZASADNIENIE

do uchwały w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu na lata 2023 - 2025

Zgodnie z 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.) programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego.

Na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez gminę należy w szczególności: opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Program przewidziany do realizacji w latach 2023 – 2025 jest zgodny z rekomendacją wydaną przez Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji. W myśl art. 48a ust.11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rozpoczęcie wdrażania, realizacja i finansowanie programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii lub w myśl art. 48aa ust. 11 wówczas gdy, do AOTMiT zostało przesłane oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją.

Program polityki zdrowotnej planowany do realizacji przez Gminę Kamieńsk nie będzie wpływał w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W obowiązującym stanie prawnym realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego zgodnie z procedurą zapisaną w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na realizację programu zaplanowano w budżecie Gminy kwotę 50 000,00 zł. corocznie.

Środki finansowe na realizację programu polityki zdrowotnej zostały zabezpieczone w budżecie Gminy na 2023 rok.

W związku z tym, zasadne jest podjęcie niniejszej uchwały programu polityki zdrowotnej pozwalające tym samym za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców gminy Kamieńsk.