

**UCHWAŁA NR XXIV/175/2020
RADY MIASTA IMIELIN**

z dnia 16 grudnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania ryzyka chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Imielina w grupie wiekowej 40 lat i powyżej, na lata 2021 - 2026

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 713 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 1398 z późn. zm.)

**Rada Miasta Imielin
uchwała:**

§ 1.

Przyjąć „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania ryzyka chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Imielina w grupie wiekowej 40 lat i powyżej, na lata 2021 - 2026, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Imielin.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Imielin

Tadeusz Hericht

RADCA PRAWNY

mgr Jacek Jędrzejka
(Kt - 1875)



**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
W ZAKRESIE WCZESNEGO WYKRYWANIA RYZYKA
CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA W POPULACJI MIESZKAŃCÓW IMIELINA
W GRUPIE WIEKOWEJ 40 LAT I POWYŻEJ,
NA LATA 2021 – 2026.**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 713 z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 295 z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1373 z późn. zm.)
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 roku w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz. U. z 2017r., poz. 2476)
5. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 83/2020 z dnia 13 listopada 2020r.

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

I. 1 Opis problemu zdrowotnego

Choroby sercowo-naczyniowe są jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce i stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno – ekonomiczny. Zajmują pierwsze miejsce pod względem zachorowalności i stanowią główną przyczynę zgonów. Główne negatywne skutki tych schorzeń to przede wszystkim zwiększona absencja chorobowa, liczne hospitalizacje, trwała niesprawność psychofizyczna i przedwczesna umieralność. Grupa chorób układu krążenia obejmuje chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca (uszkodzenie mięśnia serca i zastawek serca z gorączką reumatyczną, spowodowane przez paciorkowce), wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała następujące czynniki ryzyka jako najistotniejsze w przypadku chorób układu krążenia: nadciśnienie tętnicze (wartość ciśnienia krwi ponad 140/90 mm Hg), zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, czynniki psychologiczne (nadmierny stres, depresja), nieracjonalne odżywianie, wiek, płeć męska, obciążenia genetyczne.

Oddziałując na czynniki ryzyka można uzyskać obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia:

- obniżenie stężenia cholesterolu, zwłaszcza LDL-cholesterolu zmniejsza o 1% umieralność na chorobę wieńcową, o 2% powoduje zatrzymanie progresji a nawet regresję miażdżycy tętnic wieńcowych,
- zaprzestanie palenia sprawia, że ryzyko zawału serca po ok. 10 latach niepalenia jest takie jak u osoby nigdy nie palącej,
- obniżenie średniego ciśnienia rozkurczowego o 5-6 mmHg powoduje zmniejszenie umieralności ogólnej o 7%, umieralności z powodu udaru mózgu o 14%, a z powodu choroby wieńcowej o 9%,
- obniżenie izolowanego ciśnienia skurczowego powoduje zmniejszenie ryzyka udaru mózgu o 28-30%, a zawału mięśnia sercowego o 20-23%.

Program wpisuje się w krajowe strategie zdrowotne - jego zakres jest zgodny z:

- 1) Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (§ 1 ust.1 lit. a)): – priorytet 1: zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu;
- 2) Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r.; Dz.U. z 2016r., poz. 1492): cel operacyjny 1: Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej; cel operacyjny 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;

Program jest ujęty w Priorytetach dla regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Śląskiego (Zarządzenie Nr 45/19 Wojewody Śląskiego z dnia 4 lutego 2019 roku) :

priorytet 1. rozwój profilaktyki zdrowotnej, pierwotnej i wtórnej, diagnostyki i medycyny naprawczej, ukierunkowany na problemy zdrowotne związane z chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego

Cel I : ograniczenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności oraz niepełnosprawności z powodu chorób układu krążenia, chorób naczyń, udarów mózgu; cel II wczesne wykrywanie miażdżycy zarostowej kończyn dolnych, stopy cukrzycowej, „nowoczesne” leczenie ran przewlekłych.

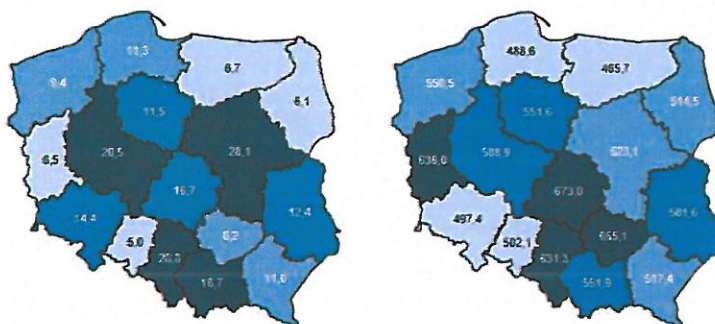
I. 2 Dane epidemiologiczne

W Mapach potrzeb zdrowotnych dla województwa śląskiego (rok 2018),

- w zakresie kardiologii

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy 'Choroba niedokrwienna serca' w roku 2016 wyniosła 215,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 560. Mapa 1.2.1 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2016 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa). W województwie śląskim zapadalność wyniosła 28,8 tys.

Mapa 1.2.1: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Choroba niedokrwienna serca

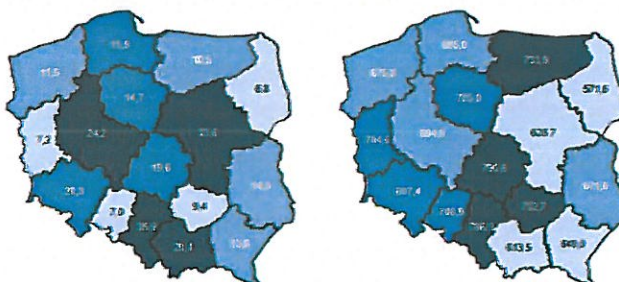


Opracowanie DAIS na podstawie danych z MFZ i GUS

- w zakresie cukrzycy

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznaw z grupy 'Cukrzyca' w roku 2016 wyniosła 265,5 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 690,9. Mapa 1.2.1 prezentuje zapadalność rejestrowaną na choroby z analizowanej grupy w 2016 roku w podziale na województwa zamieszkania pacjenta (lewa) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (prawa). W województwie śląskim zapadalność wyniosła 35,9 tys.

Mapa 1.2.1: Wskaźnik zapadalności rejestrowanej (bezwzględne - wartości w tys. pacjentów i na 100 tys. ludności) - Cukrzyca



Opracowanie DAIS na podstawie danych z NFZ i GUS

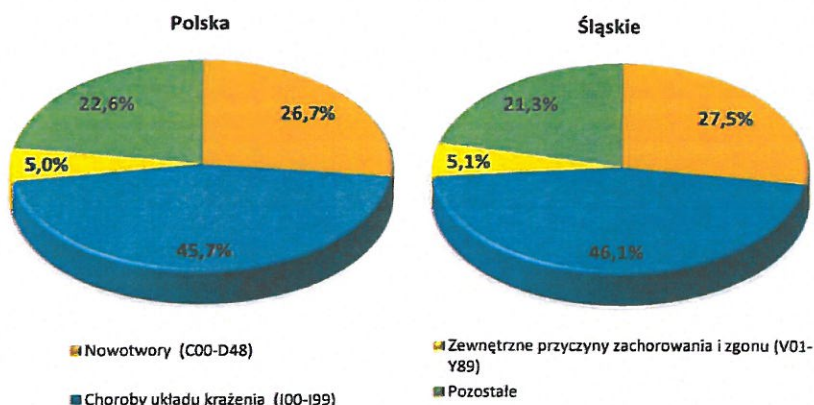
W dokumencie „Ochrona Zdrowia w województwie śląskim 2017” opracowanym przez Wydział Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego wskazano, że główną przyczyną zgonów w Polsce i województwie śląskim w 2015 roku i 2016 są choroby układu krążenia :

rok	Polska	Województwo śląskie
2015	45,7	46,1
2016	43,9	44,6

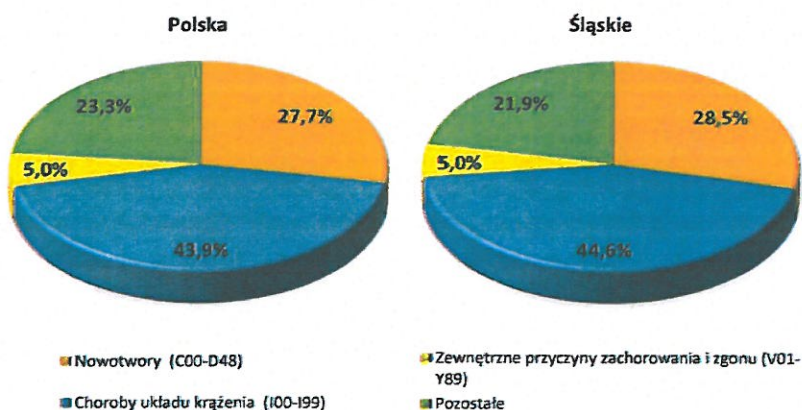
POLSKA - ŚLĄSKIE

STRUKTURA GŁÓWNYCH PRZYCZYN ZGONÓW

2015



2016



Kwestia chorób układu krążenia wiąże się również z wydatkami na świadczenia finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego. Zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przewlekła choroba niedokrwienna serca jest trzecią najczęstszą przyczyną niezdolności do pracy, generującą najwyższe wydatki z tego tytułu, odpowiadając za 3,3% tego rodzaju sytuacji (89% wydatków z tego tytułu przypada na mężczyzn, a jedynie 11% jest generowane przez kobiety).

Ponadto choroby układu krążenia odpowiedzialne są ogółem za 11,8% wydatków z tytułu niezdolności do pracy, co jest trzecią pod względem istotności przyczyną wydatków na świadczenia. Przekłada się to w skali roku na wydatki rzędu 4,2 mld zł, z czego 3,2 mld to wydatki na świadczenia rentowe. W przypadku wydatków na renty z tytułu niezdolności do pracy, choroby układu krążenia są już przyczyną największej ich części, odpowiadając za 21% udział w całokształcie wydatków. Jeszcze nieco większy jest udział tej grupy chorób w wydatkach na renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, co sygnalizuje znaczny poziom obciążenia zdrowotnego osób dotkniętych tego rodzaju chorobami. Nieco mniejszy jest udział omawianej grupy chorób w wydatkach na świadczenia rehabilitacyjne, a także rehabilitację leczniczą finansowaną w ramach prewencji rentowej (10% w obu przypadkach). Ponadto choroby układu krążenia odpowiadają za 12352 dni absencji chorobowych w roku (dane za rok 2014), co stanowi 5,8% ogółu dni absencji chorobowych. - dane z Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2016 r. (wg danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarnych, Warszawa 2017); Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.

W tabeli przedstawiono ilość przypadków z nieprawidłowymi wynikami wśród uczestników programu polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania ryzyka chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Imielina w grupie wiekowej powyżej 20 lat w Imielinie w latach 2016 – 2020 :

rok	2016	2017	2018	2019
Liczba uczestników	400	400	400	500
Liczba przypadków podwyższonego ciśnienia tętniczego dotychczas nie leczonego	12	10	8	12
Liczba przypadków nieprawidłowego zapisu EKG	10	5	5	8
Liczba przypadków cukrzycy	7	4	5	7
Liczba przypadków cukrzycy utajonej	6	11	8	10
Liczba przypadków zaburzeń gospodarki cholesterolowej	105	65	52	60
Liczba przypadków podwyższonego poziomu kwasu moczowego	10	9	12	15
Liczba przypadków podwyższonego poziomu hemoglobiny glikozylowanej	11	10	12	15

I. 3 Opis obecnego postępowania

Opiekę i zakres świadczeń dla pacjenta finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia określone zostały Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2019r., poz.736), Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016r., poz. 357 z późn. zm.), Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2017r., poz. 2295 z późn. zm.).

Problematyka chorób układu krążenia podjęta została także na poziomie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, co obserwuje się zarówno na poziomie przyjmowanych celów strategicznych, jak i przyjętego zestawu działań. W zapisach programu wyraźne jest nastawienie na profilaktykę zachorowań i promocję zdrowia.

W kontekście problematyki chorób kardiologicznych należy również wskazać na działalność prowadzoną w ramach Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Obecna edycja programu swoim zakresem obejmuje lata 2017-2020 i stanowi kontynuację wcześniejszych edycji, realizowanych od 2002 roku.

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

Całokształt tych działań umożliwi skuteczniejszą niż dotychczas profilaktykę chorób układu krążenia, co powinno obniżyć koszty związane z leczeniem chorób układu krążenia i absencją spowodowaną tymi chorobami. Objęcie pacjenta badaniem w miejscu jego zamieszkania, bez potrzeby oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty ograniczy koszty dla pacjenta. Dodatkowo umożliwi skorzystanie z Programu osobom, które ze względu na rok urodzenia nie mogły skorzystać z działań Narodowego Funduszu Zdrowia w danym roku.

Program jest kontynuacją realizowanego programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Imielin w latach 2011 – 2015 oraz w latach 2016-2020.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II. 1 Cel główny

Celem głównym programu jest zwiększenie wykrywalności z powodu chorób układu krążenia poprzez zastosowanie wczesnej diagnostyki i profilaktyki, identyfikację i kontrolę czynników ryzyka oraz uświadomienie potrzeby korzystania z świadczeń medycznych w przypadkach zauważenia jakichkolwiek nieprawidłowości, czy dolegliwości w swoim organizmie.

II. 2 Cele szczegółowe

1. Wzrost liczby osób poddających się wczesnej diagnostyce w kierunku chorób układu krążenia,
2. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów biochemicznych krwi, wśród uczestników programu w czasie trwania programu,
3. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów wartości ciśnienia krwi wśród uczestników programu w czasie trwania programu,
4. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wyników badania EKG wśród uczestników programu w czasie trwania programu,
5. Zmiana stylu życia polegająca na zmodyfikowaniu diety, zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu, wdrożeniu regularnej świadomej aktywności fizycznej, poprzez uzyskanie deklaracji o uczestnika programu o wprowadzeniu zdrowej diety, aktywności fizycznej, ograniczenia palenia tytoniu w grupie, u której stwierdzone zostały nieprawidłowości.

II. 3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

CEL	MIERNIK
1. Wzrost liczby osób poddających się wczesnej diagnostyce w kierunku chorób układu krążenia	Odsetek osób, która wzięła udział w programie (wartość docelowa 70% grupy objętej programem w danym roku kalendarzowym) .

2. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów biochemicznych krwi, wśród uczestników programu w czasie trwania programu	odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami parametrów biochemicznych krwi (wartość docelowa 10%)
3. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wartości parametrów wartości ciśnienia krwi wśród uczestników programu w czasie trwania programu	odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia krwi (wartość docelowa 10%)
4. Zwiększenie wykrywalności nieprawidłowych wyników badania EKG wśród uczestników programu w czasie trwania programu	odsetek osób z nieprawidłowymi wartościami wskaźnika BMI (wartość docelowa 20%)
5. Zmiana stylu życia polegająca na zmodyfikowaniu diety, zaprzestania lub ograniczenia palenia tytoniu, wdrożeniu regularnej świadomej aktywności fizycznej,	odsetek pacjentów, którzy zadeklarowali zmiany stylu życia (zmodyfikowanie diety, zaprzestanie lub ograniczenia palenia tytoniu, wdrożenie regularnej świadomej aktywności fizycznej) (wartość docelowa 40%)

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

III. 1 Populacja docelowa

Program adresowany jest do mieszkańców Imielina w wieku 40 lat i powyżej.

Planuje się, że w roku 2021 program obejmie liczbę osób nie mniejszą niż 10 % ogólnej liczby mieszkańców Imielina w wieku 40 lat i więcej tj. minimum 466 osób.

Wg danych Referatu Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Imielin na dzień 18.08.2020 liczba mieszkańców wynosi - 8993 osób ogółem, w tym 4665 osób (2494 kobiet i 2171 mężczyzn) w wieku 40 lat i więcej.

W przypadku zmniejszenia bądź zwiększenia środków finansowych na realizację niniejszego programu polityki zdrowotnej liczba osób może ulec zmianie.

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

Udział w programie jest dobrowolny. Do uczestniczenia w programie zaproszeni zostaną mieszkańcy Imielina, którzy ukończyli 40 rok życia poprzez informacje zamieszczone w prasie lokalnej, na stronie internetowej miasta oraz plakatach

Kryteriami kwalifikacji do programu są: miejsce zamieszkania, wiek i brak stwierdzonej choroby układu krążenia oraz wyrażenie zgody na udział w programie.

Kryteria wyłączenia:

1. Brak zamieszkania w Imielinie,
2. Nie ukończony 40 rok życia,
3. Osoba, u której stwierdzono choroby układu krążenia,
4. Osoby w wieku 40, 45, 50, 55 lat, które uczestniczyły w programie finansowanym przez NFZ.

III. 3 Planowane interwencje

Przy zgłoszeniu do udziału w Programie, pacjent zostanie poinformowany, że przed wizytą lekarską zostanie wykonane badanie laboratoryjne krwi (na czczo) oraz moczu. Skierowanie na badania otrzymuje od realizatora Programu na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem i oceny globalnego ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych np. wskaźnika SCORE przez pracownika (np. pielęgniarkę, lekarza).

Każdy pacjent wykonuje badania laboratoryjne: morfologia, poziom cukru w krwi i moczu, poziom frakcji cholesterolowych. Zostanie również wykonany pomiar ciśnienia tętniczego. Ponadto, w zależności od wskazań medycznych pacjentowi zostaną wykonane badania poziomu kwasu moczowego i poziom hemoglobiny glikowanej HBA1C oraz badanie EKG spoczynkowe.

Po wykonaniu badań pacjent jest zapraszany na konsultację lekarską. Konsultacja lekarska obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu z pacjentem w zakresie przebytych chorób, wczesnej choroby sercowo-naczyniowej w rodzinie, palenia tytoniu, aktywności fizycznej, nawyków żywieniowych,
- interpretacja wyników badań, ocena czynników ryzyka oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia u osób z wykrytymi czynnikami ryzyka schorzeń układu krążenia, lub skierowanie do leczenia u specjalisty (w ramach finansowania przez NFZ). Zostaną również przeprowadzone działania edukacyjne skierowane indywidualnie do każdego uczestnika programu w zakresie aktywności fizycznej, właściwej diety, radzenia sobie ze stresem.

Realizacja założeń programowych będzie przebiegać w kierunku wyodrębnienia osób, w których zidentyfikowano zmiany chorobowe, a następnie skierowanie ich do dalszego leczenia w ramach ubezpieczenia finansowego przez NFZ.

III. 4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Program będzie realizowany przez podmiot leczniczy wyłoniony w drodze postępowania konkursowego.

Świadczenia realizowane w ramach programu będą bezpłatne i dobrowolne, odbywać się będą po wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody na uczestnictwo w programie. Ponadto wszystkie zaplanowane działania prowadzone będą z poszanowaniem prywatności oraz ochrony danych osobowych. Program nie zakłada stosowania leków.

III. 5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

1. Udział we wszystkich etapach programu.
2. Zgłoszenie woli zakończenia udziału w programie.
3. Zakończenie realizacji programu

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Zabezpieczenie środków finansowych w budżecie miasta Imielin na realizację programu w danym roku kalendarzowym
2. Przeprowadzenie konkursu i wyłonienie realizatora programu polityki zdrowotnej,
3. Działania informacyjno-promocyjne,
4. Przyjmowanie zgłoszeń, kwalifikacja,
5. Wykonanie badań laboratoryjnych,
6. Konsultacja lekarska i działania edukacyjne,
7. Podsumowanie programu uwzględniając cele szczegółowe oraz mierniki efektywności realizacji.

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

Realizator programu zapewnia niezbędne warunki do obsługi pacjenta (m.in. środki ochrony osobistej dla personelu, środki dezynfekujące, zestaw przeciwwstrząsowy i resuscytacyjny, utylizację zużytych środków medycznych itp.).

Badania będą przeprowadzane przez wykwalifikowanych pracowników (laborant, pielęgniarka, lekarz) w laboratorium analitycznym i w gabinetach spełniających pod względem technicznym i sanitarnym wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V. 1 Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie prowadzone na bieżąco i zostanie zakończone sporządzeniem sprawozdania z jego realizacji przez Realizatora. Sprawozdanie ma zawierać informacje o miernikach i realizacji celów programu określonych w pkt II. oraz rozliczenie finansowe. W ramach monitorowania gromadzone będą dane dotyczące liczby zgłoszeń do programu, wykonanych badań, liczby wykrytych czynników ryzyka schorzeń układu krążenia, przeprowadzonych działań edukacyjnych oraz jakości udzielonych świadczeń.

Uczestnicy programu będą poinformowani przez realizatora o możliwości zgłaszania pisemnych uwag lub sugestii w zakresie jakości uzyskanych świadczeń i realizowanego programu.

V. 2 Ewaluacja

Ewaluacja zostanie opracowana po zakończeniu realizacji programu i ma zawierać:

- ocenę zgłaszalności (w oparciu o dane o liczbie osób, które zrezygnowały z udziału w trakcie trwania programu, liczbę osób, które nie zakwalifikują się do udziału w programie);
- ocenę wykrytych czynników ryzyka schorzeń układu krążenia u osób biorących udział w programie, w oparciu o odsetek osób, u których zidentyfikowano czynniki ryzyka; liczby osób, które zostały skierowane do dalszej diagnostyki,
- ocenę jakości świadczeń w programie, poprzez analizę zgłoszonych przez uczestników programu uwag i ocen na podstawie ankiety satysfakcji,
- ocenę efektywności programu z jego celami.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI. 1 Koszty jednostkowe

koszt jednego pacjenta : 25,00 zł
w tym : koszt konsultacji lekarskiej : 10 zł/pacjent
 koszt obsługi pacjenta : 5,00 zł /pacjent
 koszt badań : 10 zł /pacjent

VI. 2 Koszty całkowite

Planuje się, że w roku 2021 oraz w kolejnych latach realizacji program obejmie liczbę osób około 10 % liczby mieszkańców Imielina w wieku 40 lat i więcej oraz jego koszt rocznie wyniesie około 10.000,00 zł.

Akcja informacyjna oraz monitoring i ewaluacja programu zostanie wykonana przez Realizatora (w ramach własnej działalności).

Środki finansowe zostaną zabezpieczone w budżecie miasta Imielin na dany rok realizacji programu, na podstawie analizy ewaluacji i monitoringu realizacji programu w latach poprzednich.

W związku z powyższym w.w. koszty całkowite mogą ulec zmianie.

VI. 3 Źródła finansowania

Program jest realizowany ze środków własnych jednostki samorządu terytorialnego – miasta Imielin. Dopuszcza się możliwość ubiegania się o dofinansowanie programu z innych źródeł (np. z NFZ na podstawie art. 48d ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

bibliografia

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018r. w sprawie priorytetów zdrowotnych w sprawie priorytetów zdrowotnych
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, (Dz.U. z 2016r., poz. 1492):
3. Zarządzenie Nr 45/19 Wojewody Śląskiego z dnia 4 lutego 2019 roku w sprawie Priorytetów dla regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa śląskiego) :
4. Mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa śląskiego (rok 2018) w zakresie kardiologii oraz w zakresie cukrzycy (<http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-slaskie/#>)
5. Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych 2012-2014. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2016.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 86 z późn. zm.).
7. Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020”, Warszawa 2017 (mz.gov.pl; dostęp: 30.11.2017r.).
8. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 137/2011 z dnia 3 października 2011r. o projekcie programu zdrowotnego „Wczesne wykrywanie czynnika ryzyka chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Imielina w grupie wiekowej powyżej 20 lat w ramach Profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Imielin na lata 2010 do 2015”.
9. RAPORT O STANIE ZDROWIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO 2013; ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W KATOWICACH Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej
10. Regionalny program rehabilitacji osób z chorobami układu krążenia na lata 2019-2022; Samorząd Województwa Śląskiego, Katowice 2018
11. OCHRONA ZDROWIA W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM 2017; ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W KATOWICACH Wydział Zdrowia Katowice 2018 rok
12. Informacja o wynikach kontroli: PROFILAKTYKA ZDROWOTNA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA ; Najwyższa Izba Kontroli 2017 rok