

## **Program Ochrony Zdrowia na lata 2026-2028**

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

Głównym celem Programu Ochrony Zdrowia na lata 2026-2028 jest:

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

### 1. Profilaktyka zdrowia

1.1) W latach 2026-2028 kontynuowane będą następujące programy polityki zdrowotnej:

| Nazwa programu |                                                                                         | Załącznik do<br>Programu<br>Ochrony<br>Zdrowia na lata<br>2026-2028 nr |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| a)             | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc                      | 1                                                                      |
| b)             | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy                                 | 2                                                                      |
| c)             | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi                                 | 3                                                                      |
| d)             | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy                                    | 4                                                                      |
| e)             | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy                             | 5                                                                      |
| g)             | Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle                     | 6                                                                      |
| h)             | Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle | 7                                                                      |

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

#### 1.2) Promocja i profilaktyka zdrowia

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

#### 2. Opieka pielęgnacyjna

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

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

#### 3. Środki finansowe na realizację wszystkich zadań ujętych w programie na lata 2026-2028 określać będą każdorazowo uchwały budżetowe.

**Gmina Kędzierzyn-Koźle**

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki i wczesnego  
wykrywania gruźlicy i chorób płuc”  
na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc**

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc**

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

#### **1. Opis problemu zdrowotnego**

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

Najczęstsze choroby układu oddechowego:

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

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

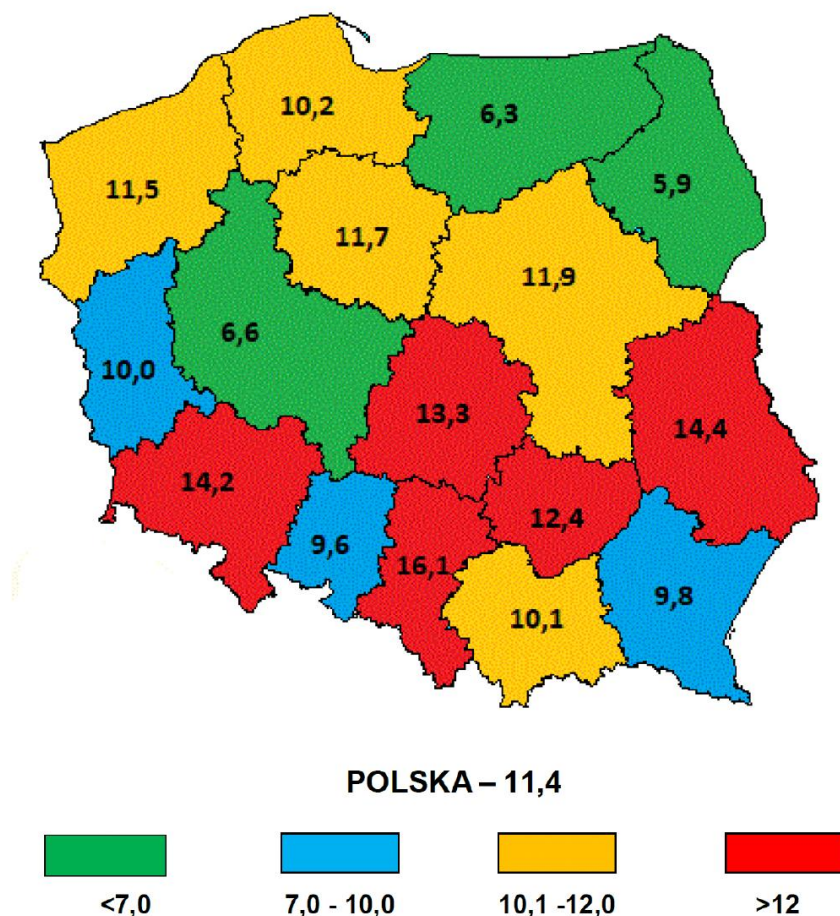
#### **2. Dane epidemiologiczne**

W 2021 r. w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego odnotowano ponad 33 000 przypadków gruźlicy, a 34% ogółu chorych stanowili cudzoziemcy. Osoby w wieku od 25 do 64 lat to 65,8% chorych, przy czym dwukrotnie częściej gruźlica występowała u mężczyzn. Dzieci poniżej 15. roku życia stanowiły 3,5% przypadków. Największą zapadalność, wynoszącą 41,6 na 100 000 ludności, odnotowano w Rumunii, gdzie całkowita liczba zdiagnozowanych przypadków gruźlicy wynosiła prawie 8000.

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

Gruźlica w krajach rozwiniętych występuje rzadziej w porównaniu z krajami rozwijającymi się, jednak nadal pozostaje istotnym zagadnieniem zdrowotnym i szczególnie ważne jest jej monitorowanie. Osoby migrujące z obszarów, gdzie choroba jest szeroko rozpowszechniona, mogą stanowić potencjalne źródło zakażenia, jeśli są nosicielami bakterii. W następstwie inwazji Rosji na Ukrainę do września 2023 r. ponad 15 mln Ukraińców przekroczyło granicę ukraińsko-polską. Zgodnie z raportem WHO Ukraina plasuje się na czwartym miejscu pod względem liczby zachorowań na gruźlicę w regionie europejskim, podczas gdy globalnie posiada piątą co do wielkości liczbę potwierdzonych przypadków gruźlicy wielolekoopornej.

W 2022 r. w Polsce zarejestrowano 4314 zachorowań na gruźlicę, co oznacza o 17,5% przypadków więcej niż w roku poprzednim. Największą zapadalność na tę chorobę odnotowano w województwach śląskim, lubelskim i dolnośląskim. Najczęstszą jej postacią była gruźlica płuc, która stanowiła 96,2% wszystkich zachorowań, w 23 przypadkach gruźlica płuc występowała razem z gruźlicą pozapłucną.



Rysunek 1. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2022 r. wg województw – współczynniki na 100 000 ludności, źródło: <https://www.euroimmun.pl/wzrost-zachorowan-na-gruzlice-obawy/>

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

Współczynnik zapadalności na gruźlicę był tym większy, im starsza była grupa wiekowa. U seniorów, po raz pierwszy od 2015 r., zaobserwowano niższą zapadalność na gruźlicę w porównaniu z młodszymi pacjentami. Jeśli chodzi o dzieci do 14. r.ż., zgłoszono 42 przypadki tej choroby, w tym 35 przypadków gruźlicy płuc i 7 gruźlicy pozapłucnej. U młodzieży w wieku od 15 do 19 lat zarejestrowano 58 zachorowań. Przypadki tej choroby u cudzoziemców stanowiły 6,8% wszystkich zachorowań, z czego największą grupą byli Ukraińcy, następnie Gruzini i Hindusi. Odnotowano również 126 przypadków gruźlicy z opornością na co najmniej 1 lek przeciwpłukowy, w tym 65 chorych na gruźlicę wielolekooporną (MDR-TB).

| Województwo             | Liczba urodzeń żywych* | Zaszczepieni w ciągu 24 godz. po urodzeniu |      | Zaszczepieni z opóźnieniem       |      |                                 |     |                     |     | Ogółem |      |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------------------|------|----------------------------------|------|---------------------------------|-----|---------------------|-----|--------|------|
|                         |                        |                                            |      | po 24 godz. od urodz. do 14 dnia |      | po 14 dniu życia do 11 miesiąca |     | w 12 miesiącu życia |     |        |      |
|                         |                        | Liczba                                     | %    | Liczba                           | %    | Liczba                          | %   | Liczba              | %   | Liczba | %    |
| POLSKA                  | 272451                 | 153104                                     | 56,2 | 90064                            | 33,1 | 4226                            | 1,6 | 307                 | 0,1 | 247701 | 90,9 |
| 1. Dolnośląskie         | 19524                  | 12176                                      | 62,4 | 4368                             | 22,4 | 229                             | 1,2 | 6                   | 0,0 | 16779  | 85,9 |
| 2. Kujawsko-Pomorskie   | 13522                  | 8857                                       | 65,5 | 3577                             | 26,5 | 234                             | 1,7 | 12                  | 0,1 | 12680  | 93,8 |
| 3. Lubelskie            | 13492                  | 4875                                       | 36,1 | 7115                             | 52,7 | 215                             | 1,6 | 20                  | 0,1 | 12225  | 90,6 |
| 4. Lubuskie             | 6499                   | 4135                                       | 63,6 | 1622                             | 25,0 | 153                             | 2,4 | 18                  | 0,3 | 5928   | 91,2 |
| 5. Łódzkie              | 16383                  | 5234                                       | 31,9 | 9350                             | 57,1 | 284                             | 1,7 | 15                  | 0,1 | 14883  | 90,8 |
| 6. Małopolskie          | 28323                  | 13010                                      | 45,9 | 12566                            | 44,4 | 447                             | 1,6 | 8                   | 0,0 | 26031  | 91,9 |
| 7. Mazowieckie          | 44903                  | 29141                                      | 64,9 | 10443                            | 23,3 | 485                             | 1,1 | 25                  | 0,1 | 40094  | 89,3 |
| 8. Opolskie             | 6177                   | 2719                                       | 44,0 | 2826                             | 45,8 | 102                             | 1,7 | 4                   | 0,1 | 5651   | 91,5 |
| 9. Podkarpackie         | 14877                  | 10114                                      | 68,0 | 3217                             | 21,6 | 158                             | 1,1 | 7                   | 0,0 | 13496  | 90,7 |
| 10. Podlaskie           | 8280                   | 4536                                       | 54,8 | 2722                             | 32,9 | 184                             | 2,2 | 19                  | 0,2 | 7461   | 90,1 |
| 11. Pomorskie           | 19126                  | 10326                                      | 54,0 | 7552                             | 39,5 | 290                             | 1,5 | 29                  | 0,2 | 18197  | 95,1 |
| 12. Śląskie             | 27641                  | 13705                                      | 49,6 | 10729                            | 38,8 | 568                             | 2,1 | 38                  | 0,1 | 25040  | 90,6 |
| 13. Świętokrzyskie      | 7238                   | 3799                                       | 52,5 | 2505                             | 34,6 | 87                              | 1,2 | 8                   | 0,1 | 6399   | 88,4 |
| 14. Warmińsko-Mazurskie | 8487                   | 6080                                       | 71,6 | 1631                             | 19,2 | 136                             | 1,6 | 10                  | 0,1 | 7857   | 92,6 |
| 15. Wielkopolskie       | 27532                  | 17946                                      | 65,2 | 7206                             | 26,2 | 407                             | 1,5 | 31                  | 0,1 | 25590  | 92,9 |
| 16. Zachodniopomorskie  | 10447                  | 6451                                       | 61,7 | 2635                             | 25,2 | 247                             | 2,4 | 57                  | 0,5 | 9390   | 89,9 |

Tabela 2. Szczepienia noworotków na gruźlicę wszystkich postaci wg województw w roku 2023, źródło: [https://www.oid.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz\\_2023.pdf](https://www.oid.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf)

### 3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie gruźlicy i chorób płuc, w szczególności nowotworów, wpisuje się w cele strategiczne Narodowej Strategii Onkologicznej 2020-2030.

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

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

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

*Z badań RTG klatki piersiowej powinny skorzystać:*

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

### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny

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

### 2. Cele szczegółowe

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

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

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

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

### 1. Populacja docelowa

Ogólna aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 50.583 osób oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 1352 osób (stan na dzień 13.05.2025 r.).

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

|      |      |      |
|------|------|------|
| 2026 | 2027 | 2028 |
|------|------|------|

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

| Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy |
|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| 15.271            | 310           | 15.315            | 326           | 15.439            | 357           |
| Razem 15.581 osób |               | Razem 15.641 osób |               | Razem 15.796 osób |               |

Tabela 3. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2026-2028 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2026-2028 stan na dzień 21.05.2025 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 214 osób.

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

#### 1) Kryteria włączenia:

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

#### 2) Kryteria wyłączenia:

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

#### 3) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

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

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

### 3. Planowane interwencje

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

Dowodami na skuteczność programu będzie ankieta wypełniona przez uczestników zawierająca ocenę poziomu świadomości społecznej oraz wstępnej oceny stanu zakażenia

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc**

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

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

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

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **Program obejmować będzie:**

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

### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc**

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

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

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

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

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

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista radiolog oraz technik RTG);
- 2) dysponowanie sprzętem do badań RTG;
- 3) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się z pracowni RTG, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

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

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc

### 2. Ewaluacja

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

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy i chorób płuc prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2006 roku. W 2024 roku z badań skorzystały 183 osoby. U ok. 13,6 % badanych stwierdzono zmiany wymagające konsultacji z lekarzem.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie 70 zł – 80 zł.

### 2. Koszty całkowite

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

| Rok  | Przewidywany koszt całkowity |
|------|------------------------------|
| 2026 | 15.000,00                    |
| 2027 | 15.000,00                    |
| 2028 | 15.000,00                    |

Tabela 4. Przewidywany koszt całkowity w latach 2026-2028, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

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

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

### 3. Źródła finansowania

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

## VII. Bibliografia

1. <http://szczepienia.pzh.gov.pl>
2. [http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/tb/cases/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tb/cases/atlas.html)
3. <http://www.igichp.edu.pl>
4. <http://onkologia.org.pl>
5. <https://www.who.int/>
6. <https://www.igichp.edu.pl/2021/04/14/swiatowy-dzien-gruzlicy-24-03-2021/>
7. [https://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz\\_2023.pdf](https://www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf)
8. <https://www.euroimmun.pl/wzrost-zachorowan-na-gruzlice-obawy/>

**Gmina Kędzierzyn-Koźle**

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki i wczesnego  
wykrywania osteoporozy”  
na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

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

#### **1. Opis problemu zdrowotnego**

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

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

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

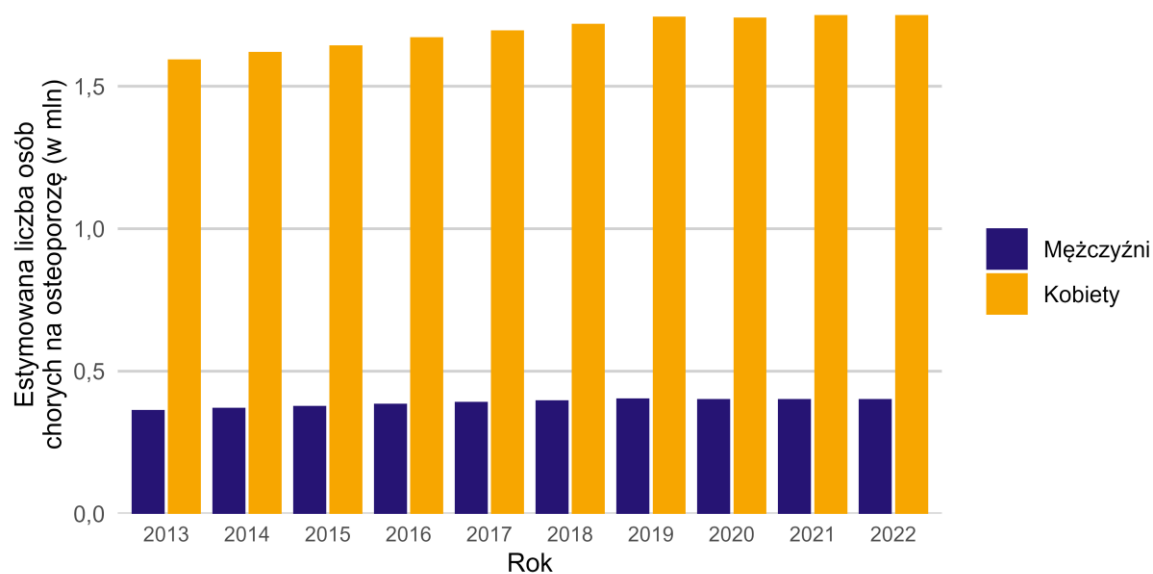
#### **2. Dane epidemiologiczne**

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

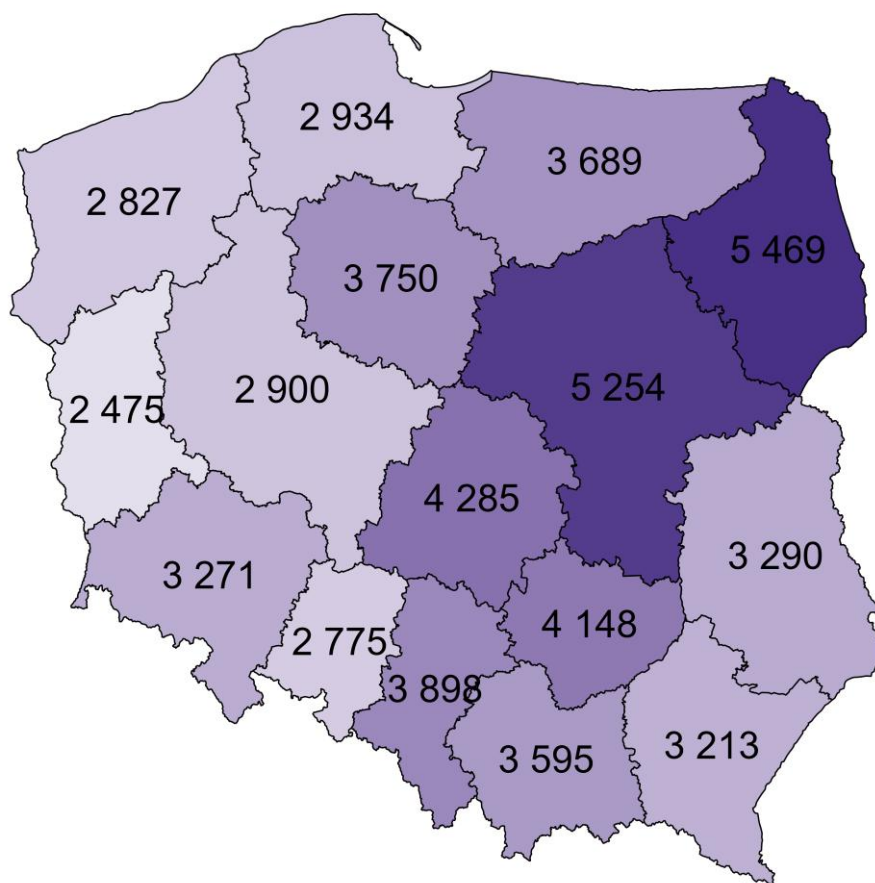
Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2022 roku, oparta na wskaźnikach epidemiologicznych, to 2,1 mln, z czego 1,7 mln to kobiety.

Porównując szacowaną liczbę chorych z wartością chorobowości rejestrowanej oszacowano, że stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w 2022 roku wyniósł 75%. Odpowiada to liczbie 1,62 mln niezdiagnozowanych osób, z czego 470 tys. było powyżej 80. roku życia.

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy



Wykres 1. Estymowana liczba osób chorych na osteoporozę w mln, źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-osteoporoza>



Wykres 2. Surowy współczynnik chorobowości rejestrowanej wg województwa zamieszkania pacjenta na rok 2022 źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-osteoporoza>

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

### **3. Opis obecnego postępowania**

Wczesne wykrywanie osteoporozy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.) definiuje świadczenie zdrowotne jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ww. ustawie to świadczenie gwarantowane.

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

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

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

### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

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

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

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

Osteoporozie można jednak zapobiec, jeśli wykryje się ją w miarę wcześnie. Stopień zagrożenia osteoporozą i złamaniem osteoporotycznym można określić już na wiele miesięcy

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

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

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

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny**

Zwiększenie wczesnego wykrycia osteoporozy u mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

### **2. Cele szczegółowe**

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

### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

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

#### 1. Populacja docelowa

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle – 50.583 osoby oraz zamieszkałych na pobyt czasowy – 1.352 osoby (stan na dzień 13.05.2025 r.).

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

|                 | 2026               |               | 2027              |               | 2028              |               |
|-----------------|--------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                 | Pobyt stały        | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy |
| Kobiety 55-75   | 8.027              | 57            | 7.995             | 65            | 7.990             | 70            |
| Mężczyźni 60-75 | 5.005              | 45            | 5.134             | 52            | 5.198             | 59            |
| Suma            | 13.032             | 102           | 13.129            | 117           | 13.188            | 129           |
|                 | Razem 13.134 osoby |               | Razem 13.246 osób |               | Razem 13.317 osób |               |

Tabela 1. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2026-2028 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2026-2028 stan na dzień 21.05.2025 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 300 osób.

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

##### 4) Kryteria włączenia:

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

##### 5) Kryteria wyłączenia:

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

##### 6) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle [www.kedzierzynkozle.pl](http://www.kedzierzynkozle.pl),
- b) Informacje o Programie umieszczone zostaną w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

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

### **3. Planowane interwencje**

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

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

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

Wynik pomiaru densytometrycznego pozwala na:

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

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

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

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

Ponadto prowadzone będą działania edukacyjne skierowane do wszystkich mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle na temat profilaktyki osteoporozy. Organizowane będą również działania profilaktyczne, podczas których mieszkańcy Gminy będą zachęceni do uczestnictwa w Programie zdrowotnym.

### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

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

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **Program obejmować będzie:**

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

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

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

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

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

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

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

Dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym tj.:

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

Realizatorzy programu zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;
- 3) dysponowania niezbędnym sprzętem do realizacji programu (densytometrem), dopuszczonym do stosowania (potwierdzone stosownym dokumentem, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu);
- 4) dysponowania lokalem spełniającym wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), składającym się co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów - potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

### V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

#### 1. Monitorowanie

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

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

#### 2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

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

### VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

#### 1. Koszty jednostkowe

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

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

Szacuje się, iż całkowity koszt realizacji Programu u jednego pacjenta wynosić będzie 100zł – 120zł.

#### 2. Koszty całkowite

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

| Rok  | Przewidywany koszt całkowity |
|------|------------------------------|
| 2026 | 30.000,00                    |
| 2027 | 30.000,00                    |
| 2028 | 30.000,00                    |

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2023-2025, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

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

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

#### 3. Źródła finansowania

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

### **VII. Bibliografia**

- 1) [http://www.osteoporoza.pl/attachments/1907\\_Raport\\_System\\_OP\\_Minist-7\\_2015.02.10.pdf](http://www.osteoporoza.pl/attachments/1907_Raport_System_OP_Minist-7_2015.02.10.pdf)
- 2) <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-ukladu-ruchu,osteoporoza---objawy--leczenie--profilaktyka--co-to-jest-,artykul,1578893.html>
- 3) <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/64948,osteoporoza>
- 4) <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-osteoporoza>

**ANKIETA**

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

(ocena czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy)

1. Imię:.....

2. Nazwisko:.....

3. Data urodzenia:.....

4. Adres zamieszkania:

Kędzierzyn-Koźle, kod pocztowy: ....., ulica: .....,  
nr domu: ....., nr lokalu.....

Płeć: Kobieta ..... Mężczyzna .....

Wzrost: .....cm

Waga: .....kg

**Czy miał/a już Pan/Pani wykonywane badanie densytometryczne:**

Tak\* ..... Nie .....

\*Jeśli tak proszę podać rok w którym badanie zostało wykonane .....

**Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną wcześniej osteoporozę?**

Tak ..... Nie .....

**Czy w ciągu ostatnich 3-5 dni miał/a Pan/Pani wykonywane badanie RTG z użyciem środków kontrastujących ?**

Tak ..... Nie .....

**Czy w obszarze badanym posiada Pan/Pani elementy metalowe?**

**Czy jest Pani w ciąży ?**

Tak ..... Nie .....

**Czy spożywa Pan/Pani codziennie 3 lub więcej jednostek alkoholu?**

(1 jednostka alkoholu odpowiada - 250 ml piwa, 1 lampce wina - 125ml, 1 kieliszкови wódki - 25ml, 1 małej lampce sherry - 50ml)

Tak ..... Nie .....

**Czy pali Pan/Pani papierosy?**

Tak ..... Nie .....

**Czy u Pana/Pani ojca lub matki było stwierdzone złamanie stawu biodrowego?**

Tak ..... Nie .....

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy**

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

Tak ..... Nie .....

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

Tak ..... Nie .....

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

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

Tak ..... Nie .....

**Czy stwierdzono u Pana/Pani reumatoidalne zapalenie stawów?**

Tak ..... Nie .....

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

### **Przeprowadzono edukację pacjenta:**

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

.....  
(data)

.....  
(podpis osoby przeprowadzającej edukację)

**Gmina Kędzierzyn-Koźle**

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki i wczesnego  
wykrywania raka piersi”  
na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

|                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....</b>                                   | <b>3</b>  |
| 1. Opis problemu zdrowotnego .....                                                                                                               | 3         |
| 2. Dane epidemiologiczne .....                                                                                                                   | 3         |
| 3. Opis obecnego postępowania .....                                                                                                              | 7         |
| 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....                                                                                                | 7         |
| <b>II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....</b>                                                        | <b>8</b>  |
| 1. Cel główny .....                                                                                                                              | 8         |
| 2. Cele szczegółowe .....                                                                                                                        | 8         |
| 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....                                                                           | 8         |
| <b>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....</b> | <b>8</b>  |
| 1. Populacja docelowa.....                                                                                                                       | 8         |
| 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....                | 9         |
| 3. Planowane interwencje.....                                                                                                                    | 9         |
| 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej                                                                 | 10        |
| 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....                                                                              | 10        |
| <b>IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....</b>                                                                                        | <b>10</b> |
| 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....                                                              | 11        |
| 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....                                  | 11        |
| <b>V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....</b>                                                                    | <b>12</b> |
| 1. Monitorowanie .....                                                                                                                           | 12        |
| 2. Ewaluacja .....                                                                                                                               | 12        |
| <b>VI. Budżet programu polityki zdrowotnej .....</b>                                                                                             | <b>13</b> |
| 1. Koszty jednostkowe .....                                                                                                                      | 13        |
| 2. Koszty całkowite .....                                                                                                                        | 13        |
| 3. Źródła finansowania .....                                                                                                                     | 13        |
| <b>VII. Bibliografia .....</b>                                                                                                                   | <b>14</b> |

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

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

#### **1. Opis problemu zdrowotnego**

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

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

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

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

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

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

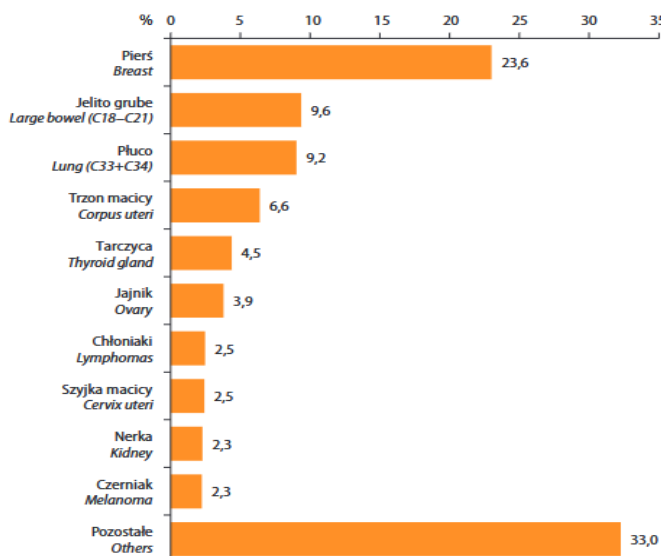
#### **2. Dane epidemiologiczne**

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

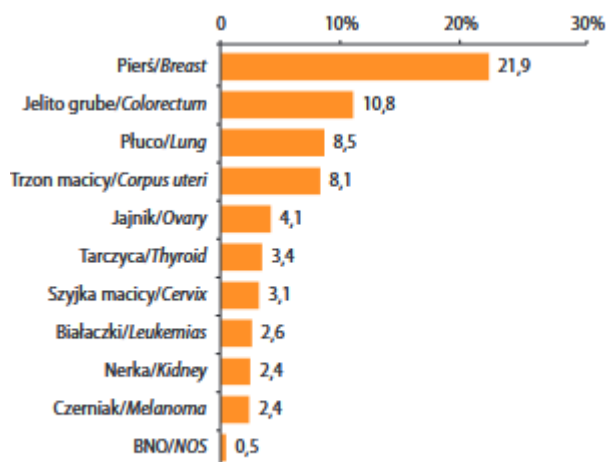
W mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) wskazano, że w 2019 roku najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy piersi zaobserwowano w województwie łódzkim (ok.111,8/100 tys.), a najniższą w podlaskim (ok.72,6/100 tys.), natomiast odsetek zgonów

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

wahał się między 31,1 /100 tys. (województwo kujawsko-pomorskie). Prognozuje się, że w 2028 roku zapadalność na nowotwór złośliwy sutka wzrośnie o ok.16 %, a odsetek zgonów o ok. 9 %. Ponadto w MPZ podano, że w 2019 roku do ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi zgłosiło się 64% kwalifikujących się kobiet.



Wykres 1. Struktura zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2022 roku , źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf)



Wykres 2. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2022 roku w województwie opolskim , źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf)

W Krajowym Rejestrze Nowotworów wskazuje się, że w Polsce, rak piersi stanowi główną przyczynę zachorowań na nowotwory wśród kobiet i charakteryzuje się stale rosnącą zachorowalnością od ostatnich 50 lat. Rak piersi, jest drugą po nowotworach płuc przyczyną śmierci z powodu nowotworów u kobiet.

Z danych ujętych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wynika, że w latach 2016-2022 w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej zrealizowano ponad 4,92 mln porad związanych z nowotworami złośliwymi piersi u kobiet. Największą liczbę dni absencji wynikającą z tej jednostki chorobowej odnotowano w 2020 i 2022 roku (około 1,3 mln dla każdego roku).

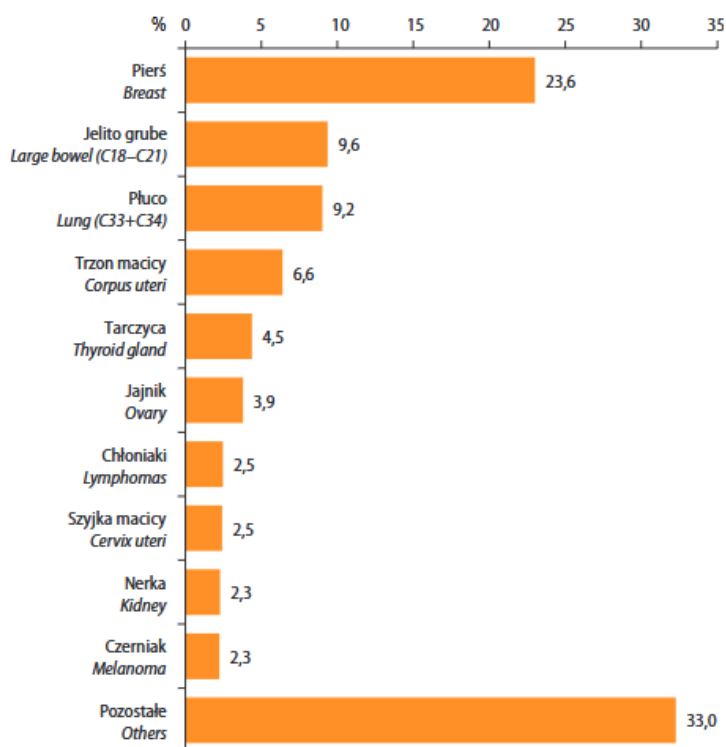
## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

W sprawozdaniu Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok program lekowy leczenia raka piersi wskazuje się jako drugi pod względem największego wydatkowania środków finansowych z budżetu NFZ wynoszącego 1 018 603 tys. zł. (10,19% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń).

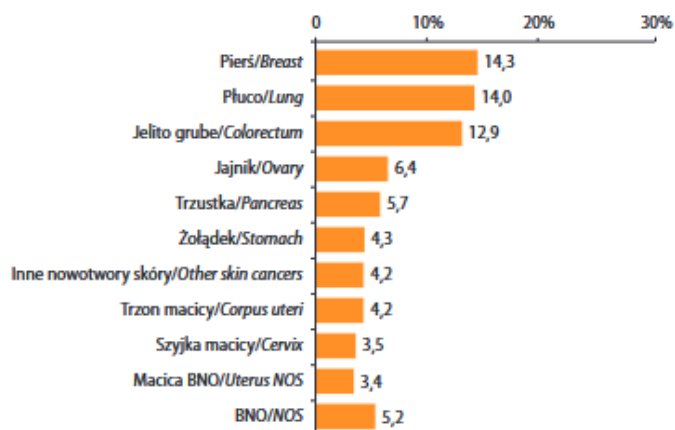
| Pierś<br>Breast |                     | ASW  | ESP2013 |
|-----------------|---------------------|------|---------|
| 1               | Wielkopolskie       | 71,8 | 122,2   |
| 2               | Kujawsko-pomorskie  | 71,1 | 121,4   |
| 3               | Pomorskie           | 68,7 | 120,3   |
| 4               | Mazowieckie         | 63,7 | 110,1   |
| 5               | Zachodniopomorskie  | 62,2 | 108,3   |
| 6               | Łódzkie             | 63,1 | 104,1   |
| 7               | Małopolskie         | 60,7 | 103,0   |
| 8               | Podlaskie           | 58,2 | 101,5   |
| 9               | Świętokrzyskie      | 58,5 | 101,3   |
| 10              | Warmińsko-mazurskie | 57,6 | 99,8    |
| 11              | Śląskie             | 55,5 | 96,6    |
| 12              | Lubelskie           | 57,8 | 96,3    |
| 13              | Opolskie            | 54,4 | 95,7    |
| 14              | Dolnośląskie        | 52,6 | 90,4    |
| 15              | Podkarpackie        | 51,7 | 88,1    |
| 16              | Lubuskie            | 43,9 | 76,1    |
| Polska          |                     | 60,6 | 103,9   |

Wykres 3. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi i szyjki macicy (ICD10, C50, C53) w Polsce w 2022 roku, źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf).

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi



Wykres 4. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2022 roku, źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf).



Wykres 5. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w Polsce w 2022 roku w województwie opolskim, źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf)

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

| Pierś<br>Breast |                     | ASW  | ESP2013 |
|-----------------|---------------------|------|---------|
| 1               | Wielkopolskie       | 15,4 | 34,9    |
| 2               | Śląskie             | 14,9 | 34,2    |
| 3               | Kujawsko-pomorskie  | 14,9 | 33,4    |
| 4               | Małopolskie         | 13,9 | 33,0    |
| 5               | Łódzkie             | 14,7 | 32,4    |
| 6               | Pomorskie           | 14,3 | 32,2    |
| 7               | Mazowieckie         | 14,1 | 32,1    |
| 8               | Dolnośląskie        | 13,1 | 30,8    |
| 9               | Świętokrzyskie      | 12,8 | 29,6    |
| 10              | Opolskie            | 12,3 | 28,7    |
| 11              | Lubuskie            | 12,8 | 28,7    |
| 12              | Lubelskie           | 13,1 | 28,2    |
| 13              | Podlaskie           | 11,1 | 27,3    |
| 14              | Warmińsko-mazurskie | 11,7 | 27,0    |
| 15              | Zachodniopomorskie  | 11,9 | 26,7    |
| 16              | Podkarpackie        | 11,4 | 24,2    |
| Polska          |                     | 13,7 | 31,2    |

Wykres 6. Lista kolejności województw według wartości standaryzowanych współczynników umieralności na nowotwory złośliwe piersi i szyjki macicy (ICD10, C50, C53) w Polsce w 2022 roku, źródło: [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf).

### 3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie raka piersi wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 oraz Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.

Obecnie prowadzony jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Obejmuje populację kobiet w wieku 45 - 74 lat, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Z badań mogą skorzystać kobiety, które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Za potrzebą wdrożenia programu zdrowotnego przemawiają takie aspekty jak:

- 1) brak powszechnej dostępności mammografii i USG piersi dla kobiet w wieku 40-44 lat;
- 2) zwiększenie wśród kobiet wiedzy i świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi;
- 3) niewystarczający poziom wiedzy wśród kobiet odnośnie raka piersi i samobadania piersi.

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

Działania informacyjno-edukacyjne w zakresie raka piersi obejmować będą tematykę zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, mających na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji w ww. zakresie.

### **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

#### **1. Cel główny**

Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu raka piersi oraz podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, wśród uczestników działań edukacyjnych.

#### **2. Cele szczegółowe**

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

#### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

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

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

#### **1. Populacja docelowa**

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 50.583 osoby oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 1.352 osoby (stan na dzień 13.05.2025 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to kobiety w wieku 40-44 lat.

| 2026               |               | 2027                |               | 2028               |               |
|--------------------|---------------|---------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Pobyt stały        | Pobyt czasowy | Pobyt stały         | Pobyt czasowy | Pobyt stały        | Pobyt czasowy |
| 1.949              | 70            | 1.902               | 70            | 1.855              | 65            |
| Razem 2.019 kobiet |               | Razem 1.972 kobiety |               | Razem 1.920 kobiet |               |

*Tabela 2. Szacowana liczba kobiet w wieku 40-49 lat zameldowanych na pobyt stały i czasowy, które w latach 2026-2028 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2026-2028 stan na dzień 21.05.2025 r.).*

Szacuje się, iż co roku przebadanych zostanie ok. 150 kobiet.

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

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

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

#### **7) Kryteria włączenia:**

- f) kobiety w przedziale wiekowym od 40 do 44 roku życia,
- g) w dniu wykonania badania pacjentka musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
  - na pobyt stały, lub
  - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

#### **8) Kryteria wyłączenia:**

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

#### **9) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:**

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

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

### **3. Planowane interwencje**

Rak piersi niesie za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Na ekonomiczne czynniki wpływają: wysokie koszty diagnostyki, profilaktyki i leczenia raka piersi oraz związane z tą chorobą, straty wynikające z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności kobiet. Zdecydowana większość specjalistów z dziedziny radiologii oraz onkologii uważa, że screening niesie za sobą duże korzyści dla społeczeństwa, redukując ryzyko śmierci na raka piersi. W odniesieniu do metod diagnostycznych z przeglądu

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

wytycznych praktyki klinicznej wynika, że jedynym badaniem przesiewowym zalecanym do wczesnego wykrywania raka piersi jest badanie mammograficzne, jednakże badanie ultrasonograficzne jest doskonałym uzupełnieniem badania mammograficznego. Jest to bezbolesne badanie, które pozwala wykryć guzki w piersiach na wczesnym etapie rozwoju. USG to badanie, w którym dzięki wykorzystaniu fal ultradźwiękowych uwidacznia się tkanki wchodzące w skład piersi. Jest to badanie szybkie i wygodne, wstępny wynik można uzyskać już podczas jego przeprowadzenia. Niejednokrotnie w badaniu ultrasonograficznym wykrywane są zmiany, które nie ujawniają się w badaniu mammograficznym, co zwiększa szanse na wczesne wykrycie zmian i zastosowanie odpowiedniej diagnostyki.

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

Gminny Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi będzie wypełniał lukę w systemie opieki zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka piersi skierowane są do kobiet w wieku 45-74 lat. Dzięki Programowi osoby z grupy ryzyka zachorowania na raka piersi oraz te, które zauważą u siebie niepokojące zmiany będą miały łatwiejszy dostęp do specjalistycznych badań. Wczesne wykrycie choroby umożliwi wczesne wdrożenie skutecznego leczenia.

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

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

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

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

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

- 1) Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie wyłącznie w podmiotach leczniczych znajdujących się na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle;
- 2) Złożone oferty w ramach otwartego konkursu ofert ocenione będą według następujących kryteriów:
  - a) poziom zryczałtowanej ceny za przeprowadzenie usługi,
  - b) liczba dostępnych lokali na terenie miasta Kędzierzyna-Koźla, gdzie wykonywane będą badania,
  - c) liczba dni w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania,
  - d) liczba godzin w tygodniu, w których przeprowadzane będą badania.
- 3) Umowy z wybranymi oferentami zostaną zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert. Planuje się zawrzeć umowy w okresie od lutego do listopada każdego roku.
- 4) W przypadku ofert na oba badania (mammografia i USG piersi) w ramach programu polityki zdrowotnej oceniane będą tylko te oferty które zakładają realizację obu badań, natomiast w przypadku złożenia ofert tylko i wyłącznie na mammografie w ramach programu polityki zdrowotnej Gmina także dopuszcza prawo rozpatrzenia takiej oferty.

#### **Program obejmować będzie:**

- 1) przeprowadzenie wywiadu z rozpoznaniem czynników zagrożenia chorobą;
- 2) przeprowadzenie badań: mammografii lub mammografii i USG piersi u kobiet w wieku 40-44 lat;
- 3) przeprowadzenie edukacji kobiet na temat raka piersi jego skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 4) wręczenie pacjentce wyników badań wraz z decyzją co do dalszego postępowania w przypadku ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobie, u której stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

#### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu,
- 3) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywalności raka piersi,
- 4) przeprowadzenia edukacji kobiet na temat raka piersi jego skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

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

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

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi**

- 1) lekarz specjalista radiolog mający doświadczenie w interpretacji zdjęć radiologicznych w zakresie mammografii i posiadający uprawnienie do ich opisywania – potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 2) lekarz specjalista radiolog lub ginekolog – mający doświadczenie w interpretacji wyników badań USG – potwierdzone stosownymi dokumentami (w przypadku realizacji badania USG w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej);
- 3) technik RTG legitymujący się zaświadczeniem o znajomości obsługi aparatu mammograficznego w zakresie objętym konkursem – potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 4) rejestratorka – prowadzić będzie obsługę administracyjną programu;
- 5) dysponowanie aparatem do badań mammograficznych i USG (w przypadku realizacji badania USG w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej) dopuszczonymi do uruchomienia i stosowania (potwierdzonymi stosownymi dokumentami, w tym nazwa aparatu, rok produkcji, możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu oraz informacja o stanie technicznym sprzętu);
- 6) dysponowanie lokalem, w którym prowadzony będzie program zdrowotny, spełniającym wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 404), składającym się z pracowni mammograficznej, pracowni USG (w przypadku realizacji badania USG w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej), co najmniej jednego gabinetu lekarskiego i rejestracji pacjentów, potwierdzone tytułem prawnym do lokalu oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań.

### **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

#### **1. Monitorowanie**

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

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

#### **2. Ewaluacja**

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania piersi prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2000 roku. W 2024 roku z badań skorzystało 90 kobiet w wieku 40-44 lat. Program polegał na wykonaniu badania mammograficznego i edukacji kobiet. U pacjentek, u których stwierdzono kategorię III i IV poszerzono diagnostykę kierując je do Poradni Chorób Sutka w celu wykonania dodatkowych badań biopsji gruboigłowych z oceną histopatologiczną uzyskanego materiału lub kierowano je na Rezonans Magnetyczny.

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi

W doniesieniach z ośrodków krajowych i zagranicznych w badaniach skryningowych wykrywalność nowotworów złośliwych stanowi 0,3-0,6%.

W badaniu mammograficznym 3 pacjentki zostały poddane dalszej diagnostyce.

### VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

#### 1. Koszty jednostkowe

- 1) Jednostkowy koszt udziału w programie szacuje się na kwotę 100,00 zł-120,00 zł (badanie mammograficzne)
- 2) Jednostkowy koszt udziału w programie szacuje się na kwotę 220,00 zł -240,00 zł (badanie mammograficzne 100,00 zł -120,00 zł plus badanie USG 120,00 zł).

#### 2. Koszty całkowite

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

| Rok  | Przewidywany koszt całkowity |
|------|------------------------------|
| 2026 | 15.000,00                    |
| 2027 | 15.000,00                    |
| 2028 | 15.000,00                    |

Tabela 3. Przewidywany koszt całkowity w latach 2026-2028, źródło Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

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

#### 3. Źródła finansowania

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

**VII. Bibliografia**

- 1) [http://www.onkonet.pl/dp\\_np\\_rakpiersi.html](http://www.onkonet.pl/dp_np_rakpiersi.html)
- 2) <http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/>
- 3) [http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres\\_slupkowy](http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy)
- 4) <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/profilaktyka-w-praktyce/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-raka-piersi/>
- 5) [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2019.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf)
- 6) <http://onkologia.org.pl/raporty>
- 7) [https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory\\_2022.pdf](https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2025-01/nowotwory_2022.pdf)

**Gmina Kędzierzyn-Koźle**

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki i wczesnego  
wykrywania cukrzycy typu II”  
na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II**

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

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

#### 1. Opis problemu zdrowotnego

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

Klasyfikacja cukrzycy według WHO i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

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

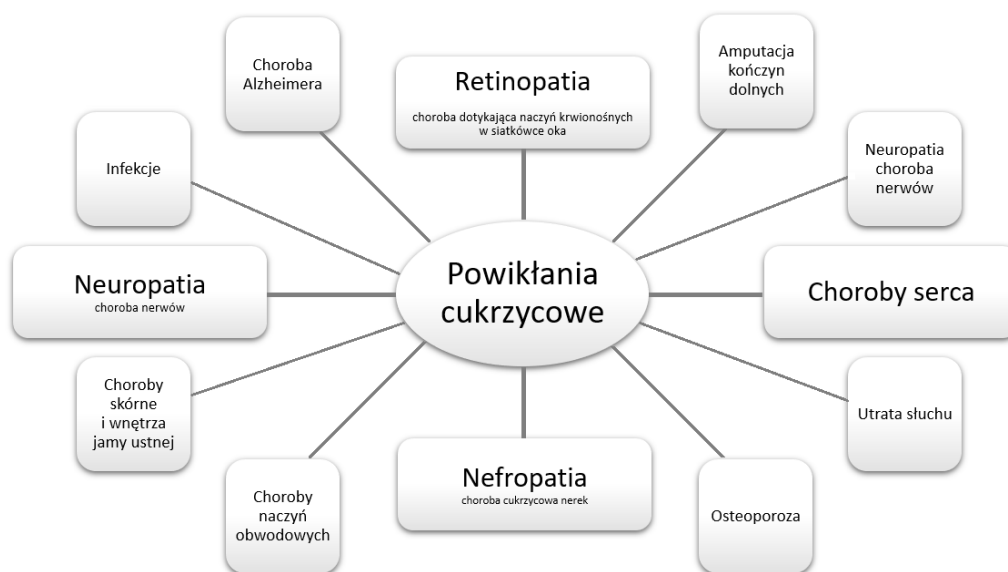
Interakcje genetyczne, środowiskowe czynniki ryzyka, m.in.: siedzący tryb życia, brak lub niewielki wysiłek fizyczny, otyłość to główne czynniki odpowiedzialne za rozwój cukrzycy.

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

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

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II



Rysunek 1. Powikłania cukrzycowe, źródło: Opracowanie na podstawie Kimberly Tessmer, *Leczenie odżywianiem. Cukrzyca typu 2*, wyd. Vivante 2020.

### 2. Dane epidemiologiczne

Raport dotyczący częstości występowania cukrzycy w poszczególnych regionach świata i w poszczególnych krajach przedstawia corocznie Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (International Diabetes Federation - IDF). W 2021 r. na całym świecie liczba chorych na cukrzycę wynosiła 536,6 ml, a liczba zgonów z powodu tej choroby osiągnęła poziom 6,7 mln. W Polsce wskazano, że rozpowszechnienie cukrzycy wynosiło 9,4 i odnotowano ok. 2667 tys. chorych na cukrzycę. Ponadto odnotowano ok. 2446,4 tys. osób z nieprawidłową nietolerancją glukozy i ok. 747,7 tys. osób z nieprawidłową glikemią na czczo. W tym samym roku 5330 osób zmarło z powodu tej choroby.

Cukrzyca to pierwsza niezakaźna choroba uznana przez ONZ za epidemię XXI wieku. Szacuje się, że w 2045 roku liczba chorych sięgnie 629 milionów.

Oznacza to, że co dwunasty dorosły Polak cierpi na tę chorobę; w grupie osób 65+ jest to prawie co czwarta osoba (23%).

Cukrzyca jest częściej rozpoznawana i leczona u kobiet (55%) niż u mężczyzn. Wynika to:

- z większego udziału kobiet w populacji 18+,
- dłuższej oczekiwanej długości życia u kobiet (odsetek chorych z cukrzycą bardzo wzrasta z wiekiem),
- z gorszego wykrywania cukrzycy u mężczyzn.

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

to osoby w najbardziej produktywnym wieku (40-60 lat). Nieleczona cukrzyca jest przyczyną różnych powikłań tej choroby.

Z danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wynika, że w 2022 roku cukrzyca typu 2 zajęła 8 miejsce wśród 10 najczęstszych chorób rozpoznawanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a jej udział w liczbie udzielanych świadczeń wyniósł 1,76 % (rozpoznano cukrzycę u 2 942 644).

| Rok  | Chorobowość rejestrowana* (w mln) | Współczynnik chorobowości rejestrowanej* w przeliczeniu na 1000 ludności | Zachorowalność rejestrowana** (w tys.) | Współczynnik zachorowalności rejestrowanej** w przeliczeniu na 1000 ludności |
|------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 2018 | 2,89                              | 75,14                                                                    | 347,12                                 | 9,04                                                                         |
| 2019 | 2,99                              | 77,88                                                                    | 383,47                                 | 9,99                                                                         |
| 2020 | 2,98                              | 77,94                                                                    | 305,00                                 | 7,97                                                                         |
| 2021 | 3,04                              | 79,84                                                                    | 386,69                                 | 10,15                                                                        |
| 2022 | 3,13                              | 82,86                                                                    | 389,57                                 | 10,32                                                                        |
| 2023 | 3,26                              | 86,64                                                                    | 450,17                                 | 11,96                                                                        |

Tabela 1. Epidemiologia rejestrowana cukrzycy źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

### 3. Opis obecnego postępowania

Wykrywanie cukrzycy typu 2 wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 oraz Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 poz. 1427) oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), znajdują się wśród świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej finansowanych ze środków publicznych. Oznaczenie stężenia glukozy na czczo jest również elementem badań przesiewowych realizowanych w ramach finansowanego w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Program ten skierowany jest w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka takimi jak: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek, w danym roku będących w wieku 35, 40, 45, 50 oraz 55 lat, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

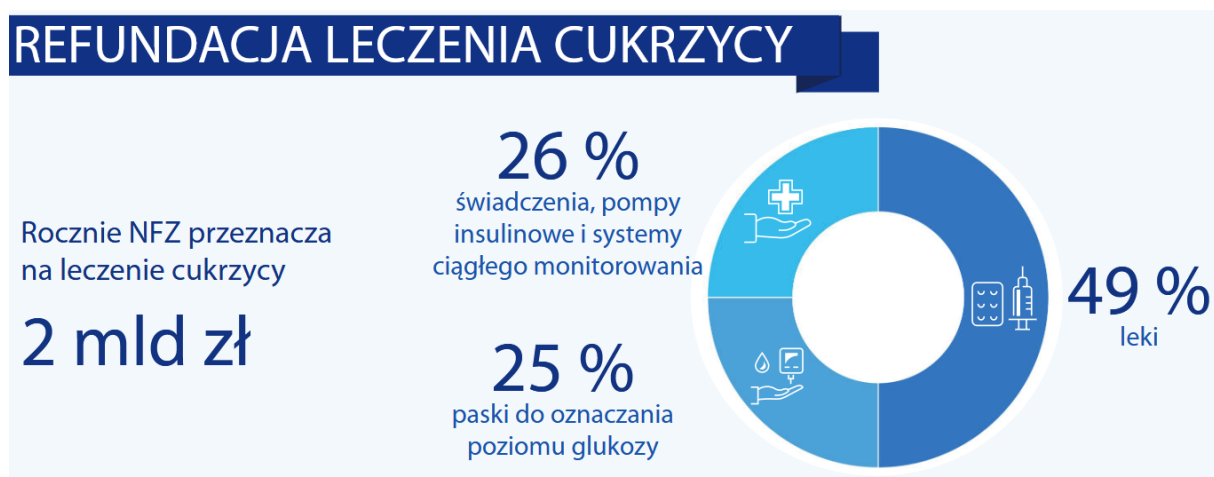
### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

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

Cukrzyca stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi w każdym wieku, jest jedną z najczęstszych występujących chorób przewlekłych, a jej leczenie jest procesem ciągłym,

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

złożonym i niezwykle drogim. Roczne koszty powodowane przez cukrzycę w naszym kraju są ogromne i wynoszą 6 mld zł. Składają się na nie: koszty bezpośrednie (m.in. refundacji leków, opieki specjalistycznej) oraz koszty pośrednie wynikające z utraty produktywności osób chorych (w związku z ich nieobecnościami w pracy, niepełnosprawnością spowodowaną cukrzycą, niezdolnością do pracy, otrzymywaniem rent, a także przedwczesnymi zgonami). Zwłaszcza koszty pośrednie choroby i koszty leczenia jej powikłań rosną w szybkim tempie i stanowią ogromne obciążenie dla gospodarki.



Wykres 1. Refundacja leczenia cukrzycy w 2018 roku –źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-cukrzyca>

| Rok  | Ogółem          | Świadczenia z rozpoznaniem głównym cukrzycy (E10-E14 wg ICD-10) | Leki stosowane w cukrzycy | Paski do oznaczania poziomu glukozy we krwi | Igły do wstrzykiwaczy insuliny | Wyroby związane z pompami (zestaw infuzyjny, zbiornik na insulinę) | Systemy do ciągłego monitorowania glukozy (CGM, FGM) |
|------|-----------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 2018 | <b>1 946,70</b> | 429,14                                                          | 963,22                    | 490,79                                      | 0                              | 54,73                                                              | 8,8                                                  |
| 2019 | <b>2 047,00</b> | 460,71                                                          | 993,98                    | 510,38                                      | 0                              | 62,45                                                              | 19,5                                                 |
| 2020 | <b>2 032,30</b> | 378,94                                                          | 1 043,49                  | 498,26                                      | 0                              | 69,03                                                              | 42,6                                                 |
| 2021 | <b>2 119,80</b> | 426,62                                                          | 1 064,60                  | 500,93                                      | 0                              | 72,74                                                              | 54,9                                                 |
| 2022 | <b>2 460,37</b> | 606,26                                                          | 1 207,20                  | 498,79                                      | 2,5                            | 78,42                                                              | 67,2                                                 |
| 2023 | <b>3 334,73</b> | 956,5                                                           | 1 575,76                  | 459,43                                      | 2,57                           | 79,71                                                              | 260,76                                               |

Tabela 2. Refundacja leczenia cukrzycy (w mln zł), źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

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

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II**

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

### **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

#### **1. Cel główny**

Zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2, a także podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachorowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2.

#### **2. Cele szczegółowe**

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

#### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

- 1) procentowa liczba osób biorących udział w Programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu;
- 2) liczba osób z prawidłowym wynikiem badania;
- 3) liczba osób z wykrytymi zmianami chorobowymi;
- 4) Liczba osób, u których w post-tescie uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących cukrzycy typu 2, względem wszystkich osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test (na podstawie wyników ankiety ewaluacyjnej – różnica pomiędzy wartością uzyskaną przed wykonaniem badania oraz po jego zakończeniu) (przygotowany przez Realizatora programu);

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

#### **1. Populacja docelowa**

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 50.583 osoby oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 1.352 osoby (stan na dzień 13.05.2025 r.).

Beneficjentami badań profilaktycznych w ramach Programu będą kobiety i mężczyźni zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) w wieku 45 - 73 roku życia.

| 2026              |               | 2027               |               | 2028              |               |
|-------------------|---------------|--------------------|---------------|-------------------|---------------|
| Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały        | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy |
| 20.972            | 346           | 21.117             | 367           | 21.247            | 402           |
| Razem 21.318 osób |               | Razem 21.484 osoby |               | Razem 21.649 osób |               |

Tabela 1. Liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy powyżej roku na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2026-2028 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2026-2028 stan na dzień 21.05.2025 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 1830 osób. Edukacją zostaną objęci wszyscy mieszkańcy gminy.

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

#### 10) Kryteria włączenia:

- h) kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 45 do 73 roku życia,
- i) w dniu wykonania badania pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
  - na pobyt stały, lub
  - na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania).

#### 11) Kryteria wyłączenia:

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

#### 12) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

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

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

### 3. Planowane interwencje

Program obejmować będzie pobranie krwi do badania laboratoryjnego w celu oznaczenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz kampanii informacyjno-edukacyjnej. Program nie zakłada stosowania leków. Dane pacjentów w Programie podlegać będą ochronie danych

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II**

osobowych. Pobranie krwi do badania laboratoryjnego oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c) przeprowadzone będzie przez wykwalifikowany zespół pielęgniarek i diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadać będą niezbędne certyfikaty.

**4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**  
Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie. Szczegółowa informacja o planowanych terminach działań edukacyjnych zostanie rozpropagowana przez lokalne środki masowego przekazu oraz na bieżąco zamieszczana na stronie internetowej Urzędu Miasta w Kędzierzynie-Koźlu.

**5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**  
Każdy pacjent otrzyma wynik badania oraz zalecenia dotyczące skonsultowania wyniku z lekarzem.

### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

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

#### **Program obejmować będzie:**

- 1) pobranie krwi do badania laboratoryjnego, oznaczenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
- 2) przeprowadzenie edukacji na temat wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 3) badanie poziomu wzrostu wiedzy osób zakwalifikowanych do programu przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora testu przed badaniem (pre-test) i po jego zakończeniu (post-test);
- 4) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

#### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) badanie poziomu wzrostu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora testu przed rozpoczęciem badania i po jej zakończeniu.

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II**

- 4) przeprowadzenie edukacji na temat wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę;
- 5) przeprowadzenia wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji. Oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku wykrywania cukrzycy typu 2, jej skutków, oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.

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

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

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

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

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2022 r., poz. 1279);
- 2) dysponowanie co najmniej dwoma punktami pobrań na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle, w których prowadzony będzie pobór materiału do badań, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 404), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;
- 3) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
- 4) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 5) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

## **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **1. Monitorowanie**

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

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

## Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II

i sposobu jego realizacji, dostępności i informacji. Ocena jakości świadczeń dokonywana będzie również przez pacjenta uczestniczącego w Programie na podstawie przeprowadzonej ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz satysfakcji beneficjenta programu w ramach realizacji zadania.

### 2. Ewaluacja

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2009 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. Ostatnio program realizowany był w 2019 roku. Wówczas z badań skorzystało 2.989 mieszkańców gminy spośród których 90 osób (ok. 2,94%) uzyskały podwyższony wynik hemoglobiny glikowanej.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

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

### 2. Koszty całkowite

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

| Rok  | Przewidywany całkowity koszt badań |
|------|------------------------------------|
| 2026 | 20.000,00                          |
| 2027 | 20.000,00                          |
| 2028 | 20.000,00                          |

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2026-2028, źródło Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

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

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

### 3. Źródła finansowania

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

## VII. Bibliografia

- 1) [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiw44rjiYfjAhVRmYsKHVu9CUcQFjAFegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.rpp.gov.pl%2Fraport\\_cukrzyca\\_18.pdf&usg=AOvVaw1YYi09bv75V7nZ0cjBip9p](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiw44rjiYfjAhVRmYsKHVu9CUcQFjAFegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.rpp.gov.pl%2Fraport_cukrzyca_18.pdf&usg=AOvVaw1YYi09bv75V7nZ0cjBip9p)
- 2) [https://diabetesatlas.org/IDF\\_Diabetes\\_Atlas\\_8e\\_interactive\\_EN/](https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/)
- 3) <https://www.mp.pl/cukrzyca/cukrzyca/typ2/65891,cukrzyca-typu-2>

## **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II**

- 4) <https://www.diabetes.no/globalassets/om-diabetes/innvandrere/polsk/faktaark/type-2.pdf>
- 5) <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023>

Gmina Kędzierzyn-Koźle

# **Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy” na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

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

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

### 1. Opis problemu zdrowotnego

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

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

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

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

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

### 2. Dane epidemiologiczne

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

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

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

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

### **3. Opis obecnego postępowania**

Wykrywanie chorób tarczycy, w szczególności nowotworów, wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, oraz Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek skierować pacjenta na te badania diagnostyczne, które są niezbędne w prowadzonym przez niego leczeniu lub – gdy kieruje pacjenta do poradni specjalistycznej albo na leczenie szpitalne – zlecić badania umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może zlecać wykonanie badań znajdujących się w wykazie świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i nieobrazowej, zawartym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 poz. 1427).

### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Przygotowując Program zwrócono się m.in. do podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle o wskazanie kierunków badań profilaktycznych,

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

jakie powinny być realizowane przez Gminę na rzecz mieszkańców miasta. Wiele podmiotów wskazało program wczesnego wykrywania tarczycy. Mimo, iż badania są dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej badania obejmą szerszą grupę mieszkańców a *wczesne rozpoznanie choroby pozwoli* na szybką interwencję medyczną.

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

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny**

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

### **2. Cele szczegółowe**

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

### **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **1. Populacja docelowa**

Ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na pobyt stały na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle 50.583 osoby oraz zamieszkałych na pobyt czasowy 1.352 osoby (stan na dzień 13.05.2025 r.).

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to młodzież w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia oraz kobiety i mężczyźni w przedziale wiekowym od 33 do 63 roku życia zamieszkali na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle zameldowani na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem badania) na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle. W przypadku młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia przebywających w rodzinach zastępczych dopuszcza się meldunek tymczasowy na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle trwający krócej niż rok.

|  |      |      |      |
|--|------|------|------|
|  | 2026 | 2027 | 2028 |
|--|------|------|------|

## Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle

|                | Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy | Pobyt stały       | Pobyt czasowy |
|----------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|
| Młodzież 13-17 | 2.410             | 97            | 2.374             | 77            | 2.319             | 64            |
| Dorośli 33-63  | 22.075            | 646           | 21.880            | 665           | 21.702            | 676           |
| Suma           | 24.485            | 743           | 24.254            | 742           | 24.021            | 740           |
|                | Razem 25.228 osób |               | Razem 24.996 osób |               | Razem 24.761 osób |               |

Tabela 1. Szacowana liczba osób zameldowanych na pobyt stały i czasowy na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle, które w latach 2026-2028 kwalifikować się będą do wzięcia udziału w programie polityki zdrowotnej (lata 2026-2028 stan na dzień 21.05.2025 r.), źródło: Wydział Spraw Obywatelskich Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

Szacuje się, iż co roku zostanie przebadanych ok. 150/200 osób.

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

#### 13) Kryteria włączenia:

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

#### 14) Kryteria wyłączenia:

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

#### 15) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

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

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

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

### **3. Planowane interwencje**

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

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

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

### **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

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

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

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

### **Program obejmować będzie:**

- 1) edukację osób kwalifikujących się do Programu w zakresie zaleceń profilaktycznych- odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie leczenia schorzenia tarczycy;

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

- 2) zebranie podpisanej przez rodzica/opiekuna prawnego młodzieży w przedziale wiekowym od 13 do 17 roku życia pisemnej zgody na udział w programie polityki zdrowotnej,
- 3) badanie ultrasonograficzne tarczycy oraz badanie krwi w celu oznaczenia poziomu hormonu tyreotropowego (TSH) oraz stężenia wolnej frakcji tyroksyny (FT4);
- 4) przekazanie wyniku badania oraz zaleceń dotyczących skonsultowania wyniku z lekarzem.

### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych Programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu;
- 3) edukacji osób kwalifikujących się do Programu w zakresie zaleceń profilaktycznych-odpowiedniej diety i zwiększonej aktywności fizycznej, która jest nieodłącznym elementem w procesie leczenia schorzenia tarczycy;
- 4) przeprowadzenia ankiety zawierającej ocenę poziomu świadomości społecznej oraz profilaktyki stosowanej w schorzeniach tarczycy, jak również ocenę udzielonego świadczenia w ramach Programu.

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

Informacje o profilaktyce prowadzonych badań będą przekazywane w następujący sposób:

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

Organizowane będą działania promujące badania profilaktyczne podczas których mieszkańcy będą mogli bezpłatnie skorzystać ze specjalistycznych konsultacji lekarskich. Zadanie ma na celu umożliwić mieszkańcom kontakt z lekarzami z dziedziny endokrynologii.

Obecnie zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia średni czas oczekiwania na wizytę do poradni endokrynologicznej w Kędzierzynie-Koźlu wynosi 481 dni (stan na 07.04.2025 r.).

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

- 1) dysponowanie specjalistycznym personelem medycznym (lekarz specjalista endokrynolog lub radiolog, pielęgniarki);
- 2) dysponowanie personelem medycznym posiadającym uprawnienia do pobierania krwi spełniającym wymagania zgodnie z ustawą z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2022 poz. 1279);
- 3) dysponowanie co najmniej dwoma lokalami, w których prowadzony będzie program zdrowotny, składającymi się z punktu pobrania materiału do badań, co najmniej jednego gabinetu lekarskiego, pracowni USG i rejestracji pacjentów, spełniającymi wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 poz. 402), potwierdzone tytułami prawnymi do lokali oraz stosownym oświadczeniem oferenta dotyczącym spełniania w/w wymagań;

## **Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle**

- 4) dysponowanie laboratorium bądź posiadanie umowy z laboratorium na cały okres realizacji programu;
- 5) dysponowanie sprzętem do badań USG (aparaty do USG potwierdzone stosownymi dokumentami, w tym nazwy aparatów, rok produkcji oraz możliwa ilość wykonania badań w okresie obejmującym realizację programu, informacja o stanie technicznym sprzętu), dopuszczonymi do stosowania i wykrywania zmian metabolicznych w obrębie tarczycy;
- 6) posiadanie przez laboratorium certyfikatu jakości ISO 9001 potwierdzone stosownymi dokumentami;
- 7) posiadanie przez laboratorium Wpisu do Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych potwierdzone stosownymi dokumentami.

### **V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

#### **1. Monitorowanie**

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

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

#### **2. Ewaluacja**

Efektywność Programu będzie oceniana według następujących kryteriów:

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

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób tarczycy prowadzony jest w Gminie Kędzierzyn-Koźle ciągle od 2002 roku. Program cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem. W 2019 roku z badań skorzystało 589 mieszkańców gminy (spośród wszystkich badanych u 50,3% stwierdzono nieprawidłowe wyniki TSH i FT4).

### **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

#### **1. Koszty jednostkowe**

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

- 1) ultrasonograficzne badanie tarczycy (150,00zł),
- 2) badanie poziomu hormonu tyreotropowego oraz oznaczenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny (45,00zł)

Szacuje się, iż całkowity koszt diagnostyczny u jednego pacjenta wynosić będzie około 195zł.

#### **2. Koszty całkowite**

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

| <b>Rok</b>  | <b>Przewidywany koszt całkowity</b> |
|-------------|-------------------------------------|
| <b>2026</b> | 30.000,00                           |

## Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle

|             |           |
|-------------|-----------|
| <b>2027</b> | 30.000,00 |
| <b>2028</b> | 30.000,00 |

Tabela 2. Przewidywany koszt całkowity w latach 2026-2028, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.

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

### 3. Źródła finansowania

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

## VII. Bibliografia

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

## Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle

Kędzierzyn-Koźle, dnia .....

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

Ja,

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

zam.

.....  
(adres zamieszkania)

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

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

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

**Gmina Kędzierzyn-Koźle**

**Program Polityki Zdrowotnej  
pn. „Program profilaktyki w zakresie  
przeciwdziałania meningokokom w Gminie  
Kędzierzyn-Koźle”  
na lata 2026-2028**

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn. zm.)

**Kędzierzyn-Koźle, 2025**

|                                                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....</b>                                  | <b>3</b>  |
| 1. Opis problemu zdrowotnego .....                                                                                                              | 3         |
| 2. Dane epidemiologiczne .....                                                                                                                  | 4         |
| 3. Opis obecnego postępowania .....                                                                                                             | 10        |
| 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....                                                                                               | 13        |
| <b>II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....</b>                                                       | <b>13</b> |
| 1. Cel główny .....                                                                                                                             | 13        |
| 2. Cele szczegółowe .....                                                                                                                       | 14        |
| 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....                                                                          | 14        |
| <b>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....</b> | <b>14</b> |
| 1. Populacja docelowa.....                                                                                                                      | 14        |
| 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia w ramach programu polityki zdrowotnej .....        | 15        |
| 3. Planowane interwencje.....                                                                                                                   | 15        |
| 4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej                                                                | 15        |
| 5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....                                                                             | 16        |
| <b>IV. Organizacja programu polityki zdrowotne .....</b>                                                                                        | <b>16</b> |
| 1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....                                                             | 16        |
| 2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....                                 | 17        |
| <b>V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....</b>                                                                   | <b>17</b> |
| 1. Monitorowanie .....                                                                                                                          | 17        |
| 2. Ewaluacja .....                                                                                                                              | 18        |
| <b>VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....</b>                                                                                             | <b>18</b> |
| 1. Koszty jednostkowe .....                                                                                                                     | 18        |
| 2. Koszty całkowite .....                                                                                                                       | 19        |
| 3. Źródła finansowania .....                                                                                                                    | 19        |
| <b>VII. Bibliografia .....</b>                                                                                                                  | <b>19</b> |

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

### **1. Opis problemu zdrowotnego**

Bakterie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (z łac. *Neisseria meningitidis*) nazywane są meningokokami i wywołują zakażenie meningokokowe. Bakterie te występują u zdrowych osób nazywanych nosicielami w ich jamie nosowo-gardłowej, nie powodując żadnych dolegliwości ani objawów. Meningokoki wykrywa się u około 10 – 25% zdrowych osób (tzw. nosicieli). Natomiast do samego zakażenia dochodzi na skutek kontaktu osoby podatnej na zakażenie z bezobjawowym nosicielem lub osobą chorą. Meningokoki przenoszone są drogą kropelkową podczas kaszlu/kichania lub poprzez bezpośredni kontakt. Okres wylęgania choroby wynosi od 2. do 10. dni, przeciętnie są to 3-4 dni. Zakażenia meningokokowe stanowią zagrożenie zdrowotne dla wszystkich grup wiekowych. Najczęściej jednak chorują dzieci w wieku od 3. miesięcy do 1. roku życia. Liczne przypadki zachorowania występują też u dzieci w wieku do 5 lat oraz wśród nastolatków i młodych dorosłych w wieku od 16. do 21. r.ż. Zakażenia meningokokowe występują na ogół sporadycznie, jednak niekiedy bakterie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą wywoływać ogniska epidemiczne lub epidemie.

Meningokoki najczęściej wywołują zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub krwio pochodne zakażenie uogólnione nazywane także posocznicą, które wspólnie określane są mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (ICHM). Meningokoki mogą również, chociaż nieporównywalnie rzadziej wywoływać izolowane zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, zapalenie osierdzia, zapalenie wsierdzia, zapalenie stawów i inne schorzenia.

Meningokoki dzieli się na 12 grup serologicznych, ale zakażenia w Polsce wywołują najczęściej meningokoki serogrupy B, C, W oraz Y. ICHM w ok. 65% wywoływana jest przez meningokoki serogrupy B oraz w ponad 20% przez meningokoki serogrupy C i w około 10% przez serogrupę W. Zakażenia wywołane meningokokami serogrupy Y występują bardzo rzadko.

ICHM stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia. Chory z podejrzeniem takiego zakażenia powinien w trybie pilnym trafić do szpitala. W praktyce diagnoza zakażenia meningokokowego może być niezwykle trudna. Dodatkowo, choroba może rozwijać się bardzo szybko, a jej przebieg jest zwykle bardzo ciężki. Objawy nie występują w określonej kolejności, a część z nich może nie wystąpić w ogóle. W wielu przypadkach ICHM diagnozowana jest bardzo późno, ponieważ w początkowej fazie zakażenia chorzy zgłaszają objawy niespecyficzne, podobne do przeziębienia takie jak: osłabienie, gorączka, bóle stawowe i mięśniowe i ogólne, złe samopoczucie. Natomiast w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych występują objawy tzw. oponowe jak: silny ból głowy, nudności, wymioty, sztywność karku, drgawki, światłowstręt, senność.

W przypadku posocznicy (zwanej sepsą) objawy są różne i zależą od jej ciężkości. Charakterystycznym, ale jednak nie zawsze obecnym objawem w postępującej sepsie meningokokowej jest wysypka wybroczynowa. Są to plamki na skórze całego ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików zlewających się w późniejszym okresie w duże plamy, które nie bledną pod naciskiem.

U dzieci poniżej 2. roku życia objawy w przebiegu choroby różnią się od objawów u dorosłych. Najczęściej obserwuje się: gorączkę, zimne dłonie i stopy, brak apetytu, wymioty, biegunkę, rozpaczliwy płacz lub kwilenie, senność lub drażliwość, odchylenie głowy do tyłu, osłupienie, pulsujące ciemniaczko u niemowląt, wybroczyny na skórze.

Rozwijająca się sepsa meningokokowa może prowadzić do niewydolności wielonarządowej i zgonu. Śmiertelność związana z zakażeniami meningokokami wynosi około 10%, ale w przypadkach przebiegających pod postacią sepsy jest znacznie wyższa i może sięgać od 20% do nawet 70%. Dodatkowo, w sepsie meningokokowej aż 50% zgonów ma miejsce w

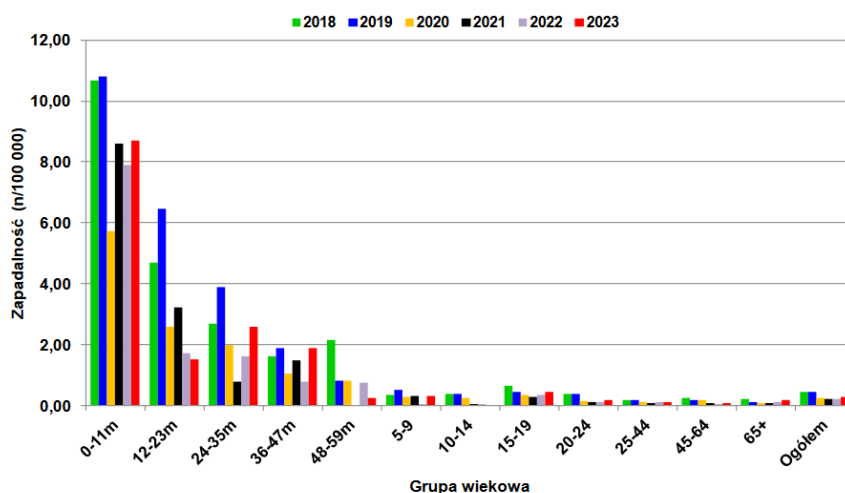
ciągu pierwszej doby od momentu pojawienia się objawów choroby. Meningokoki należące do serogrupy C częściej wywołują epidemie i częściej powodują sepsę, obarczoną wyższą śmiertelnością. W ostatnich latach wzrasta zachorowalność w Europie, ale również i w Polsce i często kończy się śmiercią. Najwyższy współczynnik śmiertelności odnotowuje się dla serogrupy W. Ponadto u części osób, które przebyły zakażenie meningokokowe pozostają trwałe lub czasowe powikłania takie jak różnego stopnia niedosłuch czy uszkodzenia mózgu, padaczka, amputacje palców lub części kończyn, ubytki skóry i tkanki podskórnej wymagające przeszczepów oraz zaburzenia emocjonalne.

## 2. Dane epidemiologiczne

W Polsce w 2021 roku odnotowano 86 potwierdzonych przypadków IChM, największa zapadalność odnotowana została u dzieci w przedziale wiekowym 0-11 miesięcy oraz 12-23 miesięcy. W 2021 roku zdiagnozowanych było 86 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową z czego 67% stanowiły meningokoki serogrupy B, natomiast 19% meningokoki grupy C, w następstwie zakażenia meningokokami serogrupy W chorowało niecałe 12 %”.

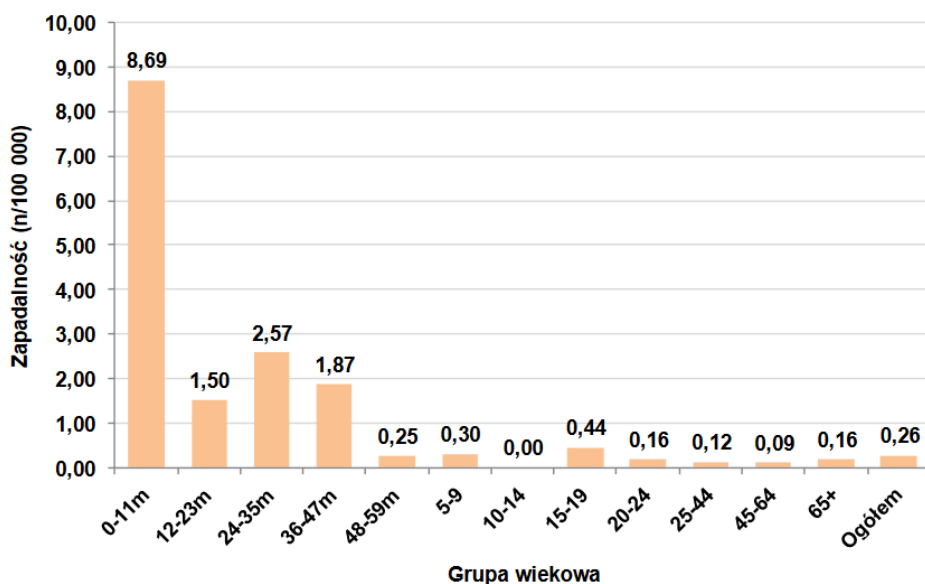
Za największą liczbę przypadków inwazyjnej choroby meningokokowej w 2023 roku w Polsce odpowiadały meningokoki typu B, a najwięcej zachorowań było wśród najmłodszych dzieci – wynika z opublikowanego w maju 2024 r. raportu Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN). Ekspertki przypominają, że przed meningokokami mogą chronić szczepienia, które warto stosować, także w czasie pandemii.

### Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2018-2023



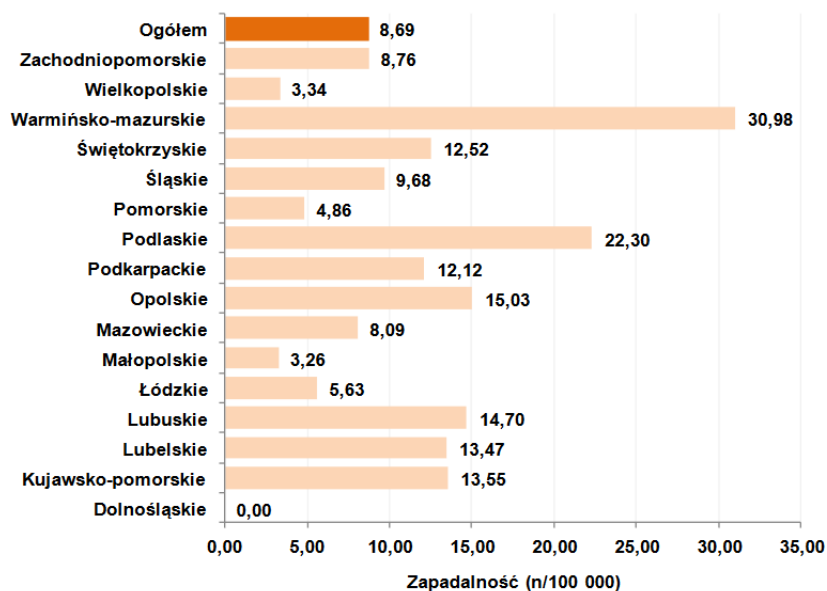
Wykres 1. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych w latach 2018-2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2023



Wykres 2. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych w roku 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023



Wykres 3. Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

Grupą najbardziej zagrożoną chorobą nieustannie są najmłodsi: ponad połowa zakażeń (55 proc.) dotyczyła dzieci do 5. roku życia, w tym najczęściej niemowląt – co czwarty chory nie miał skończonego 1. roku. Największa zapadalność na IChM wśród niemowląt była w województwach: warmińsko-mazurskim, podlaskim i kujawsko-pomorskim. W województwie dolnośląskim nie odnotowano ani jednego przypadku choroby w tej grupie wiekowej, w związku z czym autorzy raportu zwrócili uwagę na konieczność wzmocnienia laboratoryjnego monitorowania zakażeń meningokokowych. Ze względu na trudności z potwierdzeniem choroby dane te mogą być bowiem niedoszacowane.

Najnowszy raport potwierdza również, że inwazyjna choroba meningokokowa jest bardzo groźna – nawet 1 na 5 przypadków w roku 2023 roku skończył się śmiercią.

### Współczynnik śmiertelności (CFR, %) związany z IChM, 2023

| Grupa wiekowa | Wyleczenie | Zgon | Brak danych | N   | N-ZZ | CFR-ZZ | CFR-W |
|---------------|------------|------|-------------|-----|------|--------|-------|
| 0-11m         | 14         | 2    | 10          | 26  | 16   | 12,5   | 7,7   |
| 12-59m        | 13         | 1    | 8           | 22  | 14   | 7,1    | 4,5   |
| 5-9           | 1          | 1    | 4           | 6   | 2    | 50,0   | 16,7  |
| 10-14         |            |      |             | 0   |      |        |       |
| 15-19         | 4          |      | 4           | 8   | 4    | 0,0    | 0,0   |
| 20-24         | 1          |      | 2           | 3   | 1    | 0,0    | 0,0   |
| 25-44         | 6          | 4    | 3           | 13  | 10   | 40,0   | 30,8  |
| 45-64         | 1          | 5    | 3           | 9   | 6    | 83,3   | 55,6  |
| 65+           | 4          |      | 8           | 12  | 4    | 0,0    | 0,0   |
| bd            |            |      | 1           | 1   |      |        | 0,0   |
| Ogółem        | 44         | 13   | 43          | 100 | 57   | 22,8   | 13,0  |

N: liczba wszystkich przypadków; N-ZZ: liczba przypadków ze znanym zejściem zakażenia; CFR-ZZ: współczynnik śmiertelności liczony tylko dla przypadków ze znanym zejściem zakażenia; CFR-W: współczynnik śmiertelności liczony dla wszystkich przypadków przy założeniu, że przypadki z brakiem informacji na temat zejścia zakażenia zakończyły się wyleczeniem pacjenta



bd – brak danych dotyczących wieku pacjenta 12

Tabela 1. Współczynnik śmiertelności związany z IChM, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICHM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

Optymalnym sposobem ochrony przed inwazyjną chorobą meningokokową są szczepienia.

Terminowa realizacja ochrony przed meningokokami jest istotna również dlatego, że choroba najczęściej dotyka najmłodszych.

Szczepienia przeciw meningokokom powinny być wykonane we wczesnym okresie życia dziecka, wtedy, gdy chodzi nam o uzyskanie optymalnej ochrony.

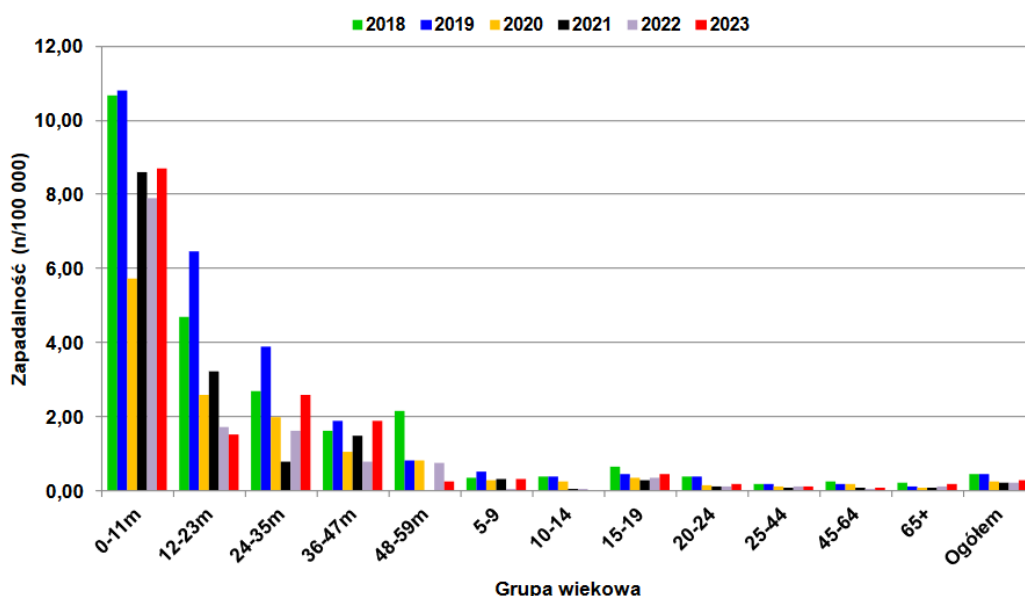
W podejściu do profilaktyki inwazyjnej choroby meningokokowej należy także wziąć pod uwagę charakter choroby, na co z kolei zwróciła uwagę dr hab. Ewa Augustynowicz z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny w trakcie webinaru dla dziennikarzy pt. „Wirusologia 2020”.

„Służba zdrowia jest teraz zajęta walką z koronawirusem, w związku z tym istnieje duże niebezpieczeństwo opóźnienia diagnostyki i włączenia terapii. A przy tak piorunująco przebiegającej chorobie ochrona jest jeszcze bardziej wskazana niż w normalnych warunkach”

- tłumaczyła dr hab. Augustynowicz, nawiązując do faktu, iż IChM może w ciągu zaledwie 24 godzin rozwinąć się do stanu zagrażającego życiu, podczas gdy jej pierwsze objawy są mało charakterystyczne: przypominają przeziębienie lub grypę.

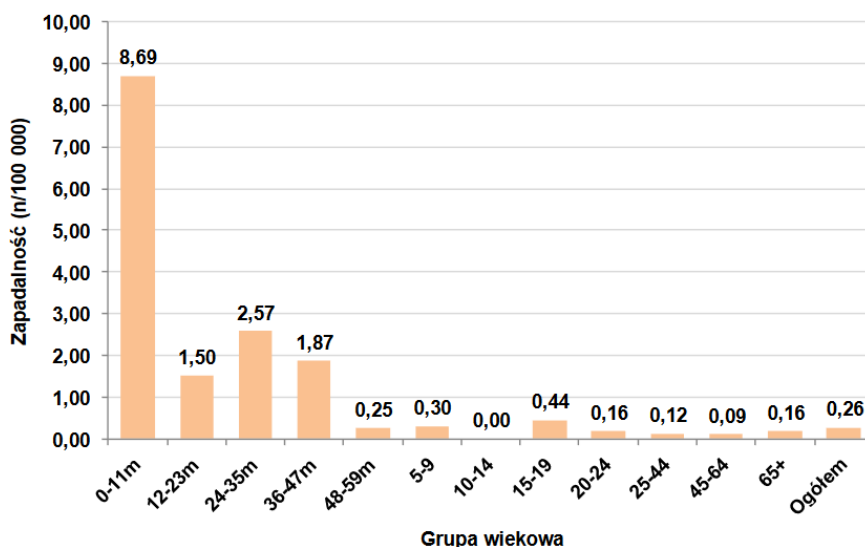
Badania prowadzone w KOROUN są źródłem informacji niezbędnych m.in. dla celów tworzenia polityki szczepień ochronnych. Na ich podstawie eksperci rekomendują, by dzieci w Polsce w pierwszej kolejności były szczepione przeciw meningokokom typu B. Szczepienia te, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, są zalecane po ukończeniu 2. miesiąca życia.

### Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2018-2023



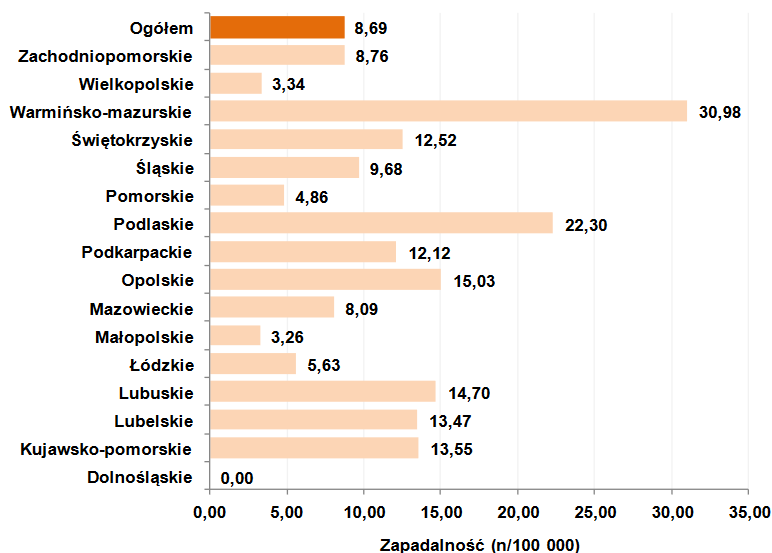
Wykres 4. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICHM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową w grupach wiekowych, 2023



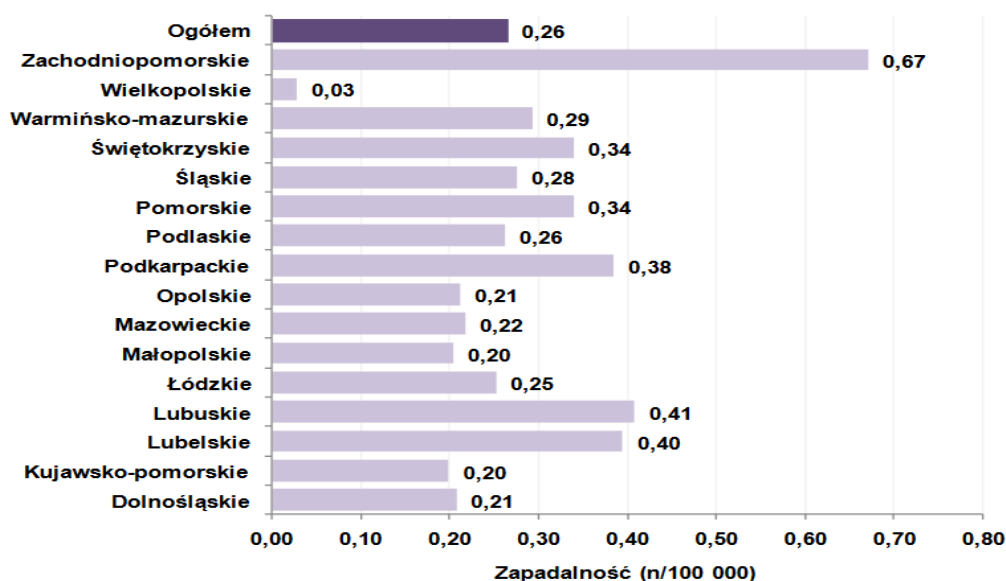
Wykres 5. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na IChM w województwach Polski, dzieci <12 miesięcy, 2023



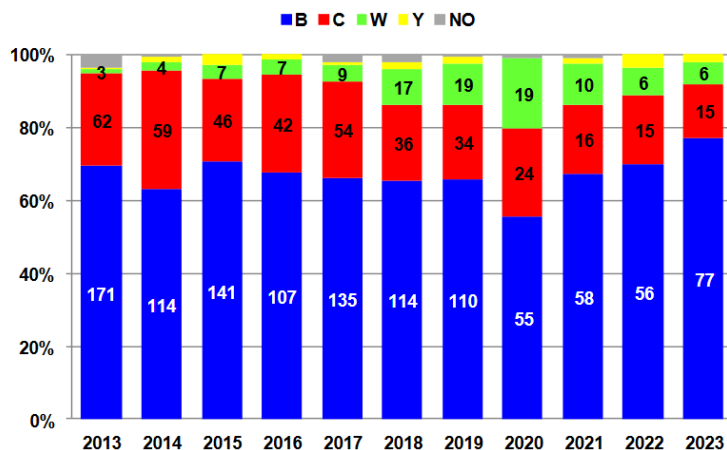
Wykres 6. Zapadalność na IChM w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Zapadalność na IChM w województwach Polski, wszystkie grupy wiekowe, 2023



Wykres 7. Zapadalność na IChM w województwach Polski, wszystkie grupy wiekowe, 2023 Źródło: <https://korounil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

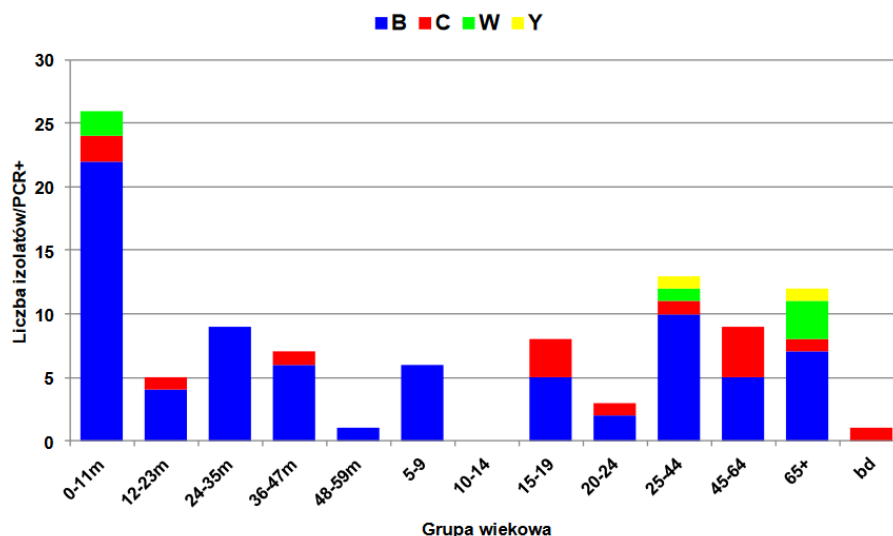
## Dystrybucja serogrup wśród meningokoków odpowiedzialnych za IChM, 2013-2023



NO – nieokreślona serogrupa, izolat niegrupowalny, lub inne serogrupy

Wykres 8. Dystrybucja serogrup wśród meningokoków odpowiedzialnych za IChM, 2023 Źródło: <https://korounil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-ICM-w-Polsce-w-2023-roku.pdf>

## Dystrybucja grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2023 (n=100)



Wykres 9. Dystrybucja grup serologicznych meningokoków w grupach wiekowych, 2023 Źródło: <https://koroun.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Inwazyjna-choroba-meningokokowa-IChM-w-Polsce-w->

### 3. Opis obecnego postępowania

W przypadku zapobiegania zakażeniom meningokokowym zaleca się prowadzenie szczepień ochronnych. Obecnie dostępne są szczepionki przeciw serogrupom C przeciw serogrupom A i C, przeciw serogrupom A, C, W-135 i Y oraz przeciw serogrupie B. Szczepionki polisacharydowe skuteczne wobec meningokoków serogrupy A i C lub A, C, W135 i Y, przeznaczone dla osób powyżej drugiego roku życia, młodzieży i dorosłych. Zaszczepienie taką szczepionką daje ochronę na okres ok. 3–5 lat. Nie zaleca się podawania dawek przypominających. Znaczenie szczepionek polisacharydowych jest coraz mniejsze ze względu na dostępność szczepionek skoniugowanych. Szczepionki polisacharydowe są wciąż zalecane osobom wyjeżdżającym w rejon y endemicznego i epidemicznego występowania meningokoków serogrupy A, B, W-135 i Y.

Szczepionki skoniugowane to szczepionki nowszej generacji (w Polsce dostępne przeciw meningokokom serogrupy C oraz A, C, W135 i Y). W skład szczepionek skoniugowanych wchodzi oczyszczone polisacharydy otoczkowe meningokoka połączone z białkiem nośnikowym. Połączenie takie sprawia, że szczepionki te są skuteczne u wszystkich osób powyżej drugiego miesiąca życia oraz zapewniają długotrwałą ochronę przed zakażeniem. Tylko szczepionki skoniugowane zmniejszają w populacji liczbę bezobjawowych nosicieli meningokoków danej grupy serologicznej. Skoniugowane szczepionki przeciw meningokokom serogrupy C są przeznaczone do uodparniania dzieci po ukończeniu 2 m.ż. oraz młodzieży i dorosłym, którym należy podać pojedynczą dawkę. Schemat dawkowania: niemowlęta w wieku po ukończeniu 2. miesiąca życia do ukończenia 4. miesiąca życia: dwie dawki szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12.-13 miesiąca życia. Niemowlęta po ukończeniu 4. miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia jedna dawka szczepienia podstawowego plus jedna dawka szczepienia przypominającego podana w wieku około 12.-13 miesiąca życia. Dzieci starsze, młodzież i dorośli otrzymują jedną dawkę.

## Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle

Wraz ze wzrostem zachorowań wywołanych przez serogrupę W oraz rozwojem turystyki wzrasta znaczenie szczepionek 4-walentnych (przeciw serogrupie A, C, W-135 i Y), które mogą być podawane niemowlętom w wieku od 6 miesięcy, dzieciom, młodzieży i dorosłym). Jedną ze szczepionek białkowych przeciw meningokokom serogrupy B została opracowana z wykorzystaniem technologii odwrotnej wakcynologii, gdzie na bazie znanej sekwencji całego genomu meningokoka serogrupy B zidentyfikowano białka, które okazały się dobrymi antygenami w szczepionce tj. czynnik H, adhezynę A i antygen wiążący heparynę; w skład szczepionki wchodzi również białko powierzchniowe przygotowane metodą tradycyjną. Szczepionka białkowa jest przeznaczona do szczepienia osób w wieku od 2 miesięcy i starszych, których chroni przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez meningokoki serogrupy B. Druga szczepionka białkowa została opracowana klasyczną metodą rekombinacji genetycznej, zawiera białko powierzchniowe fHbp, tj. białko wiążące czynnik H. Może być podawana dzieciom powyżej 10 lat i dorosłym jako ochrona przed inwazyjną chorobą meningokokową wywołaną przez serogrupę B.

Należy pamiętać, że szczepienia nie zabezpieczają przed zakażeniem wywołanym przez meningokoki należące do innych grup serologicznych niż te, wobec których skierowana jest szczepionka.

Szczepienia przeciw meningokokom zalecane są osobom narażonym na przebywanie w dużych skupiskach tj.:

- niemowlęta i dzieci, szczególnie chodzące do żłobka, przedszkola lub szkoły, wyjeżdżające na kolonie lub ich starsze rodzeństwo uczęszczające do przedszkola lub szkoły,
- młodzież i młodzi dorośli do 21 lat, w tym szczególnie uczniowie, studenci i poborowi mieszkający w internacie, akademiku lub koszarach,
- dzieci i dorośli z grupy zwiększonego ryzyka zakażenia, np. z usuniętą śledzioną lub zaburzeniami jej funkcjonowania lub z poważnymi zaburzeniami układu odpornościowego,
- personel medyczny narażony na zachorowanie w wyniku kontaktu z chorym,
- podróżujący na tereny endemicznego i epidemicznego występowania zakażeń meningokokowych,
- podróżujący służbowo do Arabii Saudyjskiej,
- studenci i uczniowie udający się na studia zagranicę (np. do Stanów Zjednoczonych),
- żołnierze biorących udział w akcjach międzynarodowych,
- w przypadku zagrożenia epidemią.

Dzieci do 1. roku życia najlepiej zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy B, ponieważ w tej grupie wywołują one najwięcej zakażeń. Następnie powinno się je zaszczepić przeciw meningokokom serogrupy C lub A, C, W135 i Y. Wraz z rosnącym udziałem zakażeń wywołanych serotypem W, w celu szerszej ochrony, zamiast szczepienia przeciw meningokokom serogrupy C, najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw czterem serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y.

Jeżeli planowane są podróże zagraniczne najlepiej podać szczepionkę chroniącą przeciw serotypom meningokoków – A, C, W135 oraz Y oraz szczepionkę przeciw serogrupie B.

Szczepionki 4-walentne (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) zalecane są szczególnie osobom podróżującym. Mogą być stosowane u osób wcześniej szczepionych szczepionką polisacharydową przeciwko serogrupom A i C lub monowalentną szczepionką skoniugowaną przeciw serogrupie C.

W niektórych sytuacjach (np. zagrożenia epidemią) władze sanitarno-epidemiologiczne podejmują decyzje o wprowadzeniu bezpłatnych szczepień osób zamieszkujących teren gdzie

wystąpiło ognisko epidemiczne/epidemia z określonych grup wiekowych, najbardziej narażonych na zakażenie (w zależności od sytuacji epidemiologicznej). Użycie w takich sytuacjach szczepionki skoniugowanej skutecznej wobec grupy meningokoków, które wywołały w danym miejscu zachorowania zmniejsza również nosicielstwo i pozwala wygasić ognisko epidemiczne.

Szczepionki przeciw meningokokom są bezpieczne. Jednak, jak po każdym szczepieniu, mogą wystąpić niepożądane odczyny poszczepienne od najprostszych, miejscowych do bardziej poważnych. Do częstych odczynów poszczepiennych zalicza się: zaczerwienienie, wrażliwość na dotyk, ból i obrzęk w miejscu wstrzyknięcia, bóle kończyn u starszych dzieci, ból głowy, płacz i drażliwość u niemowląt i dzieci raczkujących, wymioty, nudności, biegunkę i utratę apetytu u niemowląt. Rzadziej występują: gorączka, utrata apetytu, wymioty, nudności, biegunka u dzieci, bóle mięśni u dzieci starszych i dorosłych, bóle kończyn u małych dzieci. Bardzo rzadko pojawiają się: zaburzenia ze strony układu immunologicznego, uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, reakcja anafilaktyczna, reakcje nadwrażliwości (skurcz oskrzeli, obrzęk twarzy, obrzęk naczynioruchowy), zaburzenia ze strony układu nerwowego: zawroty głowy, drgawki, w tym gorączkowe, omdlenia, niedoczulica lub parestezja oraz hipotonia u niemowląt; zaburzenia ze strony układu pokarmowego: wymioty i nudności oraz zaburzenia skórne w postaci wysypki lub pokrzywki.

Istnieją rozbieżności w rekomendacjach/wytycznych dotyczących przeprowadzania rutynowych szczepień przeciwko meningokokom w wieku między 6 a 24 miesiącem życia. Wytyczne FEMS 2007, NCIRS 2009, MLF 2012, STIKO 2014, PHAC 2015 rekomendują tego typu interwencje. Natomiast wytyczne ATAGI 2014, CDC 2008, ACIP 2013, AAP 2014 zalecają szczepienia dzieci poniżej 2. roku życia indywidualnie, jedynie w przypadku podwyższonego ryzyka choroby meningokokowej. Ponadto AAP 2014 podkreśla, że rutynowe szczepienia przeciw meningokokom nie są rekomendowane w populacji dzieci zdrowych od 2. m.ż. do 10 r.ż. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia wskazują na konieczność włączenia szczepień p/meningokokom do powszechnych programów szczepień, szczególnie w krajach o wysokiej częstości występowania zakażeń meningokokowych (>2-10 przypadków/100 tys. osób rocznie) i w grupach podwyższonego ryzyka wystąpienia inwazyjnej choroby meningokokowej. Zarówno szczepionkę skoniugowaną p/MenC, jak i szczepionkę białkową p/MenB zaleca się osobom powyżej 2. m. ż., natomiast szczepionkę polisacharydową w populacji powyżej 2 roku życia i wśród osób dorosłych. Stosowanie szczepionki czterowalentnej MCV4 nadal zaleca się: osobom, które podróżują do krajów, w których częste jest występowanie meningokoków grup A, Y oraz W135 oraz osobom, które miały bliski kontakt z przypadkami zakażenia meningokokami grup A, Y oraz W135 powyżej 2 roku życia. Szacowana efektywność szczepionek wahała się w granicach 93-100%. Udowodniono również wpływ szczepionek na zmniejszenie nosicielstwa meningokoków grupy C. Skuteczność szczepionki przeciwko nosicielstwu oszacowano na 75% (95% CI, 23– 92%). Zgodnie z Conterno i wsp. (2010) we wszystkich badaniach dotyczących szczepionek MCC obserwowano wysokie miana przeciwciał, u 97–100% niemowląt SBA $\geq$ 8 [8].

Ponadto część rekomendacji zaleca szczepienia w populacji młodzieży w wieku 16-17 lat. Zaproponowana populacja w odniesieniu do wieku pokrywa się z rekomendacjami (AAP 2014, ACIP 2013, CDC 2008, STIKO 2014, PTP 2012).

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Programem Szczepień Ochronnych na 2024 rok (PSO), szczepienia przeciwko meningokokom należą do grupy szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków Ministra Zdrowia. Szczepienia przeciwko meningokokom są zalecane:

- niemowlętom powyżej 2. m.ż.
- dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej, z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel

medyczny, pracownicy laboratorium), przebywającym w zbiorowiskach (przedszkola, żłobki, domy dziecka, domy studenckie, internaty, koszary),

- dzieciom i osobom dorosłym z wrodzonymi niedoborami odporności, z anatomiczną i czynnościową asplenią, zakażonym wirusem HIV, nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonym ekulizumabem (napadowa nocna hemoglobinuria, atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy), osobom leczonym immunosupresyjnie,
- dzieciom w wieku od 2 mies. życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie nastolatkom i osobom powyżej 65 roku życia.

Szczepienia przeciw meningokokom można realizować podając:

- szczepionkę skoniugowaną od ukończenia 2 miesiąca życia (monowalentna przeciw serogrupie C),
- szczepionkę białkową (rDNA) od ukończenia 2 miesiąca życia (przeciw serogrupie B),
- szczepionkę skoniugowaną czterowalentną przeciw serogrupom A, C, W-135, Y od 12 miesiąca życia,
- szczepionkę skoniugowaną monowalentną (przeciw serogrupie C) i czterowalentną (przeciw serogrupie A, C, W-135, Y) od ukończenia 2 miesiąca życia,
- szczepionkę polisacharydową przeciw serogrupom A i C dzieciom powyżej 2 lat i dorosłym.

#### **4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Wieloletnie i systematyczne szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, które przez wieki powodowały dużą śmiertelność lub kalectwa, doprowadziły do eliminacji zachorowań lub wpłynęły znacząco na jej ograniczenie. Najskuteczniejszym sposobem zwalczania chorób zakaźnych jest profilaktyka.

Program Szczepień Ochronnych dzieli szczepienia na obowiązkowe i zalecane. Szczepienia obowiązkowe są finansowane z budżetu państwa, zaś druga grupa szczepień finansowana jest przez rodziców lub opiekunów prawnych. Szczepienia przeciwko meningokokom nie należą do tanich, co jest czynnikiem ograniczającym większą liczbę rodziców. Taki stan rzeczy powodować może zagrożenie dla populacji. Stąd włączenie się Gminy Kędzierzyn-Koźle w akcję szczepień przeciw meningokokom, aby poprawić stan zdrowia jej mieszkańców.

Lekarze pediatrzy powinni przekazywać rodzicom nowo narodzonych dzieci informację, że szczepienia przeciwko meningokokom typu B są zalecane w Polsce i że w świetle polskich danych epidemiologicznych powinny być podawane już przed ukończeniem pierwszego roku życia.

## **II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **1. Cel główny**

- zmniejszenie liczby zakażeń *Neisseria meningitidis* typu A,B,C, W135, Y w tym IChM oraz hospitalizacji wywołanych IChM w populacji dzieci, które ukończyły 2 lata, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki z gminy Kędzierzyn-Koźle o 50% w okresie realizacji programu w latach 2025-2028;
- zwiększenie świadomości populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem na temat szczepień ochronnych.

## **2. Cele szczegółowe**

Jako cele szczegółowe wyznaczono:

- zwiększenie odsetka dzieci zaszczepionych przeciwko meningokokom w populacji gminy Kędzierzyn-Koźle;
- zmniejszenie oraz zahamowanie nosicielstwa i liczby nowych rozpoznanych zakażeń meningokokowych;
- zmniejszenie zachorowalności i liczby hospitalizacji w wyniku zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- zwiększenie poziomu świadomości mieszkańców (szczególnie rodziców). Rzetelna i skuteczna informacja do mieszkańców dotycząca prowadzonych szczepień ochronnych;
- zwiększenie odsetka uczestników zaszczepionych przeciwko *Neisseria meningitidis* w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu.

## **3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

- liczba hospitalizacji z powodu IChM odnotowanych wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle (na podstawie danych NFZ)
- liczba zgłoszonych i potwierdzonych zakażeń *N.meningitidis* wśród mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle (dane GIS, KOROUN)
- liczba zaszczepionych dzieci porównana do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej (bieżący monitoring: raporty miesięczne oraz roczne);
- liczba zgód na udział w programie w porównaniu z liczebnością populacji docelowej;
- ocena jakości oraz edukacji udzielanych świadczeń wykonywana poprzez monitorowanie wyników anonimowych ankiet dla uczestników oraz prowadzenie nadzoru przez koordynatora programu;
- liczba zachorowań na IChM w populacji osób z terenu realizacji programu polityki zdrowotnej w okresie trwania całego programu w stosunku do liczby sprzed wprowadzenia realizacji programu;
- liczba uczestników zaszczepionych przeciwko *Neisseria meningitidis* w okresie trwania całego programu w stosunku do liczby sprzed wprowadzenia realizacji programu.

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

### **1. Populacja docelowa**

Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi szczepień ochronnych przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis* typu B do objęcia programem kwalifikują się dzieci, które ukończyły drugi rok życia, ale nie skończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki.

Proponowany schemat szczepień to: dzieci po 2 roku życia – 2 dawki w odstępie minimum 1 miesiąca.

Zgodnie z aktualnymi danymi, liczba osób kwalifikujących się do programu w roku 2026 to 862 dzieci. W roku 2027 i 2028 z uwagi, iż część roczników jeszcze się nie urodziła, szacuje się liczbę osób kwalifikujących się do programu na tym samym poziomie, co w roku 2026.

## **2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia w ramach programu polityki zdrowotnej**

### **Kryteria kwalifikacji**

- do programu zakwalifikowane będą wszystkie osoby w grupie wiekowej od ukończenia 2 roku życia do 4 roku życia, (ale nie ukończyły 5 lat w chwili przyjęcia pierwszej dawki) z terenu gminy Kędzierzyn-Koźle. W dniu wykonania szczepienia pacjent musi posiadać zameldowanie na terenie Gminy Kędzierzyn-Koźle:
  - a) -na pobyt stały, lub
  - b) na pobyt czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem szczepienia).
- do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie pisemna zgoda rodziców lub opiekunów dziecka.
- zaszczepione zostaną osoby, które przejdą pozytywną kwalifikację lekarza.
- edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

### **Kryteria wyłączenia**

- brak kwalifikacji lekarskiej
- stałe lub czasowe przeciwwskazania do szczepień.
- wcześniejsze zaszczepienie przeciw meningokokom grupy B
- brak adresu zameldowania na terenie gminy Kędzierzyn-Koźle na okres stały lub czasowy powyżej roku.

## **3. Planowane interwencje**

Szczepienia przeciwko meningokokom.

- Szczepionka przeciwko meningokokom grypy B (Bexsero), schemat szczepień dla grupy wiekowej objętej programem to 2 dawki w odstępie nie krótszym niż 1 miesiąc.
- Edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

## **4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Świadczenia udzielane będą przez podmioty lecznicze, wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.). Szczepienia dzieci zostaną przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

Cykl szczepień obejmuje:

- 1) badanie lekarskie poprzedzające podanie każdej dawki;
- 2) podanie szczepionki w zależności od schematu szczepienia;
- 3) dokumentację procedury;
- 4) postępowanie z odpadami;
- 5) edukację w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokami oraz postępowania w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego.

- 6) edukację prowadzoną w ramach programu skierowaną do populacji ogólnej osób dorosłych, w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.

Osoby zakwalifikowane do programu zostaną zaszczepione szczepionką bezpieczną i posiadającą rekomendację Komitetu ds. Produktów Lekniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającego przy Europejskiej Agencji ds. Leków. Szczepionka jest zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce. Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie karty charakterystyki produktu.

Podanie szczepionki każdorazowo będzie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym. Do szczepienia bezwzględnie wymagana będzie zgoda rodziców lub opiekunów dziecka w trakcie wizyty lekarskiej.

## **5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica/opiekuna prawnego dziecka. Po wykonaniu szczepienia przyjmujący szczepionkę nie wymaga żadnych działań medycznych i może opuścić podmiot leczniczy po okresie min. 20 minut obserwacji. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepienia zgodnie z wytycznymi dotyczącymi dawkowania.

## **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

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

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

### **Program obejmować będzie:**

Podanie szczepionki (liczba dawek wynikać będzie ze schematu szczepienia dla danej szczepionki).

### **Realizatorzy programu zobowiązani będą do:**

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

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

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

Oferenci przystępujący do otwartego konkursu ofert powinni spełniać następujące warunki:

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

**V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

**1. Monitorowanie**

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej składa się z oceny:

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

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

Monitorowanie realizacji programu będzie się odbywało na bieżąco, m. in. poprzez ocenę :

- 1) zgłaszalności do programu, która zostanie oceniona na podstawie sprawozdań realizatorów zostanie oceniona na podstawie liczby wykonanych szczepień, tj. listy osób, które zostały zaszczepione (zakładana jest zgłaszalność do programu na poziomie min. 25 % populacji),.
- 2) liczby osób zakwalifikowanych do programu. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;
- 3) liczby osób, które nie zakwalifikowały się do programu z powodu przeciwwskazań lekarskich wraz z przyczynami niezakwalifikowania. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;

- 4) liczby uczestników, którzy w trakcie programu zrezygnowali z udziału wraz z powodami rezygnacji. Wskaźnik zostanie oceniony na podstawie sprawozdań realizatorów;
- 5) jakości świadczeń w programie:
  - a) organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie,
  - b) każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń,
  - c) dokonana zostanie analiza ankiet satysfakcji przeprowadzonych wśród rodziców i opiekunów młodzieży, która została zaszczerpiona w ramach programu, anonimowe ankiety wypełniane będą bezpośrednio po wykonaniu szczepienia, co pozwoli na ocenę stopnia zadowolenia rodziców i opiekunów, wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszego programu, sprawozdania z kwartalnej i rocznej realizacji programu będą poddane analizie i ocenie przez organizatora programu, wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Programu.

## **2. Ewaluacja**

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu z wykorzystaniem wybranych określonych mierników efektywności takich jak:

- poziom wyszczepienia populacji docelowej pełnym schematem, zostanie oceniona na podstawie liczby wykonanych szczepień,
- długofalowa zmiana w liczbie zachorowań i hospitalizacji wywołanych N. meningitidis zgodnie z danymi z rejestrów publicznych (NFZ, GIS, NIZP-PZH).

## **VI. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **1. Koszty jednostkowe**

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

- 1) zakup szczepionek przeciwko meningokokom typu B (Bexsero);
- 2) przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia;
- 3) wykonanie usługi szczepień - podanie szczepionki zgodnie ze schematem określonym przez producenta;
- 4) edukacja rodziców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko meningokokom z grupy B;
- 5) edukacja prowadzona w ramach programu skierowana do populacji ogólnej osób dorosłych  
w szczególności rodziców i opiekunów prawnych dzieci z populacji objętej programem szczepień.
- 6) sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Szacunkowy koszt jednostkowy Programu w przeliczeniu na 1 dziecko (2 dawki szczepionki) w poszczególnych latach wynosić będzie około 800- 900 zł w przypadku szczepionki Bexsero.

## **2. Koszty całkowite**

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

| <b>Rok</b> | <b>Przewidywany koszt całkowity</b> |
|------------|-------------------------------------|
| 2026       | 250.000,00                          |
| 2027       | 250.000,00                          |
| 2028       | 250.000,00                          |

*Tabela 4. Przewidywany koszt całkowity w latach 2026-2028, źródło: Wydział Polityki Mieszkaniowej, Spraw Socjalnych i Zdrowia Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle.*

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

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

## **3. Źródła finansowania**

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

## **VII. Bibliografia**

1. <https://pl.gsk.com/pl-pl/media/informacje-prasowe/nowy-raport-koroun-niemowl%C4%99ta-najbardziej-zagro%C5%BConemeningokokami/>
2. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/2/#o-chorobie>
3. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/4/#jak-wiele-zakazen-meningokokowych-wystepuje-w-polsce>
4. [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/INF\\_19\\_06A.pdf](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2019/INF_19_06A.pdf)
5. [http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch\\_2018\\_Wstepne\\_dane.pdf](http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch_2018_Wstepne_dane.pdf)
6. <http://koroun.edu.pl/wp-content/uploads/2023/05/ICHM2024.pdf>
7. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/5/#o-szczepionce>
8. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0061-2019.pdf>
9. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/oopz/2019/OP-0005-2019.pdf>
10. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/7/#kalendarz-szczepien>

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle”**

(wzór)

**I. Ocena sposobu umówienia terminu szczepienia**

| Jak Pani/Pan ocenia:                                   | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| Szybkość załatwienia formalności w czasie rejestracji? |               |        |             |     |            |
| Uprzejmość osób rejestrujących?                        |               |        |             |     |            |
| Dostępność rejestracji telefonicznej?                  |               |        |             |     |            |

**II. Ocena wizyty lekarskiej**

| Jak Pani/Pan ocenia:                                                       | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| Uprzejmość i życzliwość lekarza?                                           |               |        |             |     |            |
| Staranność i dokładność wykonywanych badań kwalifikujących do szczepienia? |               |        |             |     |            |

**III. Ocena wykonania szczepienia**

| Jak Pani/Pan ocenia:                                  | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|-------------------------------------------------------|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| Uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?                 |               |        |             |     |            |
| Umiejętność wykonania szczepienia przez pielęgniarkę? |               |        |             |     |            |

**IV. Ocena Warunków panujących w przychodni**

| Jak Pani/Pan ocenia:      | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---------------------------|---------------|--------|-------------|-----|------------|
| Czystość w poczekalni?    |               |        |             |     |            |
| Wyposażenie poczekalni?   |               |        |             |     |            |
| Dostęp i czystość toalet? |               |        |             |     |            |
| Wyposażenie gabinetu?     |               |        |             |     |            |

**V. Dodatkowe uwagi, opinie:**

.....  
.....

## Program profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle

Załącznik nr 2 do Programu

### Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki w zakresie przeciwdziałania meningokokom w Gminie Kędzierzyn-Koźle” (wzór)

Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikujących, przechowywanych przez składającego sprawozdanie.

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa i adres podmiotu                                     |  |
| Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania |  |
| Telefon kontaktowy                                         |  |
| Okres sprawozdawczy<br>(od.....do.....)                    |  |

Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

#### Etap I

|                                            |                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych | Liczba osób uczestniczących w interwencjach edukacyjnych |
|                                            |                                                          |

#### Etap II

|                                         |                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Liczba wykonanych badań kwalifikujących | Liczba osób zakwalifikowanych do szczepienia |
|                                         |                                              |

#### Etap III

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Liczba wykonanych szczepień |  |
|-----------------------------|--|

....., dnia.....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęć i podpis osoby działającej  
w imieniu sprawozdawcy)