

Projekt

DRUK NR 239/26

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W CZAPLINKU**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplonek na lata 2026-2029”

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153; poz. 1436 oraz z 2026 r. poz. 252) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, poz. 1083, poz. 1537 i poz. 1739 oraz z 2026 r. poz. 203), Rada Miejska w Czaplunku uchwała co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplonek na lata 2026-2029” w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Jolanta Czepe
Data: 2026.05.08 12:39 CEST



Załącznik do uchwały nr
Rady Miejskiej w Czaplunku
z dnia 2026 r.

AKCEPTUJĘ

.....
data, imię i nazwisko,
stanowisko służbowe
oraz podpis osoby
zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do
realizacji



**Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych
w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]

Czaplinek, 2026

Nazwa programu:

Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029

Okres realizacji programu: 2026-2029

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Klimek
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Klimek
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

Program zgodny z Rekomendacją nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Miejski w Czaplinku
ul. Rynek 6
78-550 Czaplinek
tel. 94 372 62 00
zdrowie@czaplinek.pl

Data opracowania programu: II kwartał 2026 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	12
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
1. Cel główny:	15
2. Cel szczegółowy:	15
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	15
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	16
1. Populacja docelowa	16
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	17
3. Planowane interwencje	18
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	23
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	23
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	23
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	23
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	23
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	26
1. Monitorowanie	26
2. Ewaluacja	26
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	27
2. Planowane koszty całkowite:	28
3. Źródła finansowania	29
Bibliografia:	30
Załączniki	32

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

1. Opis problemu zdrowotnego

Do chorób naczyń mózgowych zaliczamy: zawały mózgu, krwotoki śródczaszkowe, krwotoki podpajęczynówkowe, zwężenia tętnic przedmózgowych i mózgowych nieprowadzące do zawału mózgu, inne patologie naczyniowe mózgu oraz następstwa chorób naczyniowych mózgu, wg klasyfikacji ICD-10 są to kody: I60- I69¹ (Tabela I).

Tabela I. Klasyfikacja ICD-10 – choroby naczyń mózgowych

Kod ICD-10	Opis
I60	Krwotok podpajęczynówkowy
I61	Krwotok śródczaszkowy
I62	Inne krwotoki śródczaszkowe nieurazowe
I63	Zawał mózgu
I64	Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy
I65	Niedrożność i zwężenie tętnic przedmózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu
I66	Niedrożność i zwężenie tętnic mózgowych, nieprowadzące do zawału mózgu
I67	Inne patologie naczyniowe mózgu
I68	Zaburzenia naczyniowe mózgu w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu

Źródło: Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 Tom I, Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>]

Choroby naczyń mózgowych, w szczególności udar mózgu, stanowią narastający problem o charakterze medycznym, społecznym oraz ekonomicznym. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego, utrzymujących się przez okres dłuższy niż 24 godziny bądź skutkujących zgonem. Objawy te wynikają wyłącznie z zaburzeń naczyniowych, takich jak zawał mózgu (udar niedokrwienny), pierwotny krwotok śródmózgowy, krwotok podpajęczynówkowy oraz inne, rzadsze przyczyny².

Udary mózgu klasyfikuje się na podstawie ich etiopatogenezy. Zdecydowaną większość przypadków stanowi udar niedokrwienny, wynikający z zamknięcia tętnicy

¹ Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 Tom I, Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>].

² Stroke, Cerebrovascular accident, Worl Health Organization, Eastern Mediterranean Region [www.emro.who.int/].

doprowadzającej i ograniczenia dopływu krwi do komórek mózgu. Główną przyczyną niedokrwienia są zmiany miażdżycowe w tętnicach dogłowych i mózgowych, natomiast w dalszej kolejności wyróżnia się zatory pochodzenia sercowego. W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z udarem krwotocznym, który rozwija się w wyniku wynaczynienia krwi poza łożysko naczyń mózgowych, określanego dawniej mianem wylewu. W tej grupie udarów najczęściej występują krwotoki śródmózgowe, spowodowane pęknięciem naczynia wewnątrzmożgowego. Rzadziej dochodzi do krwawienia podpajęczynówkowego, będącego następstwem pęknięcia tętniaka zlokalizowanego na tętnicy mózgowej, przebiegającej pomiędzy oponą pajęczą a miękką. Udar krwotoczny najczęściej jest konsekwencją niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, które prowadzi do uszkodzenia ścian naczyń krwionośnych i ich pęknięcia, co skutkuje wylewem krwi do struktur mózgowych³.

Typowe objawy kliniczne udaru obejmują nagłe wystąpienie jednostronnego niedowładu bądź porażenia kończyn i mięśni twarzy, jednostronne nagłe drętwienie lub zaburzenia czucia, trudności w artykulacji bądź rozumieniu mowy, zaburzenia widzenia, niemożność utrzymania pozycji stojącej oraz intensywny ból głowy. W przypadku, gdy objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu ustępują w czasie krótszym niż 24 godziny, stan ten określa się jako przemijające niedokrwienie mózgu (TIA, ang. *Transient Ischemic Attack*). Obraz kliniczny udaru jest ściśle uzależniony od lokalizacji uszkodzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Udar cechuje się nagłym początkiem i w krótkim czasie może prowadzić do znacznego stopnia niesprawności, a nawet całkowitej utraty samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności⁴.

Pacjent z podejrzeniem ostrego zespołu mózgowo-naczyniowego wymaga natychmiastowej diagnostyki. Wstępne rozpoznanie opiera się na szczegółowym wywiadzie oraz badaniu przedmiotowym. Kluczowym elementem postępowania diagnostycznego jest ocena stanu neurologicznego z zastosowaniem standaryzowanych, międzynarodowych skal oceny, takich jak m.in. NIHSS, ABCD2, GCS czy WFNS. Podstawowym narzędziem diagnostycznym w ocenie ostrego zespołu mózgowo-naczyniowego jest tomografia komputerowa (TK) głowy, umożliwiająca różnicowanie udaru niedokrwienego i krwotocznego oraz wykluczenie

³ Gać P, Poręba M, Poręba R. Środowisko jako czynnik etiopatogenetyczny udarów mózgu. W: Zdrowie środowiskowe z elementami medycyny środowiskowej. (red.) Pawlas K, Gać P, Pawlas N. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024, s. 370–388.

⁴ Czap AL, Sheth SA. Overview of imaging modalities in stroke. *Neurology*. 2021; 97(20 Suppl 2): S42–S51.

innych patologii, które mogą prowadzić do deficytu neurologicznego. Po ustaleniu charakteru udaru w niektórych przypadkach konieczne jest rozszerzenie diagnostyki w celu identyfikacji jego etiologii oraz określenia wskazań i przeciwwskazań do leczenia reperfuzyjnego. Badania naczyniowe, takie jak angiografia TK (angio-TK) lub angiografia rezonansu magnetycznego (angio-MR), odgrywają kluczową rolę w diagnostyce udaru niedokrwiennego, pozwalając na uwidocznienie niedrożności tętnic mózgowych oraz kwalifikację pacjenta do wewnątrznaczyniowego leczenia trombekcją mechaniczną. Z kolei rezonans magnetyczny (MR) głowy odgrywa istotną rolę w diagnostyce obrazowej ostrego udaru, szczególnie w obrazowaniu struktur tylnej jamy czaszki⁵.

U około 50% pacjentów po udarze występuje dysfagia, prowadząca do ryzyka zachłyśnięcia, co podkreśla znaczenie wczesnej oceny funkcji połykania. Karmienie doustne powinno być wdrażane wyłącznie po wykluczeniu zaburzeń połykania, natomiast w przypadku ich stwierdzenia konieczne jest zastosowanie żywienia przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, a w dłuższej perspektywie – przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG). Kolejnym istotnym problemem poudarowym jest spastyczność i przykurcze mięśniowe, które utrudniają proces rehabilitacji i mogą prowadzić do wtórnych zmian w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. W leczeniu farmakologicznym zaleca się stosowanie miorelaksantów, natomiast w przypadkach opornych na terapię wskazane jest ostrzykiwanie toksyną botulinową. U około 30% pacjentów po przebyłym udarze rozwija się depresja, wymagająca specjalistycznej opieki psychiatrycznej oraz odpowiedniego leczenia farmakologicznego. U 3–4% chorych dochodzi do rozwoju padaczki poudarowej, co wymaga wdrożenia przewlekłej terapii przeciwpadaczkowej pod kontrolą neurologa. W przebiegu udaru krwotocznego u części pacjentów może rozwinąć się wodogłowie, które stanowi wskazanie do interwencji neurochirurgicznej⁶.

U pacjentów z krwotokiem śródmózgowym, częściej niż w przypadku udaru niedokrwiennego, dochodzi do rozwoju padaczki poudarowej, wymagającej włączenia leczenia przeciwpadaczkowego. W sytuacji krwawienia podpajęczynówkowego kluczową rolę odgrywa profilaktyka spazmu naczyniowego i wtórnego niedokrwienia mózgu, obejmująca odpowiednie nawodnienie, utrzymanie optymalnego ciśnienia

⁵ Podemski R. i wsp. Wytyczne postępowania w udarze mózgu. Pol. Prz. Neurol. 2019; 15 (supl. A): A1–A156.

⁶ Gibas K., Choroby naczyniowe mózgu, W: Fizjoterapia i leczenie w wybranych jednostkach chorobowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego: rozważania teoretyczne i zalecenia praktyczne. Brzęk Anna, Krzystanek Ewa, Siuda Joanna (red.), 2022, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, pp.15-22

tętniczego oraz stosowanie nimodypiny. Po przebytych udarach żylnych u 11% pacjentów występują napady padaczkowe, które wymagają długotrwałej terapii przeciwpadaczkowej. W rzadkich przypadkach może dojść do trwałej utraty wzroku, będącej konsekwencją opornego na leczenie nadciśnienia śródczaszkowego⁷.

Nieodzownym elementem opieki poudarowej są kompleksowe zabiegi pielęgnacyjne, profilaktyka odleżyn, wczesna mobilizacja pacjenta oraz profilaktyka zakrzepowo-zatorowa, realizowana głównie poprzez stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych. Każdy pacjent z rozpoznaniem udaru mózgu powinien mieć zapewnioną kompleksową rehabilitację, obejmującą hospitalizację w oddziale udarowym, wczesną rehabilitację po wypisie w ramach oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz długoterminową rehabilitację poudarową⁸.

Wśród dobrze udokumentowanych czynników ryzyka udaru mózgu wyróżnia się czynniki niemodyfikowalne oraz modyfikowalne. Do pierwszej grupy zalicza się wiek, płeć, rasę, czynniki genetyczne oraz lokalizację geograficzną miejsca zamieszkania. Czynniki modyfikowalne, których eliminacja może istotnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia udaru, obejmują przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, podwyższony poziom cholesterolu i lipidów w surowicy krwi, otyłość, brak aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu, uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz niewłaściwa dieta. Dodatkowo, do innych udokumentowanych czynników ryzyka należą także: bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych, przebyty epizod przemijających zaburzeń krążenia mózgowego, cukrzyca, hiperinsulinemia, insulinooporność, hiperhomocysteinemia, stany nadmiernej krzepliwości krwi,⁹.

2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z danymi WHO każdego roku dochodzi na świecie do ponad 12,2 mln przypadków udaru mózgu. Ponad 62% przypadków dotyczy osób poniżej 70 roku życia, ok. 16% - populacji w wieku poniżej 50 lat. Udary mózgu występują nieznacznie częściej u mężczyzn (151,1/100 tys. ludności vs. 149,8/100 tys. ludności w przypadku kobiet). Obecnie na świecie żyje ponad 100 mln osób, które doświadczyły udaru mózgu, w tym ok. 56% tej populacji to kobiety. Corocznie na świecie z powodu udaru

⁷ Ibidem.

⁸ Cipora E., Niemiec M., Ściborowicz A., Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji osób starszych po udarze mózgu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2022, Tom 28, Nr 1, 28–32.

⁹ Potter TBH, Tannous J, Vahidy FS. A Contemporary Review of Epidemiology, Risk Factors, Etiology, and Outcomes of Premature Stroke. *Curr Atheroscler Rep.* 2022 Dec;24(12):939-948.

mózgu umiera ponad 6,5 mln osób, w tym ok. 34% przypadków dotyczy osób poniżej 70 r. ż., ok. 6% - osób w wieku poniżej 50 lat. Współczynnik umieralności z omawianego powodu jest znacznie wyższy u mężczyzn (94,4/100 tys. ludności vs. 73,5/100 tys. ludności w przypadku kobiet). Globalna wartość utraconych lat życia skorygowanych o niesprawność (DALY, ang. *disability adjusted life-years*) z powodu udarów mózgu wynosi dla obu płci 1 768 DALY/100 tys./rok, w przypadku mężczyzn jest to ponad 2 024 DALY/100 tys./rok, w przypadku kobiet – ponad 1 531/ DALY/100 tys./rok. Ponad 62% wszystkich udarów stanowią udary niedokrwienne (ok. 7,6 mln przypadków rocznie), 28% - krwotoki śródmózgowe (ok. 3,4 mln przypadków), kolejnych 10% - krwotoki podpajęczynówkowe (ok. 1,2 mln przypadków)¹⁰.

Metaboliczne czynniki ryzyka (wysokie skurczowe ciśnienie krwi, wysoki wskaźnik masy ciała, wysoki poziom glukozy, wysoki cholesterol całkowity i niski współczynnik filtracji kłębuszkowej) wiążą się z ponad 70% przypadków udarów mózgu. Czynniki behawioralne (palenie tytoniu, zła dieta i niska aktywność fizyczna) przyczyniają się do ok. 47% przypadków, natomiast zagrożenia środowiskowe (zanieczyszczenie powietrza, narażenie na ołów) – do ok. 38%. Na całym świecie wysokie skurczowe ciśnienie krwi jest największym pojedynczym czynnikiem ryzyka udaru mózgu. Wszystkie ww. czynniki ryzyka odpowiadają za 87% przypadków udarów mózgu na świecie¹¹.

W roku 2024 w Polsce w leczeniu szpitalnym z powodu chorób naczyń mózgowych leczono ponad 146,9 tys. pacjentów, w tym ponad 5,9 tys. stanowili mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego. Wskaźnik pacjentów/100 tys. ludności leczonych w opiece szpitalnej z powodu omawianej grupy schorzeń w przypadku mieszkańców województwa zachodniopomorskiego (366,6/100 tys. ludności) był nieznacznie niższy od wskaźnika ogólnopolskiego (391,9/100 tys.). W powiecie drawskim, na terenie którego leży gmina Czaplinek, była to wartość niewiele niższa od wartości dla województwa (356,6/100 tys.). W roku 2024 z powodu chorób naczyń mózgowych leczono 189 mieszkańców powiatu drawskiego, w tym 43,4% kobiet (82 osoby) oraz 56,6% mężczyzn (107 osób). Ponad 25% osób w tej grupie nie ukończyło jeszcze 65 r. ż. Liczba mieszkańców powiatu, leczonych

¹⁰ Global Stroke Fact Sheet 2022, WHO [www.world-stroke.org].

¹¹ Ibidem.

z powodu omawianej grupy chorób, wzrosła od 2022 roku o ok. 28% (było to wówczas 148 osób)¹².

Z kolei zgodnie z danymi publikowanymi w raporcie NFZ, w roku 2022 w Polsce 71,6 tys. osób miało sprawozdaną co najmniej jedną hospitalizację z powodu udaru niedokrwienego mózgu. Liczba pacjentów pozostawała na zbliżonym poziomie w latach 2017-2022 (poza okresem pandemii COVID-19) i wynosiła ok. 70-73 tys. pacjentów rocznie. Zmianie uległa natomiast struktura płci pacjentów – odsetek mężczyzn wzrastał w tym okresie i w 2022 r. wyniósł 51,4% (w 2017 r. wyniósł 49,3%). Surowa zapadalność na udary niedokrwienne mózgu w populacji dorosłych w roku 2022 wyniosła 239/100 tys. ludności i była nieznacznie wyższa w stosunku do roku 2017 (237/100 tys. ludności). Należy jednak podkreślić, że przy uwzględnieniu zmian w strukturze wiekowo-płciowej populacji, wskaźnik ten uległ obniżeniu (225 w 2022 r. i 237 w 2017 r.). Można zatem wnioskować, że wzrost zapadalności wynika w znacznej mierze ze zmian w strukturze demograficznej ludności¹³.

3. Opis obecnego postępowania

Od 1 października 2022 r. obowiązuje Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie opieki koordynowanej w POZ. Opieka koordynowana rozszerza wachlarz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych chorób przewlekłych, w ramach wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Celem opieki koordynowanej w ramach ścieżki kardiologicznej jest zapewnienie pacjentowi choremu przewlekłe kompletnej diagnostyki i terapii kardiologicznej. Cały proces leczenia jest nadzorowany i organizowany przez lekarza, bądź pielęgniarkę we współpracy z koordynatorem. Najważniejszym elementem opieki koordynowanej jest IPOM, czyli Indywidualny Plan Opieki Medycznej, który zawiera szczegółowo rozpisany plan badań oraz wizyt. Porada wstępna jest dedykowana pacjentom z podejrzeniem choroby przewlekłej. Konsultacja lekarska ma na celu potwierdzenie lub wykluczenie wstępnego rozpoznania choroby kardiologicznej. Lista chorób kardiologicznych objętych opieką koordynowaną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje m. in. nadciśnienie

¹² BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].

¹³ NFZ o zdrowiu, Udar niedokrwienego mózgu, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023.

tętnicze. W przypadku zdiagnozowania choroby przewlekłej pacjent jest objęty opieką koordynowaną¹⁴.

Wśród świadczeń gwarantowanych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ubezpieczonym zapewnia się dostęp do porad specjalistycznych w zakresie kardiologii oraz leczenia chorób naczyń. Zakres pierwszego świadczenia obejmuje dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, a także możliwość wykonania badania RTG, Holter EKG, ABPM, echokardiografii z opcją Dopplera oraz elektrokardiografii wysiłkowych serca. W przypadku drugiego z wymienionych jest to możliwość wykonania USG z opcją Dopplera, a także dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, badania RTG oraz elektrokardiografii¹⁵.

Badania diagnostyczne i leczenie w kierunku chorób naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu oraz przemijających ataków niedokrwiennych (TIA), finansowane są przede wszystkim w ramach leczenia szpitalnego. Leczenie oraz dalsze postępowanie diagnostyczne w zakresie udarów realizowane jest w oddziale udarowym, bądź neurologicznych oddziałach szpitalnych, które dysponują odpowiednim sprzętem diagnostycznym i personelem do pełnienia opieki udarowej. Leczenie pacjentów z udarem wymaga zapewnienia kompleksowej opieki medycznej realizowanej przez odpowiednio wykwalifikowany zespół, z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej¹⁶.

Ponadto pacjenci po udarze kierowani są na rehabilitację leczniczą. Rehabilitacja wczesna i wtórna obejmuje fizjoterapię, terapię zajęciową, terapię mowy, neuropsychoterapię i opiekę pielęgnacyjną. Rehabilitacja wczesna rozpoczyna się w oddziale neurologicznym lub udarowym w dniu przyjęcia do szpitala i jest kontynuowana w oddziale rehabilitacyjnym, w przychodni lub w domu chorego (jeśli zachodzi taka konieczność). Finansowana ze środków NFZ rehabilitacja może trwać od 9 do 16 tygodni w ciągu roku od zachorowania. Jeżeli w tym czasie chory nie odzyska sprawności lub potrzebna jest dalsza rehabilitacja, przez kolejne lata po udarze może on skorzystać z bezpłatnych zabiegów przez 3 do 6 tygodni w roku. Osoba ubezpieczona, która nie porusza się samodzielnie i nie może dotrzeć na rehabilitację, ma prawo do skorzystania ze świadczeń w warunkach domowych.

¹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870 ze zm.].

Uprawnienie to przysługuje przez rok od dnia wystąpienia udaru. NFZ refunduje 80 dni zabiegowych, udzielanych przez fizjoterapeutę w domu chorego. Skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne wystawia lekarz oddziału neurologicznego, neurochirurgicznego lub urazowo-ortopedycznego. Z kolei w przypadku rehabilitacji wtórnej skierowanie może zostać wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷.

Należy również wspomnieć o Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032¹⁸, opracowanym z uwagi na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na ChUK, a także wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogarszania jakości życia chorych oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób. Program ten jest narodową strategią kardiologiczną, której celami nadrzędnymi są:

- obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK,
- zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych,
- zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu,
- poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych.

Ochronę ubezpieczonych zagrożonych utratą zdolności do pracy, w tym z powodu chorób krążenia, także naczyniowych, gwarantuje w Polsce system ubezpieczeń społecznych. Katalog świadczeń przyznawanych i wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) obejmuje czasową, ale i długoterminową niezdolność do pracy. W 2024 r. w rejestrze zaświadczeń lekarskich zarejestrowano 27,4 mln zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 290 mln dni absencji chorobowej (z tytułu choroby własnej, opieki nad dzieckiem oraz opieki nad innym członkiem rodziny). Osobom ubezpieczonym w ZUS wystawiono ogółem 25,5 mln zaświadczeń lekarskich na liczbę 253,5 mln dni. Choroby układu krążenia odpowiadały za 4,4% ogółu tych dni. Biorąc pod uwagę liczbę dni absencji chorobowej z tytułu ww. chorób w 2024 r., można zaobserwować ponad dwa razy

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

¹⁸ Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 [poz. 1265].

wyższą absencją chorobową mężczyzn niż kobiet. Ponadto ZUS zarejestrował liczbę dni abstynencji chorobowej z tytułu chorób układu krążenia z podziałem na województwa. Najdłuższe absencje chorobowe w ww. zakresie charakteryzowały mieszkańcy woj. świętokrzyskiego i łódzkiego (powyżej 803 dni/1 tys. ubezpieczonych). Województwo zachodniopomorskie, wraz z 6 innymi, znalazło się w drugim przedziale pod względem liczby dni absencji z powodu chorób układu krążenia (601-650/1 tys. ubezpieczonych)¹⁹.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Choroby układu krążenia, w tym naczyń mózgowych, pozostają od wielu lat pierwszą przyczyną zgonów w populacji polskiej ogółem oraz zgonów przedwczesnych. Modyfikowanie czynników ryzyka (zwłaszcza związanych z wadliwym stylem życia) oraz dostępu do skutecznej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji stanowią podstawowe metody przeciwdziałania opisywanym zjawiskom. Schorzenia te wiążą się z wysokimi obciążeniami finansowymi dla całego budżetu. Największe obciążenie stanowi wysokość środków przeznaczanych na ograniczenie niepełnosprawności i zapobieganie utracie życia z powodu tych chorób i ich następstw, w związku z czym priorytetem powinno stać się wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych²⁰.

Jak wspomniano w opisie obecnego postępowania w omawianych problemach zdrowotnych, od 1 października 2022 r. obowiązuje Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie opieki koordynowanej w POZ, jednakże na terenie Gminy Czaplinek tylko jedna placówka POZ świadczy tego rodzaju usługi. Na terenie całego powiatu są tylko cztery podmioty lecznicze posiadające umowę w zakresie opieki koordynowanej kardiologicznej²¹. W związku z powyższym działania zaproponowane w Programie będą stanowiły uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w obszarze profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyń mózgowych wśród mieszkańców Gminy Czaplinek.

¹⁹ Absencja chorobowa w 2024 roku [<https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>].

²⁰ Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288:2 469–2475.

²¹ Koordynowana opieka zdrowotna, Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną [<https://koordynowana.nfz.gov.pl/>].

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.²²: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych: Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych, Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²³: cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości, cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032²⁴: cel nadrzędny 1: obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK, w tym obniżenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia do średnich wskaźników w UE;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁵: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.1. Edukacja zdrowotna w zakresie wpływu czynników ryzyka na zdrowie społeczeństwa.
5. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁶: rekomendacje dla województwa zachodniopomorskiego: Obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna, rekomendacja 2.1. Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 3.1-3.2. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu

²² Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” [RM-06111-193-21].

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.].

²⁴ Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r.... op. cit.

²⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb... op. cit.

życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa;

6. Wojewódzki Plan Transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego²⁷: Obszar Czynniki ryzyka i profilaktyka, Rekomendacja 2.1.3. Intensyfikacja działań profilaktycznych wśród mieszkańców powyżej 65 roku życia.

²⁷ Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego DZ. URZ. WOJ. 2024.6655, e-dziennik.szczecin.uw.gov.pl.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy wśród co najmniej 70% uczestników szkoleń skierowanych do osób z grup ryzyka w zakresie przeciwdziałania wystąpieniu zdarzenia mózgowo-naczyniowego oraz konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich.

2. Cel szczegółowy

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu, wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej co najmniej 70% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia udaru mózgu.
- 2) Zmniejszenie o 1% w okresie trwania całego programu, liczby udarów mózgu wśród osób z terenu realizacji PPZ.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. II. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, którzy wypełnili pre-test (Iloraz liczby uczestników z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby uczestników, którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób)
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. (Iloraz liczby przedstawicieli personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby przedstawicieli personelu medycznego którzy wzięli udział w szkoleniach skierowanych do tej grupy osób)
Szczegółowy 2	Odsetek wystąpienia udarów mózgu w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu (Iloraz liczby wszystkich udarów z terenu realizacji PPZ w przeciągu trwania programu w stosunku do liczby udarów przed wprowadzeniem realizacji programu)

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 165/2025 Prezesa AOTMiT z dnia 31 października 2025 r.²⁸, według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do programu personelu medycznego oraz osób w wieku powyżej 65 r. ż. z otyłością, przynależących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia udaru. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe oraz przewidywane trudności z wyłonieniem realizatora do programu nie włączono osób po przebytych udarach mózgu, a także nie zaplanowano testów wiedzy dla ogółu uczestników działań edukacyjnych (jedynie dla uczestników szkoleń).

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Czaplinek w wieku powyżej 65 r. ż., z otyłością, należących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia udaru mózgu (osoby uzależnione od tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz osoby, u których występują schorzenia podnoszące ryzyko wystąpienia udaru mózgu, takie jak m.in. cukrzyca, nadciśnienia tętnicze lub hipercholesterolemia). Gminę Czaplinek zamieszkuje ok. 1 tys. mężczyzn oraz ok. 1,36 tys. kobiet w wieku powyżej 65 r. ż. Zgodnie z najnowszymi dostępnymi danymi epidemiologicznymi, rozpowszechnienie otyłości ($BMI \geq 30$) dotyczy 19% mężczyzn oraz 18% kobiet w starszym wieku w populacji polskiej²⁹. W związku z powyższym populację docelową w wybranej grupie wiekowej, dotkniętą problemem otyłości, szacuje się na ok. 190 mężczyzn oraz ok. 245 kobiet – łącznie ok. 435 osób. Z uwagi na ograniczenia danych epidemiologicznych niemożliwym jest oszacowanie, jaki odsetek z tej populacji stanowią osoby z ww. grup wysokiego ryzyka wystąpienia udaru mózgu³⁰. Program,

²⁸ nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu [bip.aotm.gov.pl].

²⁹ Wojtyniak B., Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, Ministerstwo Zdrowia, s. 34.

³⁰ Dane GUS, Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].

w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie działaniami diagnostycznymi ok. 103 mieszkańców. Z kolei działania szkoleniowe dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu obejmą w całym okresie realizacji ok. 40 osób. W przypadku niedostatecznej zgłaszalności do programu osób z diagnozą otyłości, dopuszcza się włączenie do programu osób z diagnozą nadwagi, spełniających pozostałe kryteria kwalifikacji. Działania szkoleniowe dla kadry medycznej będą przeprowadzone dla wszystkich osób zaangażowanych w realizację programu, mających kontakt ze świadczeniobiorcami.

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

1) Szkolenie dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

- personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej

b) Kryteria wyłączenia:

- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w okresie poprzednich 2 lat
- wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim

2) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Czaplinek

b) Kryteria wyłączenia: brak

3) Lekarska wizyta diagnostyczna

a) Kryteria włączenia:

- wiek 65 lat i więcej
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Czaplinek
- otyłość wg wskaźnika BMI ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) i/lub wg pomiaru obwodu pasa (obwód talii $>80\text{cm}$ u kobiet i $> 94\text{cm}$ u mężczyzn)³¹
- przynależność do jednej z dwóch grup ryzyka:

³¹ W przypadku niedostatecznej zgłaszalności do programu osób z diagnozą otyłości, dopuszcza się włączenie do programu osób z diagnozą nadwagi wg wskaźnika BMI ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$), spełniających pozostałe kryteria kwalifikacji.

- osoby uzależnione od tytoniu i innych substancji psychoaktywnych
- osoby, u których występują schorzenia podnoszące ryzyko wystąpienia udaru mózgu (m.in. cukrzyca, nadciśnienia tętnicze lub hipercholesterolemia)

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni kardiologicznej lub neurologicznej

4) Szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru

a) Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów włączenia do lekarskiej wizyty diagnostycznej
- kwalifikacja podczas ww. wizyty do udziału w działaniach szkoleniowych

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni kardiologicznej lub neurologicznej

3. Planowane interwencje

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 165/2025 Prezesa AOTMiT z dnia 31 października 2025 r.³², według których w trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich, zdecydowano o włączeniu do Programu następujących działań: szkolenia dla personelu medycznego, działania informacyjno-edukacyjne, lekarskie wizyty diagnostyczne oraz szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru. Rehabilitacji poudarowej nie zaplanowano z uwagi na ograniczone zasoby finansowe oraz potencjalne trudności z wyłonieniem realizatora programu.

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Miejskim w Czaplunku (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia

³² Ibidem.

informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

Interwencje

3.1. Szkolenie dla personelu medycznego

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego ze sposobami zapobiegania udarom mózgu, a także ich diagnozowania, leczenia i późniejszej rehabilitacji,
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenie stacjonarne lub w formie e-learningu, wykład, materiały audiowizualne, telekonferencja),
- trwające min. 3 godziny edukacyjne (135 min),
- obejmujące m.in. następującą tematykę:
 - działania profilaktyczne dotyczące udarów mózgu,
 - proces diagnostyczny udarów mózgu (w tym podkreślenie faktu, że proces ten należy rozpocząć w momencie stwierdzenia przez specjalistę obecności ryzyka wystąpienia udaru,
 - zalecane przez rekomendacje rozwiązania ukierunkowane na zapobieganie udarom mózgu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kluczowe objawy sugerujące zbliżający się udar mózgu,
 - zasady skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z udarem mózgu przy uwzględnieniu obecnie dostępnych środków,
 - zasady transportu pacjenta z objawami udaru mózgu na wysokospecjalistyczny oddział leczenia udarów,
 - istota doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi, w szczególności z przebyłym udarem lub przemijającym atakiem niedokrwinnym,
 - wykorzystanie narzędzi określających ryzyko/ciężkość udaru mózgu np. SCORE, NIHSS, CHADS2,
 - potrzeba prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie chorobom naczyń mózgowych, w szczególności udarom mózgu (wraz z zachęcaniem personelu medycznego do informowania o tym pacjentów),

- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 4);

3.2. Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. profilaktyki chorób naczyń mózgowych, w tym m.in. na temat:
 - etiologii chorób naczyń mózgowych,
 - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna, zmiana diety, zaprzestanie palenia tytoniu oraz kontroli masy ciała i poziomu cukru we krwi,
 - potencjalnych czynników ryzyka występowania udaru mózgu,
 - najczęstszych objawów wystąpienia udaru mózgu (osłabienie mięśni twarzy, zaburzenia widzenia, osłabienie mięśni języka i gardła, nagły i uporczywy ból głowy, osłabienie siły mięśni i bezwładności kończyn),
 - skutków zdrowotnych związanych z wystąpieniem udaru mózgu,
- obejmujące podkreślenie istoty podjęcia natychmiastowych działań w momencie wystąpienia objawów udaru mózgu, w tym objawów mikroudarów,
- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Czaplinku, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, materiały udostępniane w ramach prowadzonych kampanii społecznych);

3.3. Lekarska wizyta diagnostyczna

- obejmująca przeprowadzenie wywiadu obejmującego wstępną identyfikację osób przynależących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru, poprzez:

- zastosowanie narzędzia do oszacowania ryzyka, takiego jak karta ryzyka SCORE lub indeks CHADS2,
- dokonanie oceny ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru, w oparciu o poszczególne czynniki ryzyka związane ze stylem życia, takie jak stosowana dieta, poziom dziennej aktywności fizycznej, masa ciała, spożycie alkoholu, palenie tytoniu, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej,
- obejmująca przeprowadzenie badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego, w tym: pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz pomiar masy ciała i wzrostu wraz z obliczeniem wskaźnika BMI,
- obejmująca zlecenie badań diagnostycznych pozwalających na identyfikację osób przynależących do grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych, w szczególności udaru, takich jak: badania krwi (morfologia, badanie glikemii, lipidogram), echokardiografia (EKG), test Holtera,
- realizowana z założeniem późniejszej analizy wyników badań pacjenta,
- realizowana z założeniem zakwalifikowania pacjenta do szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru – w przypadku kwalifikacji do takiej grupy na podstawie wywiadu oraz wyników badań diagnostycznych (telefoniczne poinformowanie pacjenta o konieczności odbioru wyników i przekazania ich lekarzowi POZ celem kontynuowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a także o zakwalifikowaniu do szkolenia – jeżeli dotyczy);

3. 4. Szkolenia dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru:

- mające na celu zapoznanie uczestników z czynnikami ryzyka wystąpienia udaru, formami profilaktyki przeciwudarowej, objawami udaru i miejscami pomocy w przypadku wystąpienia ww. jednostki chorobowej (w tym informacja na temat najbliższego ośrodka, w którym pacjent może otrzymać świadczenia z zakresu leczenia udaru mózgu),
- obejmujące następującą tematykę:
 - czynniki ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych,
 - zachęcanie uzależnionych od tytoniu do porzucenia lub ograniczenia nałogu, a także szkodliwości spożywania alkoholu,
 - formy profilaktyki przeciwudarowej (zmiana diety - ze szczególnym omówieniem diety śródziemnomorskiej, zwiększenie aktywności fizycznej -

- ze szczególnym omówieniem sposobów na ograniczenie siedzącego trybu życia oraz omówieniem ćwiczeń fizycznych, kontrola masy ciała i poziomu cukru we krwi, zaprzestanie palenia tytoniu, nauka sposobów radzenia sobie ze stresem),
- rozpoznawanie pierwszych objawów udaru mózgu oraz postępowanie w przypadku ich wykrycia,
 - sposoby wdrażania rodzinnej samoopieki nad pacjentami po przebytych udarze mózgu, w tym konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich w ww. zakresie,
- obejmujące 3 spotkania odbywające się z częstotliwością raz w tygodniu, trwające min. 60 minut, realizowane w grupach max. 15-osobowych,
 - obejmujące spotkania realizowane w czasie dostosowanym do potrzeb uczestników (np. w godzinach popołudniowych, po godzinach pracy),
 - obejmujące przekazanie uczestnikowi przed rozpoczęciem pierwszego spotkania pre-testu badającego poziom wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz postępowania w sytuacji zagrożenia wystąpienia udaru mózgu oraz post-testu po ostatnim spotkaniu (test wiedzy opracowany przez realizatora, uwzględniający min. 10 pytań zamkniętych, wzór – załącznik 5).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania pacjentom należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 3).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 165/2025 z dnia 31 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu³³.

³³ Ibidem.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które nie kwalifikują się do realizacji wizyty diagnostycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach edukacyjnych,
- w przypadku osób, u których podczas wizyty diagnostycznej nie zostanie potwierdzona przynależność do jednej z grup ryzyka, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem tej wizyty (uczestnik otrzymuje materiały dotyczące profilaktyki chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu),
- w przypadku osób, skierowanych na szkolenie dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru, udział w PPZ kończy się po wypełnieniu post-testu,
- w przypadku osób biorących udział w rehabilitacji poudarowej, udział w PPZ kończy się po pomiarze sprawności funkcjonalnej wykonanym na końcu tej interwencji,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (II kwartał 2026);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie programu przez Wojewodę Zachodniopomorskiego (II kwartał 2026)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (II-III kwartał 2026);

- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (II-III kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (II-III kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2029);
 - realizacja szkoleń dla personelu,
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja lekarskich wizyt diagnostycznych,
 - realizacja szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru,
 - bieżący monitoring;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2029);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2029);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2030).

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Miejski w Czaplinku. Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności leczniczej, wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2026 poz. 156],
- zapewnienie realizacji szkoleń personelu medycznego przez lekarza (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie neurologii), posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce udaru mózgu („ekspert”), który będzie w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-

edukacyjnych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),

- zapewnienie realizacji lekarskich wizyt diagnostycznych przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce udaru mózgu lub lekarza po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego,
- zapewnienie realizacji szkoleń dla osób z grupy ryzyka wystąpienia udaru przez lekarza, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań szkoleniowych (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- spełnianie wymogów lokalowych i sprzętowych zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy – zapewnienie wyposażenia i warunków lokalowych adekwatnych do planowanych działań,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). W załącznikach do PPZ przedstawiono wzory ww. dokumentów – mogą być one modyfikowane wyłącznie w sposób pozwalający na pozyskanie wszystkich informacji niezbędnych dla monitorowania i ewaluacji PPZ. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie także zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, na podstawie przepisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Ponadto, realizator będzie zobowiązany do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

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

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu (coroczna i końcowa) prowadzona poprzez analizę następujących mierników efektywności:

- odsetek osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, u których w postępie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, którzy wypełnili pre-test
- odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w postępie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- odsetek wystąpienia udarów mózgu w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu

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

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli III przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w programie. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

Tab. III. Koszty jednostkowe interwencji w programie

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1 500,00
Działania informacyjno-edukacyjne	2 100,00
Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	250,00
Badania diagnostyczne, w tym:	550,00
- badania krwi (morfologia, badanie glikemii, lipidogram)	50,00
- echokardiografia (UKG)	250,00
- EKG	50,00
- test Holtera	200,00
Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu (udział 1 osoby w cyklu 3 spotkań w grupie max. 15-osobowej, koszt/osobę)	150,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. IV. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1	działanie	1 500,00	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	działanie	2 100,00	2 100,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	103	osoba	250,00	25 750,00
4. Badania diagnostyczne	103	osoba	550,00	56 650,00
5. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu	40	osoba	150,00	6 000,00
Koszty Programu				92 000,00

Tab. V. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1	1 500,00	1 500,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	1 200,00	1 200,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	16	250,00	4 000,00
4. Badania diagnostyczne	16	550,00	8 800,00
5. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu	10	150,00	1 500,00
Razem w roku 2026			17 000,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	300,00	300,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	29	250,00	7 250,00
4. Badania diagnostyczne	29	550,00	15 950,00
5. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu	10	150,00	1 500,00
Razem w roku 2027			25 000,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	300,00	300,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	29	250,00	7 250,00
4. Badania diagnostyczne	29	550,00	15 950,00
5. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu	10	150,00	1 500,00
Razem w roku 2028			25 000,00
2. Działania informacyjno-edukacyjne	1	300,00	300,00
3. Lekarska wizyta diagnostyczna (wraz z analizą wyników badań)	29	250,00	7 250,00
4. Badania diagnostyczne	29	550,00	15 950,00
5. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu	10	150,00	1 500,00
Razem w roku 2029			25 000,00
Razem w latach 2026-2029			92 000,00

Program zakłada również realizację ewaluacji i bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Miejskiego w Czaplinku. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 92 000 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Czaplinek, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Czaplinek. Gmina w latach 2027-2029 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia:

1. Absencja chorobowa w 2024 roku [<https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>].
2. BASiW, Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [<https://basiw.mz.gov.pl/>].
3. Bodenheimer T., Loring K., Holman H. i wsp. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288:2 469–2475.
4. Cipora E., Niemiec M., Ściborowicz A., Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji osób starszych po udarze mózgu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2022, Tom 28, Nr 1, 28–32.
5. Czap AL, Sheth SA. Overview of imaging modalities in stroke. *Neurology*. 2021; 97(20 Suppl 2): S42–S51.
6. Dane GUS, Bank Danych Lokalnych [bdl.stat.gov.pl].
7. Gać P, Poręba M, Poręba R. Środowisko jako czynnik etiopatogenetyczny udarów mózgu. W:
8. Gibas K., Choroby naczyniowe mózgu, W: Fizjoterapia i leczenie w wybranych jednostkach chorobowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego: rozważania teoretyczne i zalecenia praktyczne. Brzęk Anna, Krzystanek Ewa, Siuda Joanna (red.), 2022, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, pp.15-22
9. Global Stroke Fact Sheet 2022, WHO [www.world-stroke.org].
10. Koordynowana opieka zdrowotna, Przychodnie POZ realizujące opiekę koordynowaną [<https://koordynowana.nfz.gov.pl/>].
11. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 Tom I. Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>].
12. NFZ o zdrowiu, Udar niedokrwienny mózgu, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa, październik 2023.
13. Obwieszczenie Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji dla obszaru województwa zachodniopomorskiego DZ. URZ. WOJ. 2024.6655, e-dziennik.szczecin.uw.gov.pl.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
15. Podemski R. i wsp. Wytyczne postępowania w udarze mózgu. *Pol. Prz. Neurol.* 2019; 15 (supl. A): A1–A156.
16. Potter TBH, Tannous J, Vahidy FS. A Contemporary Review of Epidemiology, Risk Factors, Etiology, and Outcomes of Premature Stroke. *Curr Atheroscler Rep.* 2022 Dec;24(12):939-948.
17. Rekomendacja nr 8/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących chorób naczyń mózgowych z uwzględnieniem udaru mózgu [bip.aotm.gov.pl].
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. Dz.U. 2023 poz. 870 ze zm.].
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz. U. z 2021 r., poz. 642 ze zm.].
22. Stroke, Cerebrovascular accident, Worl Health Organization, Eastern Mediterranean Region [www.emro.who.int].
23. Uchwała nr 247 Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 [poz. 1265].
24. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
25. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.)
26. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.)
27. Wojtyniak B., Goryński P. (red.) Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, Ministerstwo Zdrowia, s. 34.
28. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 124/2022/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
29. Zdrowie środowiskowe z elementami medycyny środowiskowej. (red.) Pawlas K, Gać P, Pawlas N. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2024, s. 370–388.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. Kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić:

- 1) zgodę na udział w Programie oraz na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie,
- 2) zgodę na wykorzystywanie numeru PESEL w ocenie efektów PPZ,
- 3) zgodę na przetwarzanie danych osobowych, celem uczestnictwa w Programie.

_____ (data i podpis uczestnika Programu)

III. Lekarska wizyta diagnostyczna

Data	Skierowanie na badania diagnostyczne
	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Niniejszym zaświadczam, że pacjent jest osobą z nadwagą/otyłością i należy do następującej grupy/następujących grup podwyższonego ryzyka wystąpienia udaru mózgu:

- osoby uzależnione od tytoniu i innych substancji psychoaktywnych
- osoby, u których występują schorzenia podnoszące ryzyko wystąpienia udaru mózgu (m.in. cukrzyca, nadciśnienia tętnicze lub hipercholesterolemia)

Niniejszym zaświadczam, że na podstawie wywiadu oraz wyników badań diagnostycznych

- pacjenta zakwalifikowano do udziału w szkoleniu dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu
- pacjent kończy udział w programie z uwagi na brak kwalifikacji do grupy wysokiego ryzyka udaru mózgu
- pacjent kończy udział w programie z uwagi na konieczność podjęcia leczenia poza programem, przeciwwskazania zdrowotne do udziału w szkoleniu dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu lub z innego powodu (jakiego?

_____ (data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

IV. Szkolenie dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu

Daty spotkań	Informacja dla celów ewaluacji
1. _____	1) Test wiedzy: Wynik pre-testu: _____
2. _____	Wynik post-testu: _____
3. _____	Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-tescie (ponad 75 % poprawnych odpowiedzi): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

_____ (data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika Programu

Załącznik 2

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” (wzór)**I. Dane Realizatora**

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od ____ do ____)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie diagnostycznej	
Liczba osób uczestniczących w szkoleniu dla osób z grup wysokiego ryzyka	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Skrócony opis wyników ankiet satysfakcji*	
Ewaluacja*	
Odsetek osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z grupy ryzyka biorących udział w szkoleniu, którzy wypełnili pre-test	
Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% prawidłowych odpowiedzi), względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

_____, dnia _____

(miejsowość)

(data)

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Test wiedzy dla personelu medycznego - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czapiinek na lata 2026-2029” (wzór)

1. Które badanie obrazowe jest podstawowym narzędziem diagnostycznym w przypadku podejrzenia udaru mózgu?
 - a) Rezonans magnetyczny głowy
 - b) Tomografia komputerowa głowy
 - c) Ultrasonografia tętnic szyjnych
 - d) Elektroencefalografia (EEG)
2. Jaki jest najczęstszy typ udaru mózgu?
 - a) Udar krwotoczny
 - b) Udar niedokrwienny
 - c) Udar żylny
 - d) Udar podpajęczynówkowy
3. W jakim czasie od wystąpienia objawów można wdrożyć leczenie trombolityczne (rt-PA) u pacjentów z udarem niedokrwiennym?
 - a) Do 1 godziny
 - b) Do 3 godzin
 - c) Do 4,5 godziny
 - d) Do 12 godzin
4. Które z poniższych objawów są charakterystyczne dla udaru mózgu?
 - a) Nagłe osłabienie lub niedowład jednej połowy ciała
 - b) Stopniowe pogarszanie się pamięci
 - c) Ból głowy nasilający się przez kilka dni
 - d) Gorączka i dreszcze
5. Jakie postępowanie jest najważniejsze u pacjenta z podejrzeniem ostrego udaru mózgu?
 - a) Podanie leków przeciwpadaczkowych
 - b) Monitorowanie poziomu glukozy
 - c) Pilne skierowanie na badanie obrazowe i transport do oddziału udarowego
 - d) Zastosowanie antybiotykoterapii
6. Która skala jest najczęściej stosowana do oceny nasilenia objawów udaru mózgu?
 - a) Skala Glasgow (GCS)
 - b) Skala ABCD2
 - c) Skala NIHSS
 - d) Skala Apgar
7. Która metoda leczenia stosowana jest w przypadku niedrożności dużej tętnicy mózgowej u pacjentów z udarem niedokrwiennym?
 - a) Leczenie przeciwpadaczkowe
 - b) Leczenie antybiotykami
 - c) Trombektomia mechaniczna
 - d) Podanie sterydów

8. W przypadku podejrzenia udaru mózgu, w jaki sposób można szybko ocenić stan pacjenta w warunkach przedszpitalnych?
- a) Testem FAST (Face, Arm, Speech, Time)
 - b) Pomiarem temperatury ciała
 - c) Próba Valsalvy
 - d) Skalą Apgar
9. Który z poniższych parametrów w badaniu obrazowym może sugerować świeży udar niedokrwienny w tomografii komputerowej (TK) głowy?
- a) Hiperdensyjny sygnał tętnicy środkowej mózgu
 - b) Zanik zakrętów mózgowych i powiększenie komór bocznych
 - c) Wzmoczona densyjność istoty białej w płatach czołowych
 - d) Rozległe obszary hiperdensyjne w istocie białej i szarej
10. W przypadku udaru niedokrwiennego w obszarze unaczynienia tętnicy podstawnej, który z poniższych objawów neurologicznych jest najbardziej charakterystyczny?
- a) Monokularna utrata widzenia
 - b) Afazja Broki
 - c) Zawroty głowy, dyzartria i podwójne widzenie
 - d) Hemianopsja jednoimienna

Test wiedzy dla uczestnika szkolenia dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu w programie pn. „Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych w Gminie Czaplinek na lata 2026-2029” (wzór)

1. Który z poniższych czynników ryzyka udaru mózgu jest niemodyfikowalny?
 - a) Nadciśnienie tętnicze
 - b) Palenie tytoniu
 - c) Wiek
 - d) Cukrzyca
2. Które z poniższych objawów są charakterystyczne dla udaru mózgu?
 - a) Nagłe osłabienie lub niedowład jednej połowy ciała
 - b) Stopniowe pogarszanie się pamięci
 - c) Ból głowy nasilający się przez kilka dni
 - d) Gorączka i dreszcze
3. Które z poniższych działań zalicza się do profilaktyki pierwotnej udaru mózgu?
 - a) Stosowanie leków przeciwzakrzepowych u każdego pacjenta
 - b) Utrzymywanie prawidłowego ciśnienia tętniczego i rzucenie palenia
 - c) Codzienne spożywanie aspiryny niezależnie od stanu zdrowia
 - d) Stosowanie diety wysokotłuszczowej
4. Jak można w prosty sposób sprawdzić, czy ktoś może mieć udar?
 - a) Poprosić, aby napił się wody
 - b) Wykonać test FAST (Face – twarz, Arm – ręka, Speech – mowa, Time – czas)
 - c) Sprawdzić temperaturę ciała
 - d) Położyć pacjenta w pozycji poziomej i poczekać
5. Które z poniższych działań pomaga w profilaktyce udaru mózgu?
 - a) Codzienne spożywanie tłustych potraw
 - b) Regularna aktywność fizyczna i kontrola ciśnienia krwi
 - c) Picie alkoholu w dużych ilościach
 - d) Pomijanie śniadań i spożywanie dużej ilości soli
6. Który z poniższych objawów może być sygnałem przemijającego ataku niedokrwienego (TIA), będącego ostrzeżeniem przed udarem?
 - a) Nagłe, krótkotrwałe drętwienie lub osłabienie jednej strony ciała
 - b) Stopniowe pogarszanie się pamięci i koncentracji
 - c) Przewlekłe bóle głowy trwające kilka miesięcy
 - d) Nawracające zawroty głowy, ale bez nagłych objawów
7. Które z poniższych działań należy podjąć, jeśli osoba po przebytym udarze ma problemy z połykaniem (dysfagią)?
 - a) Zachęcać do szybkiego spożywania posiłków, by uniknąć niedożywienia
 - b) Podawać tylko płyny, aby ułatwić przelknięcie
 - c) Skonsultować się ze specjalistą i w razie potrzeby zastosować zgłębnik do karmienia
 - d) Unikać wizyty u lekarza, ponieważ problemy z połykaniem często mijają samoistnie

8. Jakie wartości ciśnienia tętniczego krwi są uważane za graniczne dla zwiększonego ryzyka udaru mózgu?
- a) Poniżej 110/70 mmHg
 - b) 120/80 mmHg
 - c) Powyżej 140/90 mmHg
 - d) Tylko powyżej 200/100 mmHg
9. Dlaczego osoby z migotaniem przedsionków są bardziej narażone na udar mózgu?
- a) Ponieważ migotanie przedsionków prowadzi do nagłych spadków ciśnienia tętniczego
 - b) Ponieważ nieodpowiednio leczone migotanie przedsionków może powodować powstawanie skrzeplin w sercu, które mogą przemieszczać się do mózgu
 - c) Ponieważ powoduje zwiększony przepływ krwi w tętnicach mózgowych
 - d) Ponieważ osoby z migotaniem przedsionków mają zazwyczaj wyższy poziom cholesterolu
10. Które z poniższych zdań dotyczących udaru krwotocznego jest prawdziwe?
- a) Jest znacznie częstszy niż udar niedokrwienny
 - b) Może być spowodowany pęknięciem tętniaka lub niekontrolowanym nadciśnieniem
 - c) Nie wymaga pilnej interwencji lekarskiej
 - d) Objawia się wyłącznie stopniowo narastającym bólem głowy

UZASADNIENIE

W latach 2020–2025 Gmina Czaplinek realizowała program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców Gminy Czaplinek w wieku 65 lat i więcej”, w ramach którego corocznie szczepiono średnio około 250 mieszkańców. Program ten stanowił istotny element działań profilaktycznych gminy, ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia seniorów.

Z dniem 1 lipca 2025 r. szczepienia przeciw grypie dla osób w wieku 65+ zostały objęte pełną refundacją w ramach rozwiązań ogólnokrajowych, finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym dalsza realizacja programu gminnego w dotychczasowej formie stała się niezasadna, gdyż świadczenie zostało zapewnione mieszkańcom w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia.

Mając na uwadze konieczność kontynuowania działań profilaktycznych w obszarach odpowiadających aktualnym potrzebom zdrowotnym mieszkańców, zaproponowano wdrożenie Programu polityki zdrowotnej w zakresie chorób naczyń mózgowych na lata 2026–2029. Choroby te, w tym udary mózgu, stanowią istotny problem zdrowia publicznego i należą do najczęstszych przyczyn hospitalizacji, zgonów oraz trwałej niepełnosprawności, szczególnie wśród osób starszych. Program umożliwi zwiększenie dostępności do wczesnego wykrywania czynników ryzyka, działań edukacyjnych oraz profilaktycznych, co może przyczynić się do ograniczenia zachorowań i kosztów leczenia następstw tych schorzeń.

Program w zakresie chorób naczyń mózgowych wydaje się obecnie najkorzystniejszym rozwiązaniem zarówno z punktu widzenia ochrony zdrowia mieszkańców, jak i efektywności działań profilaktycznych. Zakres programu pozwala objąć wsparciem zarówno kobiety, jak i mężczyzn po 65 roku życia (zgodność z aktualną Mapą Potrzeb Zdrowotnych oraz Wojewódzkim Planem Transformacji), co umożliwi dotarcie do szerokiej grupy mieszkańców szczególnie narażonych na występowanie schorzeń układu krążenia i chorób naczyń mózgowych. Program posiada również pozytywną opinię i rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), co potwierdza zasadność planowanych działań.

Realizacja programu wpisuje się również w rozwój systemu ochrony zdrowia, w szczególności w rozwiązania wynikające z opieki koordynowanej (tzn. wiele możliwości diagnostycznych i leczenie najczęstszych chorób przewlekłych już u swojego lekarza rodzinnego. Lekarz może zlecić pacjentom badania, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), umożliwiającej pacjentom dostęp do poszerzonej diagnostyki i terapii, m.in. w zakresie schorzeń kardiologicznych, bezpośrednio powiązanych z profilaktyką chorób naczyń mózgowych.

Przyjęte założenia finansowe przewidują realizację programu w roku 2026 w wysokości 17 000 zł, natomiast w latach 2027–2029 w wysokości 25 000 zł rocznie, co stanowi rozwiązanie racjonalne i zapewnia możliwość prowadzenia działań profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych.

W ramach realizacji programu, w poszczególnych latach jego realizacji, w 2026 r. wizytą lekarską, badaniami diagnostycznymi oraz analizą wyników badań zostanie objętych 16 osób, natomiast w kolejnych latach – 29 osób. Ze względu na ograniczone środki finansowe szkolenie dla osób z grupy wysokiego ryzyka udaru mózgu będzie realizowane corocznie dla 10 osób.

Jednocześnie zakłada się możliwość ubiegania się o dofinansowanie kosztów realizacji programu przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W związku z powyższym podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej na lata 2026–2029 jest zasadne i w pełni uzasadnione.

Sporządziła: Joanna Kucharska



