

Projekt

z dnia 2 grudnia 2025 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W POŁAŃCU**

z dnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii wśród mieszkańców Miasta i Gminy Połaniec w 2026 roku

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.¹⁾) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.²⁾) Rada Miejska w Połancu uchwala, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii wśród mieszkańców Miasta i Gminy Połaniec w 2026 roku”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

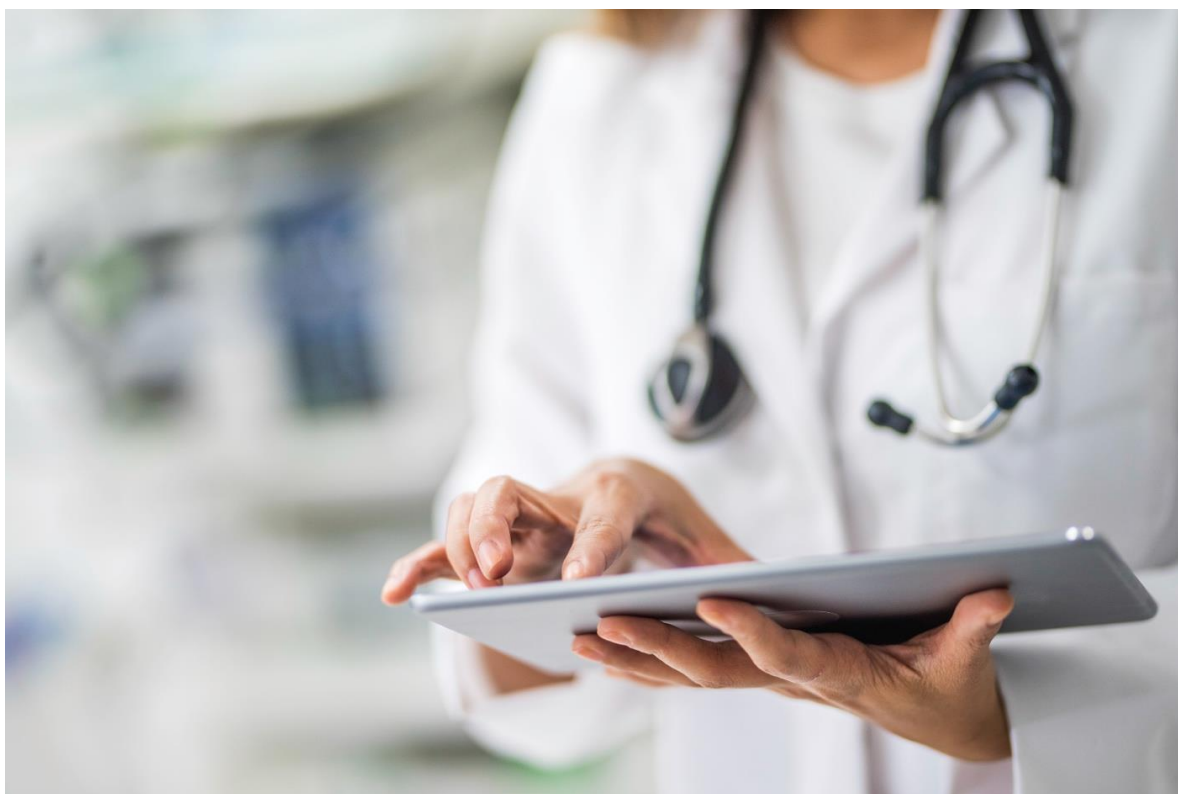
Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Połaniec.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

¹⁾ Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, poz. 1537, poz. 1537

²⁾ Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 1688, z 2025 r. poz. 1436



**Profilaktyka chorób układu sercowo - naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii
wśród mieszkańców
Miasta i Gminy Połaniec w 2026 roku**

Program zgodny z Rekomendacją Nr15/2020 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opis problemu zdrowotnego oraz dane epidemiologiczne

1. Choroby układu sercowo-naczyniowego

Zadaniem układu sercowo-naczyniowego, jest dostarczanie krwi do tkanek w ilości odpowiedniej do ich zapotrzebowania metabolicznego. Układ funkcjonuje poprawnie, gdy pompa sercowa ma odpowiednio dużą pojemność minutową, a w tętnicach panuje odpowiednio wysokie ciśnienie wymuszające przepływ krwi od serca do tkanek (Szczeklik 2017).

Czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego podlegającymi modyfikacji są: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu LDL w osoczu, małe stężenie cholesterolu HDL w osoczu, zwiększone stężenie triglicerydów w osoczu, stan przedcukrzycowy, nadwaga lub otyłość. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego niepodlegającymi modyfikacji są natomiast: wiek, płeć i wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy (Szczeklik 2017).

W celu oszacowania 10-letniego ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego zakończonego zgonem u osób bez objawów chorobowych stosuje się kartę ryzyka SCORE. Narzędzie to jest przystosowane do populacji polskiej i uwzględnia m.in. takie parametry jak płeć, wiek, ciśnienie tętnicze skurczowe, stężenie cholesterolu całkowitego i palenie tytoniu (Szczeklik 2017).

Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych obejmuje strategię populacyjną oraz strategię dużego ryzyka, w tym profilaktykę wtórną. Strategia populacyjna polega na redukcji wpływu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia poprzez: edukację całego społeczeństwa, tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepalenie tytoniu i zdrowe odżywianie się. Strategia dużego ryzyka natomiast dotyczy populacji osób obciążonych większym ryzykiem ChSN niż „średnie” – zgodnie z kartą ryzyka SCORE (Szczeklik 2017).

W roku 2013 w Polsce z powodu chorób sercowo-naczyniowych zmarło łącznie 177 433 osoby, co stanowiło 45,8% wszystkich zgonów i zarazem najczęstszą ich przyczynę. W grupie tej jako bezpośrednią przyczynę zgonów najczęściej wskazywano chorobę niedokrwinną serca (23%), niewydolność serca (22%), miażdżycę (20%) oraz choroby naczyń mózgowych (19%) (MPZ 2018).

Choroba niedokrwienność serca

Według danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), w 2017 r. w Polsce na chorobę niedokrwinną serca (ChNS) chorowało 1,6 mln osób (4,2% populacji) (NFZ 2019). Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Choroba niedokrwienność serca” w roku 2016 wyniosła 215,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 560,1 (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny spadek liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 5%. W roku 2011 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca na poziomie 46 344 zgonów (GUS 2020).

Miażdżycy tętnic

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „miażdżycy tętnic” w roku 2016 wyniosła 107,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 280,9. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018). Chorobowość rejestrowaną na miażdżycę tętnic oszacowano na dzień 31.12.2016 r. Liczbę chorych w analizowanej jednostce chorobowej oszacowano na 772,4 tys. osób (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny wzrost liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 6%. W roku 2014 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu chorób niedokrwienych serca na poziomie 35 553 zgonów (GUS 2020).

Niewydolność serca

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 139,9 tys. rozpoznań z grupy „Niewydolność serca”. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 364,1. Przy czym zapadalność ta jest wyższa w populacji kobiet niż u mężczyzn. Szczyt zapadalności na ww. chorobę przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018).

Zgodnie z danymi przedstawionymi w raporcie NFZ, chorobowość rejestrowana dla niewydolności serca wyniosła w 2019 r. 1,39 mln osób. Liczba ta utrzymywała się na zbliżonym poziomie w latach 2014–2019 (NFZ 2019).

Kardiomiopatie

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Kardiomiopatie” w roku 2016 w Polsce wyniosła 19,1 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 49,6. Zapadalność rejestrowana na tę grupę chorób na 100 tys. mieszkańców jest wyższa w populacji mężczyzn niż u kobiet. Szczyt zapadalności na ww. problem zdrowotny przypada na grupę wiekową 65+ (MZ 2018).

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano chorobowość rejestrowaną na kardiomiopatie. Liczba chorych w analizowanej podgrupie w Polsce wyniosła 143,1 tys. (MZ 2018).

Zawał serca

Zgodnie z raportem NFZ w 2019 r. odnotowano łącznie 78,6 tys. przypadków zawałów u 76,4 tys. osób. Blisko 64% pacjentów stanowili mężczyźni (NFZ 2019). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH opublikował raport dotyczący sytuacji zdrowotnej w Polsce, w którym to przedstawiono liczbę zgonów na 100 tys. osób w latach 2015-2016 z powodu zawału serca, z uwzględnieniem płci. Liczba zgonów wśród mężczyzn na ww. choroby jest wyższa w stosunku do kobiet o 39% (2015 rok). Natomiast między latami 2015 a 2016 umieralność z powodu zawałów serca zmalała o 9% (PZH 2018).

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze (NT) to choroba przewlekła, charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości $\geq 140/90$ mm Hg. Nadciśnienie tętnicze

należy do głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia (ChUK lub CVD, ang. cardiovascular disease), które według WHO stanowią najczęstszą przyczynę zgonów na całym świecie (PTNT 2019).

Nadciśnienie tętnicze można podzielić na dwie grupy: nadciśnienie pierwotne i wtórne. Ponad 90% przypadków NT stanowi nadciśnienie pierwotne, które spowodowane jest czynnikami środowiskowymi i genetycznymi (o niejasnej przyczynie). Do pozostałych przypadków NT należy nadciśnienie wtórne, w którym przyczyną występowania są choroby współistniejące takie jak: choroby nerek, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, koarktacja aorty, stan przedrzucawkowy lub rzucawkowy, ostry stres, zespół obturacyjnego bezdechu sennego, zwiększona objętość płynu wewnątrznaczyniowego, choroby układu nerwowego, leki i substancje toksyczne (Szczeklik 2018).

Pierwotne NT w większości przypadków przebiega bezobjawowo przez pierwszych kilka lat. Objawy, które najczęściej zgłaszane są przez pacjentów to: bóle głowy, zaburzenia snu, szybkie i łatwe męczenie się, krwawienie z nosa, szumy w uszach, zaburzenia widzenia. W ciężkich przypadkach NT mogą występować nudności, wymioty, niepokój, ból w klatce piersiowej, drżenie mięśni i dezorientacja (WHO 2019).

W diagnostyce nadciśnienia tętniczego stosuje się pośredni pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Rozpoznanie NT dokonuje się na podstawie pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch osobnych wizyt (PTNT 2019).

Leczenie NT opiera się na modyfikacji stylu życia w połączeniu z farmakoterapią hipotensyjną. Wybór terapii zależy od wieku pacjenta, wysokości ciśnienia tętniczego, rodzaju powikłań narządowych i chorób współistniejących (Szczeklik 2018). Terapia przeciwnadciśnieniowa polega na obniżeniu ciśnienia tętniczego do wartości docelowych, mieszczących się w prawidłowym przedziale SCT i RCT (ESC/ESH 2018).

Nadciśnienie tętnicze może prowadzić do rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (ChSN), w szczególności u pacjentów nieleczonych. Rozwój ChSN np. przerost lewej komory serca, niewydolność serca, miażdżyca naczyń, rozwarstwienie naczyń wiąże się z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Każde, nawet niewielkie obniżenie ciśnienia tętniczego jest korzystne i pożądane w leczeniu NT, ponieważ zmniejsza to ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, powikłań nerkowych i zgonu (Szczeklik 2018).

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 567 tys. rozpoznań z grupy – nadciśnienie tętnicze. Współczynnik zapadalności rejestrowanej wynosił 1 475,2/100 tys. (MZ 2018).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na nadciśnienie tętnicze jest wyższa w populacji mężczyzn niż kobiet we wszystkich województwach. Najwyższą wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej obserwuje się obecnie w województwie śląskim na poziomie 1 720/100 tys. osób wśród mężczyzn oraz ok. 1 600/100 tys. osób wśród kobiet. Ponadto wskaźnik ten jest zróżnicowany w określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 54 - 64 r. ż. W grupie mężczyzn jest to 2801,2/100 tys., a w przypadku kobiet 2 652,8/100 tys. Najmniejszą zapadalność na nadciśnienie odnotowuje się u osób w wieku poniżej 18 r. ż. zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, odpowiednio 165,4/100 tys. oraz 117,5/100 tys. (MPZ 2018).

W 2018 roku dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia wykazały, że 31,5% osób w Polsce powyżej 17 r. ż. choruje na nadciśnienie tętnicze (9,9 mln osób). Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawia także następstwa chorobowe z powodu nadciśnienia tętniczego wśród osób dorosłych. W 2018 roku liczba osób z nadciśnieniem, które zapadały na chorobę niedokrwienną serca ukształtowała się na poziomie 1 279,7 tys. przypadków (NFZ 2019).

W 2016 roku najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu nadciśnienia odnotowano w województwach: łódzkim (ok. 260/100 tys.), lubelskim, świętokrzyskim (ok. 250/100 tys.), opolskim i śląskim (ok. 220/100 tys.). Natomiast najniższy wskaźnik hospitalizacji w powodu nadciśnienia zarejestrowano w województwie pomorskim (ok. 100/100 tys.) (MPZ 2018).

W 2016 roku przeprowadzono analizę, mającą na celu weryfikację liczby hospitalizowanych pacjentów z powodu choroby nadciśnieniowej według oddziałów szpitalnych. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzował się oddział chorób wewnętrznych. Względem wszystkich oddziałów ich udział wyniósł 57,2% wszystkich hospitalizacji (NFZ 2019).

Główny Urząd Statystyczny przedstawia liczbę zgonów wśród Polaków z powodu nadciśnienia tętniczego. Między latami 2010-2014 odnotowano spadek liczby zgonów o 37%. Od roku 2015 zaś nastąpił wzrost liczby zgonów (o 44%), podczas gdy w roku 2018 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej na poziomie 7937 zgonów (GUS 2020).

Hipercholesterolemia

Hipercholesterolemia jest to podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi powyżej 190 mg/dl (5,0 mmol/l). Wyróżnia się hipercholesterolemię pierwotną oraz wtórną. Hipercholesterolemia pierwotna jest spowodowana mutacją jednego bądź wielu genów receptora LDL (hipercholesterolemia rodzinna ang. familial hypercholesterolaemia FH, hipercholesterolemia wielogenowa), która czyni ten receptor nieaktywnym. Efektem inaktywacji receptora LDL jest wzrost stężenia cholesterolu frakcji LDL w osoczu krwi. Hipercholesterolemia wtórna jest efektem stosowania leków lub objawem innych chorób.

W tej postaci hipercholesterolemii zwykle pierwszym objawem jest incydent sercowy bądź zdarzenie mózgowe (Arent-Piotrowska 2018).

Badanie w kierunku dyslipidemii zaleca się u: osób z klinicznymi objawami ChSN, osób z blaszkami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych i/lub szyjnych, chorych na cukrzycę, przewlekłą chorobę nerek, nadciśnienie tętnicze, otyłość, przewlekłe autoimmunologiczne choroby zapalne, potomków osób z ciężką dyslipidemią oraz członków rodzin osób z przedwczesną ChSN. Rozpoznanie kliniczne hipercholesterolemii przeważnie ustala się na podstawie lipidogramu oraz w przypadku FH danych z wywiadu. Dokładne określenie mutacji odpowiedzialnej za FH wymaga wykonania badań genetycznych, ale nie wpływa na postępowanie z chorym (Szczeklik 2017).

Podstawowym celem prewencji chorób sercowo-naczyniowych jest obniżenie stężenia frakcji cholesterolu LDL. Do osiągnięcia powyższego celu wymagana jest zmiana stylu życia, a wraz ze wzrostem ryzyka wskazane jest zastosowanie farmakoterapii (Szczeklik 2017). Nie jest możliwe całkowite wyleczenie hipercholesterolemii i zakończenie leczenia. Dalszą profilaktykę polegającą na regularnych wizytach kontrolnych oraz stosowaniu się do zaleceń lekarskich, prowadzi się przez całe życie (Wojakowski 2014).

Na podstawie analizy pacjentów z duńskiego rejestru szacuje się częstość występowania FH na poziomie 1:250 w populacji ogólnej. W przypadku polskiej populacji jest to ok. 190 000 przypadków. Większość z nich pozostaje nierozpoznana i nieleczona (ponad 99%) (MZ 2018).

Według badania WOBASZ w Polsce hipercholesterolemię stwierdzono u 67% mężczyzn i 64% kobiet, a ciężką hipercholesterolemię odpowiednio u 2% i 3% z nich. Stężenie LDL-C $\geq 3,0$ mmol/l występuje u 57,8% dorosłych Polaków, w tym u 58,3% mężczyzn i 57,3% kobiet. Częstość występowania rodzinnej hipercholesterolemii homozygotycznej to 1/mln, rodzinnej hipercholesterolemii heterozygotycznej – 1/500-700, rodzinnego defektu apolipoproteiny B100 – 1/700-1000, hipercholesterolemii wielogenowej – 1/10-20 osób (w zależności od wieku). Szacuje się, że w Polsce hipercholesterolemia heterogeniczna może dotyczyć ponad 80 tysięcy osób (AOTMiT 2016).

W listopadzie 2018 roku wprowadzono program lekowy „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej (ICD-10 E78.01)”. Dostępne dane Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące pacjentów zakwalifikowanych do ww. programu lekowego, przedstawiają liczbę pacjentów z 2019 roku (85 osób). Płcią dominującą w tym przypadku są kobiety (49 osób). Na podstawie danych NFZ wskazano, iż szczyt zachorowalności przypada na wiek 54-64 lata w przypadku kobiet, natomiast dla mężczyzn jest to wiek 44-53 lat. Województwem z największą liczbą osób uczestniczących w ww. programie lekowym jest województwo pomorskie (na poziomie 169 osób). Najniższą zaś liczbę pacjentów odnotowano w województwie kujawsko - pomorskim (5 osób) (NFZ 2020).

2. Dane epidemiologiczne

Ranking problemów zdrowotnych zależności od wartości bezwzględnej DALY (lata życia skorygowane „niepełnosprawnością” – służy do pomiaru obciążenia danej populacji) dla Polski w 2019 r.

- ChNS 3,8 tys./100 tys. ludności
- Udar 2,1 tys./100 tys. ludności

Istotne przyczyny zgonów w Polsce:

szczegółowa analiza problemów zdrowotnych wykazała, że w przeciągu 20 lat powodowały je przede wszystkim choroby układu krążenia (kobiety 45% zgonów, mężczyźni 30% zgonów)

- ChNS
- udar
- kardiomiopatie i zapalenia mięśnia sercowego

ChNS od lat stanowi w Polsce największy problem zdrowotny, zarówno pod względem DALY, jak i liczby zgonów będących jej następstwem. Prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i zgonów z tego powodu wzrośnie, a wzrost ten będzie wyższy niż w Unii Europejskiej.

Czynniki ryzyka i profilaktyka

Czynnikiem ryzyka odpowiadającym za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu w Polsce dla kobiet i mężczyzn są odpowiednio:

- tytoń,
- wysokie RR
- wysoki BMI

Miernikiem, który określa utrzymanie korzyści dla zdrowia po zakończeniu realizacji programu, jest trwałość efektów zdrowotnych. Przykładem mogą być regularne cykliczne szczepienia ochronne wśród dzieci, obejmujące całą populację docelową, które pozwolą na uzyskanie trwałej odporności populacyjnej.

Dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY i zgony w Polsce są czynniki behawioralne, które są związane ze stylem życia. W 2019 r. czynniki behawioralne miały o około 26% mniejszy wpływ na utratę DALY w Unii Europejskiej niż w Polsce. Natomiast w Polsce w 2019 r. grupa tych czynników odpowiadała za utratę około 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz około 44% zgonów.

Obecnie tytoń jest czynnikiem ryzyka najbardziej wpływających na DALY - jego udział jest o około 35% wyższy niż udział wysokiego RR, znajdującego się na drugim miejscu. Stanowi też znaczny udział w zgonach (drugie miejsce w rankingu, na pierwszym miejscu wysokie RR).

Luki w działaniach profilaktycznych na poziomie lokalnym ograniczają realizację celu zapewnienia równego dostępu do profilaktyki.

Wpływ stylu życia mierzonego kwestionariuszem HLPCQ na rozpowszechnienie zespołu metabolicznego (współwystępowanie określonych czynników ryzyka S-N, które przyczyniają się do znacznych obciążeń zdrowotnych i ekonomicznych) w Polsce.

Definicja

występowanie otyłości (kryterium wyjściowe) definiowane jako obwód talii ≥ 88 cm u kobiet i ≥ 102 cm u mężczyzn i/lub wskaźnik BMI ≥ 30 kg/m² oraz co najmniej 2 z 3 czynników:

- $\uparrow$ RR;
- zaburzenia metabolizmu glukozy;
- $\uparrow$ poziom cholesterolu nie HDL w surowicy.

Pacjenta z zaburzeniem metabolicznym można łatwo ocenić w warunkach POZ za pomocą pomiarów antropometrycznych i badań laboratoryjnych. Programy profilaktyczne mające na celu identyfikację czynników ryzyka S-N mogą być również wykorzystywane do diagnozowania zaburzenia metabolicznego.

Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 20 % uczestników programu.

Cele szczegółowe

Zwiększenie liczby palaczy decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu o 5% w stosunku do wszystkich dorosłych uczestników programu.

Zwiększenie aktywności fizycznej wśród 10% dorosłych uczestników programu.

Zmiana niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 10% dorosłych uczestników programu.

Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 10% dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie.

Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
Cel szczegółowy	Odsetek uczestników deklarujących chęć rzucenia palenia w stosunku do całkowitej liczby uczestników PPZ.
Cel szczegółowy	Odsetek uczestników deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.
Cel szczegółowy	Odsetek uczestników deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z zaleceniami w ramach programu.
Cel szczegółowy	Odsetek dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Interwencja	Opis populacji docelowej
Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia	Osoby z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (mężczyźni powyżej 40 r. ż. lub kobiety powyżej 50 r. ż. lub osoby dorosłe, u których występuje obecność co najmniej jednego czynnika ryzyka choroby sercowo-naczyniowej) (ISH 2020, PTNT 2019, CCS2020, ACC/AHA 2019, ESC/ESH 2018, ESC/EACPR 2016, CFP 2015, BCMoH 2014, BSC 2014, ACC/AHA 2013)

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	Dzieci i młodzież w wieku szkolnym (CCS 2020, PTNT 2019, NICE 2019a, NICE2019b, C-CHAGE 2018, ACC/AHA 2018, USPSTF 2017, AAP 2017, RACGP 2016, ESC/EACPR 2016.
---------------------------------------	--

Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia. Interwencje kardiologiczne: holter RR, holter EKG, EKG spoczynkowe, pomiar składu masy ciała metodą BIA, konsultacja z kardiologiem w formie telekonsultacji.	Osoby z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, czyli: - mężczyźni powyżej 40 r.ż., - - lub kobiety powyżej 50 r.ż. - lub osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników zwiększających ryzyko choroby sercowo-naczyniowej, np.: siedzący tryb życia, niebilansowana dieta, cukrzyca, otyłość.	- Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat, np. w innych programach o zbliżonym zakresie jak ChUK lub „KORDIAN”. - Pozostawienie pod opieką poradni kardiologicznej. - Przyjmowanie leków na nadciśnienie tętnicze lub obniżających poziom cholesterolu we krwi.
Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	- Dzieci i młodzież w wieku szkolnym, - Wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych działaniach edukacyjnych.	brak

Planowane interwencje

KOMPLEKSOWA INTERWENCJA NACELOWANA NA MODYFIKACJĘ STYLU ŻYCIA:

- Wszystkie działania i treści przekazywane w ramach interwencji powinny być w pełni zgodne z najnowszymi wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych (co najmniej: ESC, CCS, NICE i USPSTF). W przypadku programów wieloletnich, weryfikacja aktualności jest wykonywana nie rzadziej niż raz w roku. Weryfikacji dokonuje Rada ds. programu.
- Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać dostosowana do zdiagnozowanych

potrzeb świadczeniobiorców oraz uwzględniać faktyczne warunki lokalne.

- Interwencja obejmuje obszary: edukacja zdrowotna, aktywność fizyczna, dieta oraz szkodliwość stosowania substancji psychoaktywnych.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Pre-test i post-test są identyczne zarówno w zakresie formy jak i treści.
- W ramach testu oceniane są: aktywność fizyczna (np. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), nawyki żywieniowe, stosowanie substancji psychoaktywnych (w tym: palenie tytoniu, spożycie alkoholu), poziom wiedzy merytorycznej z zakresów profilaktyki pierwotnej i profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.
- W projekcie należy przedstawić kryteria oceny, które muszą być spełnione, aby uzyskany wynik testu uznać za „wysoki poziom wiedzy”, a tym samym mogący mieć przełożenie na uzyskanie efektu zdrowotnego. Kryteria oceny powinny zostać opisane i uzasadnione.
- Interwencja naceLOWANA na modyfikację stylu życia realizowana jest w sposób komplementarny do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach POZ.
- Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumentu należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.
- Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna

Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka CVD, w tym:

- nadwagi/otyłości,
- stosowania substancji psychoaktywnych,
- braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej,
- siedzącego trybu życia.

W ramach profilaktyki należy wykonać pomiar: wysokość ciała („wzrost”), masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder. Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników każdy uczestnik powinien obliczyć aktualne wartości wskaźników: BMI (ang. body-mass index), stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR, ang. waist to hip ratio) oraz stosunek obwodu talii do wysokości ciała

(WHtR, ang. waist to height ratio). Dla uzyskanych wyników BMI, WHR, WHtR oraz dla obwodu talii świadczeniobiorcom podawane i omawiane są zakresy referencyjne. Jeśli pomiary mają zostać wykonane samodzielnie przez świadczenioborcę w warunkach domowych (np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej), edukator powinien wyczerpująco przedstawić zasady prawidłowego wykonywania pomiarów antropometrycznych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zmniejszających precyzję pomiaru, omówić często popełniane przy pomiarach błędy, a także odnieść się do dostępnych w warunkach domowych narzędzi pomiarowych (np. centymetr krawiecki, waga łazienkowa). Niezbędne jest zwracanie uwagi na jednostki miar, które wykorzystywane są do obliczeń.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.: o materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego („KORDIAN”), o materiały edukacyjne sporządzone przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, o materiały edukacyjne sporządzone przez Narodowy Instytut Kardiologiczny.

Aktywność fizyczna

Należy zidentyfikować i promować realnie dostępne dla świadczenioborców formy codziennej aktywności fizycznej.

Należy udzielać świadczeniobiorcom indywidualnego wsparcia przy wyszukiwaniu i doborze odpowiedniej aktywności fizycznej, której regularne stosowanie zmniejszy ryzyko CVD.

Promowane i zalecane formy aktywności fizycznej muszą być w pełni zgodne z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych w zakresach: częstości wykonywania, intensywności, czasu trwania i rodzaju.

Należy zachęcać uczestników do prowadzenia codziennej aktywności fizycznej przy uwzględnieniu stanu zdrowia. Informacje w tym zakresie powinny odnosić się do:

- korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej,
- prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowo-naczyniowych jak i innych,
- realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.

Dieta

Należy wdrożyć działania z zakresu modyfikacji diety, w tym:

- redukcja ilości spożywanej soli,

- unikanie żywności wysokoprzetworzonej,
- zmniejszenie podaży węglowodanów,
- zwiększenie podaży warzyw, owoców i innych produktów żywnościowych, które wykazują właściwości profilaktyczne chorób układu sercowo-naczyniowego,
- stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH lub diety śródziemnomorskiej.

W ramach działań należy wskazywać na artykuły spożywcze faktycznie dostępne dla świadczeniobiorców, w tym uwzględnić ewentualne restrykcje pokarmowe (np. alergię, nietolerancję). Należy uwzględnić sezonową dostępność owoców i warzyw.

Zaprzestanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności palenia tytoniu

Konieczne jest informowanie świadczeniobiorców o szkodliwości palenia tytoniu oraz motywowanie do zaprzestania lub ograniczenia palenia.

W ramach interwencji należy także zaznaczyć, iż wdrożenie omawianej modyfikacji pozwoli również ograniczyć ryzyko wystąpienia innych chorób m.in. nowotworu płuca, udaru mózgu czy nowotworów jamy ustnej.

Należy zalecać ograniczenie spożycia alkoholu.

Konieczne jest motywowanie uczestnika do zaprzestania lub ograniczenia stosowania innych substancji psychoaktywnych.

Informacja dla lekarza POZ od realizatora interwencji (opcjonalnie):

Informacja jest w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). Zawiera co najmniej:

- informację na temat programu (m.in. nazwa, dane kontaktowe, cel);
- indywidualną historię dotyczącą udziału danego świadczeniobiorcy w programie, w tym wyniki przeprowadzonych pomiarów i dane z kwestionariuszy,
- prośbę o przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego pod kątem identyfikacji, potwierdzenia lub wykluczenia obecności czynników wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii,
- zalecenie wykonania przez przeszkolony personel medyczny z użyciem odpowiednich narzędzi co najmniej następujących pomiarów: ciśnienie tętnicze, tętno spoczynkowe, wysokość ciała, masa ciała, obwód talii, obwód bioder. Na podstawie pomiarów wyliczone powinny zostać wskaźniki: BMI, WHR oraz WHtR. Wyniki surowe oraz obliczone wskaźniki są wydawane świadczeniobiorcy, aby mógł samodzielnie monitorować swój stan zdrowia;

- zachętę do stosowania wartości referencyjnych oraz narzędzi (np. karta ryzyka SCORE, kwestionariusz QRISK2, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), zgodnych z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych, które są przytoczone w treści przekazywanego dokumentu wraz z odniesieniami bibliograficznymi. Dla hipercholesterolemii wskazywane są narzędzie takie jak Kryteria Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) i Skala Simon Broome'a;
- prośbę o skierowanie świadczeniobiorcy do ośrodka wysokospecjalistycznego w przypadku podejrzenia hipercholesterolemii rodzinnej (>5 pkt. w skali DLCNS), aby mógł zostać zakwalifikowany do diagnostyki genetycznej.

EDUKACJA ZDROWOTNA DZIECI I MŁODZIEŻY:

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży powinna być prowadzona we współpracy ze szkołami podstawowymi na obszarze realizacji programu.

W ramach planowanych działań edukacyjnych zaleca się rozwijania pozytywnych nawyków żywieniowych, w tym:

- regularnego spożywania posiłków,
- spożywania większej ilości warzyw i owoców,
- ograniczenia spożywania żywności wysokoprzetworzonej typu fast food oraz słodczy,
- ograniczenia spożywania napojów dosładzanych,
- unikania spożywania napojów pobudzających, takich jak napoje energetyczne,
- zachęcanie do aktywności fizycznej,
- unikanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu oraz wyrobów tytoniowych.

Stosowane formy i metody powinny być dostosowane do wieku uczniów.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

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

Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego – wraz z realizacją kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- w przypadku dzieci i młodzieży w wieku szkolnym – wraz z zakończeniem edukacji zdrowotnej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenia realizacji PPZ.

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

Organizacja PPZ

Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 tj. ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
3. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
4. Przeprowadzenie interwencji: kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.
5. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
6. Zakończenie realizacji PPZ.
7. Rozliczenie finansowe PPZ.
8. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Patrz pkt. 2 i pkt. 3 rekomendacji.

Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.

W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez eksperta zewnętrznego. Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

Ewaluacja

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej wszystkich zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego. Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

Budżet PPZ

Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.

Koszty jednostkowe

Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- Koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno - promocyjnej,
- Koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży.
- Koszt przygotowania i realizacji kompleksowej interwencji nacełowanej na modyfikację stylu życia (z podziałem na poszczególne komponenty),

Koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Lp.	Działanie	Koszt
Koszty pośrednie (katalog otwarty)		
1.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego zarządzanie, rozliczenie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia. Ewaluacja i monitorowanie. Podpinanie holterów (EKG i RR), wykonywanie EKG spoczynkowego, pomiar składu masy ciała metodą BIA wraz z przesyłem danych do analizy i omówienia.	16580 zł.
2.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ. Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakatów, ulotek, itp. A także artykułów biurowych i materiałów eksploatacyjnych)	6000 zł

Lp.	Działanie	Koszt
Koszty bezpośrednie		
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla dzieci i młodzieży	4000 zł.
2.	Koszt przygotowania i realizacji kompleksowej interwencji naxelowanej na modyfikację stylu życia (z podziałem na poszczególne komponenty):	
	Interwencje kardiologiczne: holter RR, holter EKG, EKG spoczynkowe, analiza pomiaru składu masy ciała metodą BIA - analiza powyższych wyników badań oraz ich omówienie z pacjentem (konsultacja w formie telekonsultacji)	175 osób x 270zł. = 47250 zł.
	Pakiet badań laboratoryjnych (morfologia, lipidogram, glukoza, kreatynina, TSH, ALAT I ASPAT).	175 osób x 21,00zł. =3675 zł.
	Konsultacje z dietetykiem (dl chętnych uczestników). Szczegóły konsultacji do ustalenia z dietetykiem.	8 spotkań x 100 zł. = 800zł.

	Modyfikacja stylu życia w kierunku wzrostu aktywności fizycznej (dla chętnych uczestników, spacer Nordic Walking wraz z zajęciami na siłowni zewnętrznej, która mieści się w przestrzeni miasta Połaniec). Szczegóły zajęć do ustalenia z prowadzącym.	8 spotkań x 170zł. = 1 360 zł.
	Spotkanie z psychologiem, terapeutą uzależnień w ramach budowania świadomości z zakresu szkodliwości stosowania substancji psychoaktywnych. Zajęcia dla chętnych uczestników. Szczegóły zajęć do ustalenia z prowadzącym.	2 spotkania x 250zł. = 500 zł.
	SUMA	80 000 zł

Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją, Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2026 r.	80 000 zł.
Koszt całkowity	80 000 zł.

Źródła finansowania

Program profilaktyczny jest w 100% finansowany z budżetu JST - Miasto i Gminę Połaniec.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2025 r. poz. 1461t.j.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 337/2020 z dnia 14 grudnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii oraz Raportu nr OT.423.8.2019/OT.423.9.2018 pn. „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, data ukończenia raportu: grudzień 2020.

UZASADNIENIE

do uchwały Nr / /2025 Rady Miejskiej w Połańcu z dnia grudnia 2025 roku

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii wśród mieszkańców Miasta i Gminy Połaniec w 2026 roku

Zgodnie z art. 7 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym do zadań własnych gminy należy zaspakajanie zbiorowych potrzeb ludności w zakresie ochrony zdrowia. W myśl art. 7 ust.1 i art. 48 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych gmina w ramach zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej opracowuje, realizuje oraz ocenia efekty programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Gmina Połaniec od wielu lat realizuje zadania w zakresie ochrony zdrowia. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom mieszkańców, chcielibyśmy ponownie realizować program polityki zdrowotnej dla osób cierpiących na przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.

W myśl art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niniejszy program wpisuje się w Rekomendację Nr 15/2020 z dnia 15 grudnia 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie i nie wymaga dodatkowej opinii. W budżecie na 2026 rok przeznaczono na realizację wskazanego programu kwotę 80 000 zł.