**UCHWAŁA NR** **LI/869/2024**

**Rady Miasta Sopotu**

**z dnia 25 stycznia 2024 r.**

**w sprawie przyjęcia programów polityki zdrowotnej realizowanych na terenie Gminy Miasta Sopotu w latach 2024-2026.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5, art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r.
o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm. w 2023r. poz. 572, poz. 1463 i poz. 1688)
w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

**Rada Miasta Sopotu**

**uchwala, co następuje:**

§ 1

1. Przyjmuje się do realizacji programy polityki zdrowotnej realizowane na terenie Gminy Miasta Sopotu w latach 2024-2026 w zakresie:
2. „Program profilaktyki próchnicy zębów” - stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały;
3. „Profilaktyka nowotworu gruczołu krokowego” - stanowiący załącznik nr 2 do niniejszej uchwały;
4. „Zapobieganie niepełnosprawności osób w podeszłym wieku” - stanowiący załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.
5. Programy o którym mowa w ust. 1 stanowią kontynuacją programów polityki zdrowotnej realizowanych w latach 2021-2023, które uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Sopotu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miasta Sopotu

/-/ Piotr Bagiński

Radca prawny

/-/ Anita Sałek

**Uzasadnienie**

Zadaniem własnym gminy, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających
z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W tym celu podejmuje się działania zmierzające do polepszenia stanu zdrowia mieszkańców, za cel priorytetowy stawiając sobie zdrowie dzieci i młodzieży oraz osób starszych i niepełnosprawnych. W związku z powyższym przyjmuje się do realizacji programy polityki zdrowotnej realizowane na terenie Gminy Miasta Sopotu w latach 2024-2026.

Zgodnie z art. 48a ust 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekty programów polityki zdrowotnej znajdujące się
w załącznikach do niniejszej uchwały, zostały zaopiniowane pozytywnie przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Uchwała zgodna jest z zapisami Strategii Miasta Sopotu 2022-2023 w zakresie:

Cel operacyjny 1.1. Standard usług publicznych

1.1.1. Gwarancja bezpieczeństwa socjalnego. d. Zapewnienie wszystkim dostępu do usług zdrowotnych i do udogodnień związanych z e-administracją.

1.1.4. Program wsparcia zdrowego trybu życia dla wszystkich grup mieszkańców. d. Nowoczesne programy zdrowotne (profilaktyczne/diagnostyczne), w tym edukacja prozdrowotna.

**Całkowity koszt realizacji programów w latach 2024-2026 szacowany jest na 1.110.000 zł**

1. „Program profilaktyki próchnicy zębów” - Szacowany koszt realizacji programu wynosi 240 000 zł rocznie. **Całkowity koszt realizacji programu w latach 2024-2026 szacowany jest na 720 000,00 z**
2. „Profilaktyka nowotworu gruczołu krokowego” - Szacowany koszt realizacji programu to 30 000, 00 zł rocznie.
3. **Całkowity koszt realizacji programu w latach 2024-2026 szacowany jest na 90 000,00 zł**
4. „Zapobieganie niepełnosprawności osób w podeszłym wieku” - Szacowany koszt realizacji programu to 100 000 zł rocznie.
5. **Całkowity koszt realizacji programu w latach 2024-2026 szacowany jest na 300 000,00 zł**

/-/ Maciej Kisała /-/ Magdalena Czarzyńska-Jachim

Naczelnik Wydziału pełniąca funkcję

Zdrowia i Spraw Społecznych Prezydenta Miasta Sopotu

Załącznik nr 1 do UCHWAŁA NR LI/869/2024

Rady Miasta Sopotu z dnia 25 stycznia 2024 r.

**Program polityki zdrowotnej**

**„Program profilaktyki próchnicy zębów”**

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 49/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

**GMINA MIASTA SOPOTU**

**Program na lata 2024 – 2026**

**1.Opis problemu zdrowotnego**

a) Problem zdrowotny

Próchnica to proces patologiczny miejscowy, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie, które rozkładając cukry obecne w produktach żywnościowych, wytwarzają kwasy niszczące szkliwo. Próchnica zębów należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób w populacji dzieci i młodzieży. Choroba ta w krótkim czasie prowadzić może do zniszczenia twardych tkanek zęba. Wpływa nie tylko na stan całego narządu żucia, ale także na ogólny stan zdrowia dziecka. Odroczenie leczenia nie tylko skutkuje pogorszeniem stanu uzębienia, ale również zwiększa koszty zarówno finansowe, społeczne jak i indywidualne. Zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając na produktywność oraz jakość życia.[[1]](#footnote-1) Dowiedziono, iż oprócz predyspozycji genetycznych bezpośredni wpływ na występowanie próchnicy może mieć styl życia oraz warunki socjo – ekonomiczne.[[2]](#footnote-2)

b) Epidemiologia

Próchnica jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie. Dotyka 5 miliardów ludzi, co stanowi prawie 80 % populacji świata**.**[[3]](#footnote-3)Najczęściej występuje w państwach Azji i Ameryki Łacińskiej, rzadziej w państwach Afryki. Badania jednak pokazują rosnącą tendencję wzrostu zachorowalności w tym regionie.[[4]](#footnote-4)

Zgodnie z wynikami badań epidemiologicznych, prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2012 roku, w naszym kraju:

- u około 80% 6 - latków stwierdza się próchnicę zębów,

- w grupie wiekowej 12-18 lat problem ten dotyczy około 80-95 % nastolatków,

- 99,9% Polaków w wieku 35-44 lat ma próchnicę, która obejmuje 16,9 zęba.[[5]](#footnote-5)

Polska jest jednym z niewielu krajów Europy, w którym nie udało się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci pomimo zaleceń WHO na rok 2000, mających na celu obniżenie frekwencji próchnicy wśród dzieci 6-letnich do poziomu 50%.[[6]](#footnote-6)

Populacja województwa pomorskiego na tle wyników badań dzieci 3-letnich z całej Polski jest niepokojąca. W miarę rozwoju dzieci obserwujemy wzrost częstości choroby próchnicowej. Dzieci 6-letnie w województwie pomorskim, w 88% są objęte chorobą próchnicową. Kolejna badana populacja charakteryzująca się pełnym uzębieniem stałym to dzieci 12-letnie. 81% z nich objętych jest procesem próchnicowym.[[7]](#footnote-7),[[8]](#footnote-8)

Obecnie szacuje się, iż statystyczny 12-latek w Polsce ma 3,5 zęba zaatakowanego próchnicą, a 40% 18-latków ma braki w uzębieniu stałym z powodu powikłań próchnicy. [[9]](#footnote-9)

Dokonując porównania intensywności próchnicy u 12-latków w krajach europejskich można zauważyć, że Polska ze wskaźnikiem PUW wynoszącym 4,4 zajmuje przedostatnie miejsce. Wśród krajów europejskich najlepszym stanem uzębienia cechują się dzieci 12-letnie w Holandii (PUW=0,9) a najgorszym Łotwy (PUW=7,7).

Stan uzębienia dzieci w województwie pomorskim wynosi PUW=4,2 co daje 11 miejsce na 16 województw.[[10]](#footnote-10)

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego oraz populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2023 wynosiła 30 131 mieszkańców, w tym 16 381 kobiet i 13 750 mężczyzn. Obecnie w Sopocie liczba dzieci szkół podstawowych
i ponadpodstawowych wynosi 3700. [[11]](#footnote-11)

d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane finansowane
w całości lub współfinasowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.). Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2148). Świadczenia gwarantowane, ujęte w powyższym rozporządzeniu, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z w/w rozporządzeniem dzieciom w odpowiednich grupach wiekowych przysługują świadczenia zawarte w załączniku 2 do rozporządzenia „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia” oraz załączniku 10 do rozporządzenia „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia”.

Dzieci szkół podstawowych i ponadpodstawowych mają prawo korzystać z bezpłatnych świadczeń gwarantowanych, natomiast muszą zostać spełnione odpowiednie warunki realizacji świadczeń.

Dzieciom między 10 a 18 rokiem życia w ramach NFZ przysługuje:

• szczególna opieka stomatologiczna w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego,

• profesjonalna profilaktyka fluorkowa (dotyczy zębów mlecznych i stałych),

• lakierowanie zębów (świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego),

• impregnacja zębów (świadczenie dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych – za każdy ząb.

• do wypełniania ubytków stosowany jest kompozytowy materiał chemoutwardzalny przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3) oraz światłoutwardzalny materiał kompozytowy wyłącznie w zębach siecznych i kłach szczęki i żuchwy[[12]](#footnote-12).

Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy PUW\* dla zębów stałych i ocena stanu tkanek przyzębia przez oznaczenie głębokości kieszonek dziąsłowych (PD), utraty przyczepu łącznotkankowego (CAL) oraz wskaźnika krwawienia (BOP).

1. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW\* dla zębów stałych.
2. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego.
3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN:
* wyraźnego zniekształcenia
* lub wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów.
1. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa.

Dotyczy zębów mlecznych i stałych.[[13]](#footnote-13)

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program zdrowotny ma na celu zwiększyć dostęp do świadczeń, które w ramach NFZ są ograniczone przez pewne kryteria, między innymi wiekowe. W ramach programu wszystkie dzieci, niezależnie od wieku miałyby możliwość:

* lakowania zębów, które dotychczas jest dostępne bezpłatnie wyłącznie dla dzieci do 8 roku życia,
* lakierowania zębów stałych i mlecznych, które jest obecnie refundowane wyłącznie dla uzębienia stałego,
* wypełnienia wszystkich ubytków próchnicowych wyłącznie materiałami kompozytowymi białymi, które obecnie są refundowane wyłącznie do zębów siecznych i kłów.[[14]](#footnote-14)

Zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia odbiły się niekorzystnie na opiece stomatologicznej. Ograniczono liczbę usług stomatologicznych świadczonych ze środków publicznych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zlikwidowano gabinety stomatologiczne w większości placówek oświatowych a samorządy prowadzące te jednostki nie posiadają środków na ich unowocześnienie. Powyższe czynniki doprowadziły do znacznego ograniczenia dostępności do zabiegów profilaktyczno-leczniczych dzieci
z populacji określonych w ramach programu.

Światowa Organizacja Zdrowia umieściła chorobę próchnicową na czwartym miejscu wśród chorób szczególnie kosztochłonnych. Ograniczony budżet NFZ nie pozwala na pokrycie wszystkich kosztów leczenia choroby. Konsekwencją ograniczonego finansowania jest między innymi brak możliwości leczenia uzębienia mlecznego u dzieci. [[15]](#footnote-15)

Osiągnięcie właściwego stanu uzębienia u dzieci i młodzieży jest możliwe poprzez:

* promocję zdrowia,
* zmniejszenie wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój dziecka
* objęcie jak największej liczby dzieci profesjonalną opieką stomatologiczną
z zastosowaniem zabiegów profilaktycznych.

Na podstawie analizy doświadczeń międzynarodowych WHO uznała, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła, gdzie realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania.[[16]](#footnote-16)

Edukacja prozdrowotna, promocja zdrowia oraz szeroko pojęta profilaktyka są jedynym właściwym sposobem umożliwiającym poprawę złego stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. Częstość występowania choroby próchnicowej uzębienia mlecznego i stałego w indeksowych populacjach wieku rozwojowego nadal jest wysoka i wskazuje na brak możliwości realizacji celów Światowej Organizacji Zdrowia. [[17]](#footnote-17)

**2.Cele programu**

1. Cel główny

Zmniejszenie występowania próchnicy zębów oraz poprawa stanu uzębienia u dzieci
i młodzieży uczęszczającej do podstawowych i ponadpodstawowych szkół w Sopocie.

1. Cele szczegółowe:
* redukcja występowania zaawansowanej próchnicy oraz utraty zębów u dzieci,
* wzrost odsetka dzieci objętych edukacją prozdrowotną i profilaktyką próchnicy,
* rozwinięcie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci
w wieku szkolnym,
* zwiększenie odsetka dzieci objętych przeglądami stomatologicznymi,
* obniżenie różnic w dostępie do edukacji prozdrowotnej, zapobiegania i leczenia próchnicy zależnych od statusu społeczno ekonomicznego,
* zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych badanej populacji na terenie Sopotu
na podstawie wyników badań.
1. Oczekiwane efekty

Zmniejszenie częstości występowania choroby próchnicowej i jej powikłań u dzieci biorących udział w programie.

1. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
* obniżenie wartości wskaźnika PUW (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych bądź stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy),
* wzrost świadomości zdrowotnej i wiedzy dzieci na tematy związane z profilaktyką choroby próchnicowej, zweryfikowane poprzez test dla dzieci.

**3. Adresaci programu**

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program będzie skierowany do wszystkich uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Sopocie.

b) Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania dyrektorów szkół podstawowych oraz gimnazjalnych o warunkach uczestnictwa w programie.

Rodzice zostaną poinformowani o wdrożeniu programu podczas pierwszej wywiadówki
w roku szkolnym.

W programie wezmą udział dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni wyrażą pisemną zgodę.

**4. Organizacja programu**

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne
2. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
3. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot.
4. Nawiązanie współpracy ze szkołami.
5. Zapoznanie nauczycieli z założeniami i celami programu.
6. Zapoznanie rodziców/ opiekunów prawnych na wywiadówce z założeniami i celami programu, podpisanie zgody na udział dziecka w programie.
7. Zapoznanie dzieci z założeniami i celami programu na lekcji z wychowawcą klasy.
8. Pierwszy etap programu-przegląd profilaktyczny.
9. Drugi etap programu- leczenie stomatologiczne, higiena jamy ustnej.
10. Działania edukacyjne.
11. Zakończenie udziału w programie - konkurs wiedzy.
12. Planowane interwencje
* Przeglądy profilaktyczne u wszystkich dzieci oraz wyodrębnienie grupy dzieci
z wysokim ryzykiem chorób przyzębia (określenie wskaźnika PUW).
* Leczenie próchnicy w celu uzyskania sanacji jamy ustnej. Do leczenia stosowane będą wypełnienia światło utwardzalne i podkłady uwalniające związki fluoru działające profilaktycznie oraz eliminujące próchnicę wtórną.
* Prowadzenie działań edukacyjnych mających na celu poprawę higieny jamy ustnej:

 - pogadanki grupowe w klasach,

- organizowanie konkursów z nagrodami na temat wiedzy o higienie jamy ustnej,

 - rozmowy indywidualne z uczniami w trakcie leczenia.

* Po przeprowadzeniu sanacji jamy ustnej u dziecka wykonywane będzie:

- lakowanie wszystkich zębów stałych trzonowych i w niektórych przypadkach przedtrzonowych bez ograniczeń wiekowych,

- lakierowanie zębów stałych i mlecznych,

- impregnacja zębów mlecznych w ciągu całego roku.

* Konkurs na temat próchnicy kończący uczestnictwo w programie.
1. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnicy muszą spełnić następujące kryteria:

* uczniowie sopockich szkół podstawowych lub gimnazjalnych,
* pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego.
1. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszelkie świadczenia będą udzielane uczestnikom bezpłatnie, by móc wziąć udział
w programie rodzice/opiekunowie prawni są zobowiązani dostarczyć zgodę na uczestnictwo dziecka w programie.

1. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznej opieki stomatologicznej dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Sopocie. Obecnie uczniowie mają możliwość korzystania tylko z niektórych świadczeń stomatologicznych oferowanych
w ramach ubezpieczenia w NFZ.

Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2148).

Zadania realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stanowią jego uzupełnienie. Ponadto program kładzie nacisk na edukację
i podniesienie świadomości rodziców i dzieci.

1. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Etapem kończącym program zdrowotny dla uczestnika będzie rozstrzygnięcie konkursu sprawdzającego wiedzę wśród uczniów na temat prawidłowej higieny jamy ustnej oraz próchnicy.

1. Bezpieczeństwo planowanych usług
2. Program zdrowotny będzie prowadzony przez wykwalifikowanych lekarzy stomatologów oraz asystentki stomatologiczne z odpowiednim przygotowaniem medycznym.
3. Dane medyczne uczestników będą chronione zgodnie z obowiązującą ustawą.

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) tj. z dnia 30 sierpnia 2019 r. (Dz.U.
z 2019 r. poz. 1781) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych.

1. Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).
2. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program obejmie profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie przeprowadzone dla dzieci z klas podstawowych i ponadgimnazjalnych w gabinetach stomatologicznych. Badania zostaną przeprowadzone przez zespół personelu w skład, którego wchodzi: lekarz stomatolog
i wykwalifikowana higienistka stomatologiczna.

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.
z 2023 r. poz. 991), który:

* prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
* posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,
* zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa, w tym lekarza stomatologa i higienistkę stomatologiczną,
* zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

1. Dowody skuteczności

Według Światowej Organizacji Zdrowia, a także wytycznych klinicznych, szkoła jest najkorzystniejszym środowiskiem wykorzystanym w celu promocji zdrowia jamy ustnej oraz działań profilaktycznych. Realizacja programów profilaktyki próchnicy w szkole przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania, zwłaszcza zapewnia dotarcie do środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym zwiększającym ryzyko zaniedbań.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia w celu poprawy stanu uzębienia należy brać pod uwagę przede wszystkim zasady higieny jamy ustnej oraz diety jaka jest stosowana przez dziecko. Udowodniono, że skuteczność indywidualnej edukacji rodziców, dotyczącej zasad właściwego odżywiania dzieci i utrzymania higieny jamy ustnej, prowadzonej w gabinecie stomatologicznym jest znacznie większa w porównaniu z innymi metodami.[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19)

1. **Koszty**
2. Koszt jednostkowy

Średni, planowany koszt na jednego uczestnika wyniesie około 120 zł.

Cena obejmuje :

* przegląd stomatologiczny,
* leczenie zachowawcze,
* profilaktykę fluorkową,
* lakowanie,
* lakierowanie,
* impregnację zębów,
* działania edukacyjne,
* koszty koordynacji w tym wynagrodzenie dla koordynatora programu.
1. Koszt całkowity

Szacowany koszt realizacji programu wynosi 240 000 zł rocznie.

1. Źródła finansowania

Program, w zakresie wskazanych zadań i kosztorysu, zostanie sfinansowany całkowicie ze środków Gminy Miasta Sopotu.

1. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne

Wycena świadczeń w programie opierała się na analizie rynku. Uznano za zasadne sfinansowanie świadczeń zwiększających dostępność do profilaktyki oraz leczenia zachowawczego zębów wśród uczniów klas podstawowych i gimnazjalnych w mieście Sopot.

Wytworzenie zdrowego środowiska, promowanie zdrowej żywności, jak również edukacja dotycząca zdrowia jamy ustnej i wprowadzenie grupowych metod profilaktyki skutkuje zwiększeniem świadomości uczniów, chroni ich przed niekorzystnymi wpływami oraz wytwarza namiastkę zdrowego życia w sytuacji, gdy dom rodzinny nie jest w stanie tego zapewnić.

Tylko dzięki regularnie przeprowadzanym zabiegom profilaktycznym, edukacji prozdrowotnej dzieci i rodziców stan zdrowia jamy ustnej może się poprawić.[[20]](#footnote-20), [[21]](#footnote-21)

1. **Monitoring i ewaluacja**
2. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie dokonana na podstawie:

* prowadzonej dokumentacji medycznej każdego pacjenta,
* liczby zgłoszonych szkół do wzięcia udziału w programie,
* liczby szkół, które zostaną wybrane do wzięcia udziału w programie,
* liczby uczniów, których rodzice wyrażą zgodę na uczestnictwo dziecka w programie.
1. Ocena jakości świadczeń w programie

Wypełnienie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie oraz określającej poziom świadczonych usług.

1. Ocena efektywności w programie

Miarą efektywności programu będzie odsetek dzieci, u których doszło do wyleczenia bądź zatrzymania procesu próchnicowego oraz wyniki z organizowanych konkursów sprawdzających poziom wiedzy uczestników na temat higieny jamy ustnej.

1. Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji gminy zaplanowano poprzez nadanie programowi charakteru kilkuletniego, dzięki czemu w docelowej grupie wiekowej dzieci zapewniona zostaje cykliczność działań edukacyjnych oraz profilaktycznych, a także stałego dostępu do informacji nt. profilaktyki próchnicy dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

1. **Okres realizacji programu**

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach.

Załącznik nr 2 do UCHWAŁA NR LI/869/2024

Rady Miasta Sopotu z dnia 25 stycznia 2024 r.

**Program polityki zdrowotnej**

**„Profilaktyka nowotworu gruczołu krokowego”**

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 47/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

**Gmina Miasta Sopotu**

**Program na lata 2024 – 2026**

**1. Opis problemu zdrowotnego**

a) Problem zdrowotny

Rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie
z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Najczęściej ma charakter wieloogniskowy. Początkowo jest ograniczony do narządu, a następnie dochodzi do zwiększenia masy nowotworu oraz do naciekania tkanek sąsiadujących. We wczesnych stadiach rozwoju na ogół nie powoduje objawów klinicznych, a niekiedy pierwszym objawem raka są uogólnione bóle kostne. [[22]](#footnote-22)

Wśród znanych czynników ryzyka rozwoju raka prostaty wymienia się głównie:

* wiek,
* rasę etniczną,
* obciążający wywiad rodzinny/czynniki genetyczne,
* wpływ środowiska zewnętrznego,
* aktywność układu współczulnego. [[23]](#footnote-23)
1. Epidemiologia

Nowotwór gruczołu krokowego stanowi poważny problem zdrowotny, dotyczący całej męskiej populacji na świecie. Zachorowalność na raka prostaty stopniowo wzrasta i staje się coraz poważniejszym problemem medycznym oraz ekonomicznym całego świata. Dane światowe z 2012 roku, na temat zachorowalności na ten typ nowotworu pokazują, że 1,1 mln mężczyzn cierpi na raka prostaty, co stanowi 15% nowotworów zdiagnozowanych u mężczyzn, z prawie 70% przypadków (759 tys.) występujących w krajach lepiej rozwiniętych. Spośród krajów Europejskich, największy wskaźnik zachorowalności na raka stercza, odnotowuje się w Irlandii, Francji, Norwegii i Szwecji (114-126/100 tys.), a najniższy na Ukrainie w Grecji i Rumunii (17‑20/100 tys.)[[24]](#footnote-24). Liczba diagnozowanych chorych z rakiem prostaty rośnie głównie w wyniku rozpowszechniania się oznaczenia stężenia markera nowotworowego PSA w surowicy u osób bez klinicznych objawów raka prostaty oraz dzięki większej świadomości zdrowotnej.

W Polsce w ciągu 10 lat zachorowania na raka prostaty podwoiły się. Roczne tempo zapadalności w Polsce wynosi obecnie 2,5%.[[25]](#footnote-25)[[26]](#footnote-26)[[27]](#footnote-27)[[28]](#footnote-28)Obecnie rak gruczołu krokowego zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn.[[29]](#footnote-29)

Nakładając ogólnokrajowe dane na mapę województw eksperci zauważyli, że u mężczyzn najwyższe ryzyko zgonu z powodu nowotworów notuje się w województwach północnych i zachodnich. Według danych na rok 2010 wynika, że w województwie Pomorskim liczba zachorowań na raka prostaty wynosiła 746, natomiast liczba zgonów 223. Rak prostaty jest trzecią przyczyną zgonów wśród mężczyzn w Województwie Pomorskim i przoduje spośród pozostałych województw pod względem zachorowalności.[[30]](#footnote-30)

W Sopocie rak prostaty jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn, a zachorowalność na niego wynosi ponad 22%. Rak prostaty jest trzecią przyczyną zgonów spośród pozostałych nowotworów wśród mężczyzn zamieszkujących Gminę Miasta Sopot.[[31]](#footnote-31)

1. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2023 wynosiła 30 131 mieszkańców, w tym 16 381 kobiet i 13 750 mężczyzn. Populacja kwalifikująca się do programu wynosi 6 132 mężczyzn po 50 roku życia.[[32]](#footnote-32)

1. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest konsultacja urologiczna pacjenta z objawami układu moczowo-płciowego. Pacjent ma prawo skorzystać w ramach NFZ z poradni urologicznej oraz z usług w niej świadczonych. [[33]](#footnote-33)

1. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Ze względu na skalę rozpowszechnienia problemu istnieje potrzeba utworzenia programu, dzięki któremu mężczyźni po 50 roku życia mieliby możliwość i szanse wykonania bezpłatnych badań mających na celu wcześniejsze wykrycie nowotworu gruczołu krokowego. Na podstawie danych z 2010 roku wynika, iż na tle innych województw najgorzej sytuacja wygląda w województwie pomorskim. W Sopocie natomiast, w porównaniu do pozostałych głównych miast trójmiasta, dostrzegana jest największa liczba zgonów na raka prostaty (10,8% spośród pozostałych nowotworów złośliwych występujących u mężczyzn). Obserwuje się największą zachorowalność na nowotwór gruczołu krokowego, a zatem należy wszcząć odpowiednie kroki. [[34]](#footnote-34) [[35]](#footnote-35)

1. **Cele programu**
2. Cel główny

Głównym celem programu zdrowotnego jest zwiększenie wykrywalności nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Sopotu, a tym samym wczesne wprowadzenie leczenia.

1. Cele szczegółowe:
* zwiększenie zgłaszalności mężczyzn do udziału w programach profilaktycznych  w tym badań przesiewowych,
* obniżenie umieralności z powodu raka stercza,
* zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków raka prostaty,
* poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej mieszkańców Sopotu,
* zwiększenie świadomości zdrowotnej mężczyzn poprzez edukację zdrowotną o objawach i profilaktyce dotyczącej raka stercza.
1. Oczekiwane efekty

Zwiększenie liczby przebadanych mężczyzn w kierunku raka prostaty.

1. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
2. Liczba mężczyzn skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia.
3. Liczba mężczyzn, u których wykryto raka prostaty.
4. **Adresaci programu(populacja programu)**
5. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 150 mężczyzn rocznie. O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się.

Program jest skierowany do mężczyzn po 50 roku życia, zamieszkujących Gminę Miasta Sopot.

1. Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot będzie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie.

Placówka wybrana na zasadzie konkursu będzie zobowiązana użyć dostępnych środków informacyjnych w celu powiadomienia mieszkańców Sopotu o możliwości uczestnictwa w programie.

1. **Organizacja programu**
2. Części składowe, etapy i działania organizacyjne
3. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
4. Reklama programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot oraz rozpowszechnienie informacji o programie kanałami informacyjnymi dostępnymi świadczeniodawcy.
5. Zakwalifikowanie uczestników do programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiet: kwalifikującej oraz oceniającej obecny stan wiedzy na temat choroby.
6. Działania edukacyjno-informacyjne na temat raka prostaty.
7. Kompleks badań dla każdego z uczestników.
8. Odbiór wyników badań.
9. Ponowne wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę oraz ankiety zadowolenia z udzielonych świadczeń.
10. Planowane interwencje
* działania edukacyjno-informacyjne podczas wizyty lekarskiej,
* badanie stercza per rectum jako podstawowe badanie, wykonywane przez lekarza

 specjalistę – urologa.

* wykonanie serii dodatkowych badań u pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej:

 - badanie antygenu sterczowego (PSA).

 - badanie ultrasonograficzne prostaty – TRUS
 - uroflometrię

1. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do programu zakwalifikowanych zostanie około 150 osób. Pod uwagę zostaną wzięte następujące kryteria:

- płeć (mężczyzna),

- wiek powyżej 50 r.ż.

- miejsce zamieszkania (Gmina Miasta Sopot),

- ogólny, dobry stan zdrowia pozwalający na uczestnictwo w programie,

- brak stwierdzonej choroby gruczołu krokowego,

- rodzinne występowanie raka gruczołu krokowego.

1. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszelkie świadczenia będą udzielane uczestnikom bezpłatnie, by móc wziąć udział w badaniach należy zgłosić się do placówki medycznej w wyznaczonym terminie.

1. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznych badań w kierunku wykrycia raka gruczołu krokowego u mężczyzn po 50 roku życia bez konieczności okazania skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ.

Obecnie mieszkańcy Gminy Miasta Sopotu uczestniczący w programie mają możliwość korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczenia w NFZ wyłącznie na podstawie wystawionego skierowania. Z Ogólnopolskiego Informatora NFZ wynika, iż obecnie na terenie Miasta Sopot znajduje się wyłącznie jedna poradnia urologiczna z kilkumiesięcznym okresem oczekiwania na wizytę.

1. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Elementem kończącym udział w programie będzie przekazanie wyników badań. Uczestnicy zostaną również poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej realizację programu oraz ankiety oceniającej poziom wiedzy na temat objawów oraz czynników predysponujących do powstania raka prostaty. Wyniki zostaną zestawione i porównane z ankietą wypełnioną na początku trwania programu.

W przypadku zdiagnozowanego raka prostaty u uczestnika programu, zostanie on skierowany do dalszego leczenia w ramach NFZ.

1. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpłyną:

* wysokie kompetencje realizatorów programu,
* wyspecjalizowana kadra pracownicza,
* przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
* ochrona danych osobowych beneficjentów programu.[[36]](#footnote-36)

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

Bezpieczeństwo planowanych badań:

1. **Badanie per rectum**– ma na celu określenie orientacyjnych wymiarów gruczołu krokowego i jego konsystencji oraz wykrycie ewentualnych zmian ogniskowych w zakresie torebki stercza wskazujących raka lub stan zapalny.[[37]](#footnote-37) Jest względnie tanie i bezpieczne, wymaga dużego doświadczenia badającego. [[38]](#footnote-38)
2. **Oznaczanie stężenia PSA** w surowicy – jest to podstawowe badanie w różnicowaniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego z rakiem prostaty. Aby oznaczyć poziom

PSA w surowicy wystarczy pobrać niewielką ilość krwi żylnej. Oznaczenie poziomu PSA trwa od kilka godzin do kilku dni. Nie jest wymagane jakiekolwiek przygotowanie ze strony pacjenta. Jest to badanie względnie proste i mało kosztowne. Prawidłowe stężenie PSAw surowicy krwi wynosi od 0 do 4 ng/ml. Wartości powyżej górnej granicy lub wartości w granicach normy wymagają rozszerzenia diagnostyki. **[[39]](#footnote-39).**

**Pobieranie materiału do badań labora**toryjnych:

* Materiał pobierany do badań jest traktowany, jako zakaźny.
* Sposób pobierania materiału do badań nie może zmieniać jego właściwości.
* Laboratorium opracowuje, wdraża i stosuje procedury pobierania materiału do badań oraz udostępnia je zleceniodawcom, którzy potwierdzają zapoznanie się z tymi procedurami. Wszyscy zleceniodawcy pobierają materiał do badań laboratoryjnych zgodnie z tymi procedurami.[[40]](#footnote-40)
1. **Badanie ultrasonograficzne** – prawidłowo wykonana ultrasonografia jest bezpieczna. W badaniach dotyczących bezpieczeństwa ultrasonografu metodą metaanalizy kilku badań USG opublikowanych w 2000 roku nie stwierdzono istotnych statystycznie szkodliwych skutków USG.[[41]](#footnote-41)Jest to metoda stosunkowo nieinwazyjna, jednak powinna być wykonywana przez doświadczonego specjalistę.[[42]](#footnote-42)
2. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 991), który:

* prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
* prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
* posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem, w tym lekarza urologa,
* zapewnia inny personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
* zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji badań opisanych w programie, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wyniki największego na świecie badania w kierunku skuteczności badań przesiewowych na raka prostaty, prowadzone przez osiem europejskich państw wykazały, że badanie PSA zmniejsza umieralność na ten nowotwór o 20% oraz zmniejsza również liczbę zgonów spowodowanych odległymi przerzutami. [[43]](#footnote-43)

Skuteczność leczenia raka prostaty, mierzona odsetkiem pięcioletniego przeżycia, wynosi obecnie w Polsce około 76% i jest o około 10 punktów procentowych wyższa w porównaniu do chorych, u których rak gruczołu krokowego został wykryty w latach 2000-2002.

**Oznaczanie PSA** zostało wprowadzone do praktyki klinicznej pod koniec lat 80 XX wieku i spowodowało przełom w wykrywaniu, ocenie stopnia zaawansowania i badaniach kontrolnych chorych na raka gruczołu krokowego. Upowszechnienie się tego markera stało się podstawą wprowadzenia do klasyfikacji TNM nowego stopnia zaawansowania – T1c, oznaczającego guzy bardzo wczesne, wykryte jedynie na podstawie podwyższonego stężenia PSA.

**Badanie per rectum** wymaga dużego doświadczenia badającego. Pozwala na wykrycie ok. 30–50 procent nowotworów, jednak na ogół o wyższym stopniu zaawansowania.

Większą wartość rozpoznawczą przekraczającą 60 procent, ma połączenie oznaczania stężenia PSA i badania per rectum. Badania wzajemnie się uzupełniają, a ich skojarzenie zwiększa czułość badania przesiewowego. Obecnie przyjmuje się, że zarówno w badaniach przesiewowych, jak i w badaniu chorych zgłaszających się z powodu objawów wykonuje się badanie per rectum i PSA, a w razie potrzeby biopsję pod kontrolą ultrasonografii.

Ultrasonografia jest badaniem dobrze obrazującym gruczoł krokowy, dającym informacje na temat lokalizacji i objętości ogniska, zaawansowania nowotworu czy też oceny przejścia procesu poza narząd. Dla zwiększenia czułości i swoistości badania wykorzystuje się techniki dopplerowskie i zaawansowaną obróbkę komputerową obrazu.[[44]](#footnote-44),[[45]](#footnote-45)

Z raportu „Prostata na lata 2013” wynika, iż niezwykle ważna jest również edukacja społeczeństwa z zakresu objawów raka gruczołu krokowego. Wpływa ona na wczesne zgłaszanie się pacjentów do lekarza w sytuacji występowania któregokolwiek z objawów nowotwór, co ma wpływ na zmniejszenie liczby zgonów na raka prostaty.[[46]](#footnote-46)

1. **Koszty**
2. Koszt jednostkowy

Średni, planowany koszt przeznaczony na jednego uczestnika wyniesie około 200 zł. Środki finansowe zostaną przeznaczone na :

* badania diagnostyczne,
* działania edukacyjne,
* koszty korespondencyjne
1. Koszt całkowity

Program zostanie w całości sfinansowany ze środków zabezpieczonych w budżecie miasta Sopotu. Szacowany koszt realizacji programu to 30 000,00 zł rocznie.

1. Źródła finansowania, partnerstwo

Program, w zakresie wskazanych zadań i kosztorysu, zostanie sfinansowany w całości ze środków Gminy Miasta Sopotu

1. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne

W celu wczesnego wykrycia nowotworu gruczołu krokowego lub stanu przedrakowego mogą posłużyć badania przesiewowe u mężczyzn po 50 roku życia, u których czas przeżycia naturalnego nie jest krótszy niż 10 lat. Aktualne rekomendacje większości towarzystw naukowych zalecają informowanie mężczyzn o możliwości oznaczenia stężenia PSA[[47]](#footnote-47) i w związku z tym Miasto Sopot pragnie udostępnić te badania przynajmniej dla części mieszkańców, zwiększając w ten sposób świadomość istnienia problemu.

Ze względu na skalę rozpowszechnienia problemu istnieje potrzeba utworzenia programu, dzięki któremu mężczyźni po 50 roku życia mieliby możliwość wykonania bezpłatnych badań mających na celu wcześniejsze wykrycie nowotworu gruczołu krokowego. U mężczyzn po 50 roku życia zaleca się **coroczne oznaczanie PSA**.**[[48]](#footnote-48)** Natomiast badanie stercza per rectum jest podstawowym badaniem, które powinno być wykonywane regularnie.

1. **Monitorowanie i ewaluacja**
2. Ocena zgłaszalności do programu
* Liczba mężczyzn, którzy zgłoszą się do udziału w programie.
* Liczba mężczyzn, którzy zostaną zakwalifikowani do programu.
* Liczba mężczyzn, którzy wezmą udział w pogadankach edukacyjnych.
1. Oceny jakości świadczeń w programie

Wypełnienie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie oraz określającej poziom świadczonych usług.

1. Oceny efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu. Miarą efektywności programu będzie liczba pacjentów, u których został wykryty rak prostaty we wczesnej fazie oraz analiza ankiet przeprowadzonych na początku trwania programu oraz pod koniec. Porównanie wyników ankiet będzie miało na celu sprawdzić wzrost poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka raka prostaty oraz objawów, po uczestnictwie w pogadankach edukacyjnych.

1. Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

1. **Okres realizacji programu**

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach.

Załącznik nr 3 do UCHWAŁA NR LI/869/2024

Rady Miasta Sopotu z dnia 25 stycznia 2024 r.

**Program polityki zdrowotnej „Zapobieganie niepełnosprawności osób w podeszłym wieku”**

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 50/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

**GMINA MIASTA SOPOTU**

**Program na lata 2024 – 2026**

1. **Opis problemu zdrowotnego**
2. Problem zdrowotny

Niepełnosprawność osób w podeszłym wieku to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka w wieku 60 lat i więcej [[49]](#footnote-49) , [[50]](#footnote-50).

Niepełnosprawność w starszym wieku cechuje:

* wieloprzyczynowość - seniorzy borykają się na ogół z kilkoma schorzeniami jednocześnie

Są to m.in. następujące choroby:

• zespoły otępienne,

• zespoły zaburzeń świadomości — majaczenie, splątanie,

• zaburzenia zachowania,

• zespoły depresyjne i lękowe,

• zaburzenia stanu funkcjonalnego w zakresie czynności dnia codziennego,

• złożone problemy kardiologiczne u osób obarczonych wieloma chorobami,

• nietrzymanie moczu,

• upadki i zasłabnięcia,

• odleżyny,

• stany po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego (m.in. porażenie, niedowład, afazja),

• osteoporoza i osteomalacja,

• zmiany zwyrodnieniowe stawów,

• stany po złamaniach, w tym po złamaniu nasady bliższej kości udowej,

• przewlekła niewydolność oddechowa,

• zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego (m.in. dysfagia, biegunki, zaparcia),

• odwodnienie i dyselektrolitemie,

• narządowe następstwa tętniczej i żylnej niewydolności naczyń,

• zaburzenia endokrynologiczne (m.in. cukrzyca, choroby tarczycy),

• zawroty głowy i zaburzenia równowagi,

• zespoły pozapiramidowe,

• zespoły z autoagresji,

• niedokrwistości,

• zaburzenia odżywiania (ilościowe i jakościowe),

• zmiany w obrębie jamy ustnej i uzębienia,

• geriatryczne zespoły jatrogenne,

• uszkodzenia narządów wzroku i słuchu,

• nowotwory [[51]](#footnote-51) , [[52]](#footnote-52).

Według statystyk osoba starsza posiada prawie 4 chroniczne schorzenia. Ich następstwa oddziałują między sobą i pogłębiają stopień niesprawności danej osoby,

* złożoność - zmiany patologiczne nakładają się na naturalne dla tego wieku zmiany w sferze życia biologicznego, psychicznego i społecznego.[[53]](#footnote-53), [[54]](#footnote-54)

Należy zwrócić uwagę na to, że niepełnosprawności osób starszych można zapobiegać. Możliwe jest poprawienie stanu zdrowia seniorów poprzez wdrożenie odpowiednich działań, których podstawowym celem jest osiąganie maksymalnego poziomu niezależności i jakości życia[[55]](#footnote-55) ,[[56]](#footnote-56). Możliwe jest zestarzenie się w warunkach zdrowia.[[57]](#footnote-57) Nadrzędnym celem powinno być dodawanie życia do lat, które zostały dodane do życia.[[58]](#footnote-58)

1. Epidemiologia

Zgodnie z Narodowym Spisem Powszechnym z 2002 roku, w Polsce było 5,5 mln osób niepełnosprawnych, a 40,3% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej. Udział osób niepełnosprawnych wśród seniorów rósł od 34,6% wśród seniorów w wieku 60–64 lat do 48,9% wśród osób w wieku 80 lat i więcej.[[59]](#footnote-59)

Praktycznie każdy senior jest zagrożony niepełnosprawnością (jedna osoba starsza cierpi średnio na prawie 4 chroniczne choroby. [[60]](#footnote-60) Biorąc pod uwagę prognozy, że w najbliższych 20 latach odsetek osób starszych w Polsce ulegnie podwojeniu do 24%, a ludzie starsi stanowić będą w 2030 roku populację 8,5 – milionową problem niepełnosprawności tej grupy ludności jest jednym z najważniejszych problemów współczesnej cywilizacji.[[61]](#footnote-61)

1. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2023 wynosiła 30 131 mieszkańców, w tym 16 381 kobiet i 13 750 mężczyzn. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi 6 878 osób po 70 r.ż. [[62]](#footnote-62)

1. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W ramach NFZ, starszymi, niepełnosprawnymi osobami zajmuje się w pierwszej kolejności lekarz POZ, który w razie potrzeby kieruje pacjenta do lekarza specjalisty lub wydaje skierowanie na rehabilitację/ leczenie uzdrowiskowe itd. [[63]](#footnote-63)

1. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Niepełnosprawność osób starszych po 70 roku życia jest jednym z najpoważniejszych problemów w Polsce. Dotyka on prawie każdego seniora i ma tendencję wzrostową (zwłaszcza, że populacja Polaków starzeje się w szybkim tempie).[[64]](#footnote-64) [[65]](#footnote-65)

Skutków nieleczenia tego schorzenia jest wiele - są to dolegliwości związane ze wszystkimi aspektami życia człowieka:

* fizjologicznym,
* psychologicznym,
* społecznym.

Niepełnosprawność może w znacznym stopniu obniżać jakość życia chorego, którego stan w miarę upływu czasu będzie się pogarszał.

Wdrożenie odpowiednich działań umożliwi „zatrzymanie procesu chorobowego” lub też całkowite go wyeliminowanie.

Realizacja programu daje szansę na:

1. Zwiększenie stopnia samodzielności w zakresie wykonywania osobistych czynności dnia codziennego.
2. Zwiększenie jakości życia.
3. **Cele programu**
4. Cel główny

Zapewnienie dostępu do zabiegów rehabilitacyjnych pozwalających na dłuższe utrzymanie sprawności i poprawa jakości życia dla osób po 70 roku życia w Gminie Miasta Sopot.

1. Cele szczegółowe
* Identyfikacja problemów zdrowotnych beneficjentów programu.
* Podjęcie odpowiednich działań, z zakresu rehabilitacji, mających na celu polepszyć stan zdrowotny osoby starszej.
* Podniesienie świadomości uczestników na temat walki z niepełnosprawnością.
1. Oczekiwane efekty

Poprawa stanu psychofizycznego uczestników programu.

1. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu
* Porównanie wyników badań lekarskich uczestników przed i po udziale w programie.
* Porównanie wyników z ankiety badającej stan psychofizyczny, przed i po udziale w programie.
1. **Adresaci programu (populacja programu)**
2. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Adresatami programu są mieszkańcy Sopotu w wieku powyżej 70 r.ż. Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 200 osób spośród 6878 mieszkańców po 70 r.ż. [[66]](#footnote-66) O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się. Pierwszeństwo w udziale mają osoby które nigdy nie korzystały z programu. W programie uczestniczyć mogą osoby, które w ubiegłym roku nie korzystały z programu.

1. Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania mieszkańców Gminy Miasta Sopotu o programie.

**4. Organizacja programu**

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.

2. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopotu.

4. Zakwalifikowanie uczestników do programu na podstawie ustalonych kryteriów oraz wypełnienie ankiety oceniającej stan psychofizyczny każdego z uczestników.

6. Zorganizowanie turnusów rehabilitacyjnych.

7. Przeprowadzenie anonimowych ankiet wśród beneficjentów programu dotyczących zadowolenia z programu.

8. Zakończenie turnusów rehabilitacyjnych.

1. Planowane interwencje
* W trakcie turnusu rehabilitacyjnego każdy pacjent będzie codziennie poddawany badaniu lekarskiemu.
* Dla każdego uczestnika zostanie opracowany indywidualny program rehabilitacyjny (obejmujący zabiegi fizjoterapeutyczne, gimnastykę oddechową na tężni, oraz gimnastykę usprawniającą obiad, w ramach codziennych pobytów w placówce).
* Rehabilitacja będzie odbywała się w postaci 10 dniowych turnusów rehabilitacyjnych, w trybie dziennym od 9.00 do 15.00.
* Dla każdego pacjenta prowadzona będzie dokumentacja medyczna.
* Podczas pobytu w sanatorium pacjentami będzie opiekować się wykwalifikowana pielęgniarka.
* W trakcie pobytu organizowane będą pogadanki, wykłady, filmy edukacyjne nt schorzeń wieku podeszłego.
* Pacjentom zapewniony będzie obiad w ramach kosztów placówki medycznej.
1. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników
* Wiek - powyżej 70 r. ż,
* zamieszkanie na terenie Gminy Miasta Sopotu,
* brak przeciwskazań zdrowotnych do udziału w turnusie rehabilitacyjnym.
1. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wzięcie udziału w programie dla każdej z zakwalifikowanych uczestników jest bezpłatne. Uczestnicy będą zobowiązani do uczestnictwa w każdym z etapów programu.

1. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Działania podjęte w ramach programu mają zwiększyć dostępność różnych form opieki zdrowotnej (podstawowa opieka zdrowotna, opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, lecznictwo uzdrowiskowe), skrócić czas oczekiwania na dane świadczenia oraz poszerzyć jej zakres dla osób starszych.

1. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Program umożliwi beneficjentom skorzystanie z turnusów rehabilitacyjnych. Dzięki kompleksowej rehabilitacji (indywidualnie dopasowanej do potrzeb danej osoby) seniorzy będą mogli utrzymać bądź poprawić swoją sprawność fizyczną, w tym zdolność do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi.

Program dla uczestnika kończy się wzięciem udziału w 10 dniach turnusu.

1. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Przed rozpoczęciem procesu rehabilitacji ruchowej osób starszych powinno nastąpić dokładne określenie stanu układu krążenia, układu oddechowego, zmian w obrębie narządu ruchu, ocena możliwości komunikowania się z otoczeniem oraz stan psychiczny danej osoby. Ogólny stan pacjenta można ocenić za pomocą różnych testów oceniających. Testy te mogą służyć ocenie równowagi ciała, ryzyka upadków, chodu czy zdolności do wykonywania prostych czynności. Na tej podstawie określa się cel terapii ruchowej oraz indywidualny plan rehabilitacyjny. Podczas procesu usprawniania należy cały czas monitorować stan osoby starszej, a w razie jakichkolwiek niekorzystnych zmian-modyfikować.[[67]](#footnote-67)

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpływają:

* wysokie kompetencje realizatorów programu,
* wyspecjalizowana kadra z przynajmniej rocznym doświadczeniem (w pracy związanej z rehabilitacją osób starszych),
* stosowanie kart badań lekarskich,
* indywidualne dobranie zabiegów dla danej osoby,
* przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
* ochrona danych osobowych beneficjentów programu.

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane
i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

1. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 991) który:

• prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

• prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,

• posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,

• zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,

• zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszelkie działania zaplanowane w programie zawarte są w Ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r. [[68]](#footnote-68)

Rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo. Oznacza to, że przede wszystkim powinna skupiać się na rehabilitacji głównego problemu osoby starszej, np. na złamaniu szyjki kości udowej. W pierwszej fazie priorytetem powinno być jak najszybsze przywrócenie sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych, a następnie przywracanie sprawności w zakresie bardziej złożonych czynności. Obecnie coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów, które zawierają elementy jogi, gimnastyki czy tańca. Gimnastyka stanowi jedną z najbardziej wszechstronnych form ćwiczeń. W zależności od możliwości i potrzeb pacjenta może przyczynić się do poprawy gibkości i równowagi ciała. W jej zakres wchodzą także ćwiczenia wzmacniające kości u pacjentów z osteoporozą czy np. ćwiczenia mięśni dna miednicy u kobiet z nietrzymaniem moczu. Ostatnio nastąpił wzrost zainteresowania ćwiczeniami, które oddziałują na zasadzie umysł – ciało.

Rehabilitacja ruchowa seniorów powinna skupiać się na 3 podstawowych rodzajach ćwiczeń, do których zalicza się ćwiczenia aerobowe (wytrzymałościowe), siłowe oraz rozciągające. Trening siłowy może w znacznym stopniu spowolnić tempo utraty masy i siły mięśni, należy jednak pamiętać, że na pewno nie zatrzyma tego procesu, który postępuje zgodnie z wiekiem. W związku z tym, często wykorzystywany jest w utrzymywaniu wysokiej sprawności w zdrowej populacji osób starszych. Trening polega na wykonywaniu ruchu przeciwko oporowi, który wywierany jest przez przeciwdziałającą siłę.

Udowodniono, że w przypadku osób starszych już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści. Dla seniorów zalecane są sesje treningowe składające się z 8 rodzajów ćwiczeń, które oddziałują na najważniejsze z punktu widzenia funkcjonalności grupy mięśniowe. Zalicza się do nich mięśnie ramion, barków, nóg, ud oraz kręgosłupa. Celem treningu wytrzymałościowego jest zwiększanie zdolności do wykonywania długotrwałych wysiłków dynamicznych. Intensywność treningu powinna być cały czas monitorowana za pomocą pomiaru częstości skurczów serca.

Trening wytrzymałościowy może być prowadzony codziennie w przypadku osób zdrowych, z kolei u osób o obniżonej wydolności fizycznej nie częściej, niż co drugi dzień. Ogólnodostępne rekomendacje zalecają, jako optymalny trening wytrzymałościowy, ćwiczenia 2 razy w tygodniu po 30 minut. **Bardzo szybko dostrzegalne są jego korzyści, w tym poprawa stanu psychicznego seniora, objawiająca się wzrostem samooceny czy poprawą zdolności poznawczych***.* W wyniku regularnego treningu wytrzymałościowego następuje zmniejszenie odczuwania zmęczenia, poprawia się stabilność metaboliczna mięśni, wzrasta także siła i masa mięśniowa. Niewątpliwie trening ten przyczynia się do poprawy jakości życia osób w starszym wieku.

Należy również pamiętać, aby właściwe ćwiczenia poprzedzić zawsze rozgrzewką, która w przypadku osób starszych powinna być dłuższa i bardziej stopniowana.[[69]](#footnote-69)

iv. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

* „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” miasto Jaworzno
* zakłada zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii i zabiegi dotyczące poprawy stanu funkcjonalnego pacjenta,
* program jednoroczny.
* „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy 2013 - 2017”
* zakłada kinezyterapię i fizykoterapię,
* program trwa dwa lata.

Wymienione wyżej programy otrzymały pozytywną opinię AOTMiT

1. **Koszty**
2. Koszty jednostkowe

Planowany, średni koszt na jednego uczestnika to około 450 zł. W skład kosztów wlicza się:

* zabiegi wykonywane przez fizjoterapeutę,
* konsultacja lekarska,
* opieka pielęgniarki,
* wynagrodzenie koordynatora,
* zapewnienie obiadu podczas każdego dnia turnusu.
1. Planowane koszty całkowite

Szacowany koszt realizacji programu to 100 000 zł rocznie.

W ramach tej kwoty mają być wykonane wszystkie części organizacyjne Programu. Za realizację Programu będzie odpowiadała placówka medyczna wyłoniona w ogłoszonym konkursie.

1. Źródła finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w całości z budżetu Gminy Miasta Sopotu.

1. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Samorząd Gminy Miasta Sopotu podejmując decyzję o finansowaniu tego programu polityki zdrowotnej kierował się przede wszystkim faktem, że niepełnosprawność osób starszych jest narastającym problemem zdrowotnym i dotyczy w znacznym stopniu także mieszkańców Sopotu.

Realizacja ww. programu pozwoli seniorom skorzystać z kompleksowej opieki zdrowotnej (badanie lekarskie, indywidualnie dobrana rehabilitacja). Program umożliwi utrzymanie bądź poprawę sprawności fizycznej, w tym zdolności do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi.

**6. Monitorowanie i ewaluacja**

1. Ocena zgłaszalności do programu
* liczba osób zgłoszonych do udziału w programie,
* liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
* liczba osób obecnych na poszczególnych zabiegach.
1. Ocena jakości świadczeń w programie
* ankieta dotycząca zadowolenia z udziału programie wykonywana po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego
1. Ocena efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu.

Ocena efektywności zostanie dokonana poprzez:

* analizę wyników badań lekarskich uczestników przed i po udziale w turnusie rehabilitacyjnym,
* analizę ankiet dotyczących stanu psychofizycznego uczestników przed i po udziale
w programie.
1. Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności
w kolejnych edycjach programu.

**7. Okres realizacji programu**

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji.

1. Raport WHO „Światowe problemy w chorobach jamy ustnej.”, 2005 [↑](#footnote-ref-1)
2. O`Sullivan EA, Curzon ME. A comparison of acidic dietary factors in children with and without erosion. J Dent for Childr 2000; 67:186-92. [↑](#footnote-ref-2)
3. Report WHO, „Oral health”, 2003, who.int/oral\_helath /media/en/orh\_report03\_en.pdf [↑](#footnote-ref-3)
4. Pawka B, Dreher P, Herda J, Szwiec I, Krasicka M. „ Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym” [↑](#footnote-ref-4)
5. Raport Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, „Musimy poważnie zając się próchnicą”, www.AllianceForCavityFreeFuture.org [↑](#footnote-ref-5)
6. Anna Wójcicka, Magdalena Zalewska, Ewa Czerech, Robert Jabłoński, Stanisława Zyta Grabowska,

Elżbieta Maciorkowska „ Próchnica wieku rozwojowego chorobą cywilizacyjną”, Przegląd epidemiologiczny 2012; 66: 705 - 711 [↑](#footnote-ref-6)
7. Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005 [↑](#footnote-ref-7)
8. Ministerstwo Zdrowia. Ogólnokrajowy Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowania Polska 2002 /dzieci w wieku 3 lat, ich rodzice w wieku 35-44 lat oraz dziadkowie w wieku 65-74 lat/, Warszawa, 2002 [↑](#footnote-ref-8)
9. Pawka B, Dreher P, Herda J i in. Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. Probl Hig Epidemiol 2010; 91 (1):5-7. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dental caries levels (DMFT index) among 12-year-olds in Europe, 2004 [↑](#footnote-ref-10)
11. Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 14.11.2023 [↑](#footnote-ref-11)
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego [↑](#footnote-ref-12)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. [↑](#footnote-ref-13)
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005 [↑](#footnote-ref-15)
16. Raport WHO, „Światowe problemy w chorobach jamy ustnej.” [↑](#footnote-ref-16)
17. Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ziętek Marek, Fundacja Rozwoju Zdrowia Jamy Ustnej, Konsensus grupy ekspertów nad auspicjami Fundacji Promocji Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa, grudzień 2014r. [↑](#footnote-ref-18)
19. Janus S., Olczak-Kowalczyk D., Wysocka M., Rola lekarzy nie stomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa, Borgis - Nowa Pediatria, 1/2011, 6-14 [↑](#footnote-ref-19)
20. Stodolak A., Fuglewicz A., „Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 1, s. 76-81, [↑](#footnote-ref-20)
21. Chłapowska J. Gerreth K., Pilipczuk-Paluch K., Borysewicz-Lewicka M, Ocena dynamiki próchnicy u 6-letnich dzieci
z województwa lubuskiego, Klinika Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu, Dent. Med. Probl. 2012, 49, 2, 166-172 [↑](#footnote-ref-21)
22. M. Krzakowski, K.Herman, J.Jassem, W.Jędrzejczak, J.R.Kowalczyk, M.Podolak Dawid, Onkologia w Praktyce Klinicznej ” Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych część I”, 2007 [↑](#footnote-ref-22)
23. M.Bonczyk, R.Zdrojowy,, D.Makota, A.Kołodziej „Testosteron a rak stercza” Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, Urologia Polska, 2008/61/1 [↑](#footnote-ref-23)
24. A.Deluga, B.Ślusarska, E.Belmas, M.Charzyńska-Gula „Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego”, Probl Hig Epidemiol 2015, 96(4): 757-762 [↑](#footnote-ref-24)
25. R. Kordek, Onkologia, podręcznik dla studentów i lekarzy, Gdańsk 2013 [↑](#footnote-ref-25)
26. M Krzakowski, A.. Kawecki, Nowotwory złośliwe, postępowanie wielodyscyplinarne, tom I, Lublin 2012 [↑](#footnote-ref-26)
27. M. Krzakowski, K. Warzocha, Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Gdańsk 2013, [↑](#footnote-ref-27)
28. E. Senkus-Konefka, R. Zdrojowy, Nowotwory układu moczowo-płciowego, Gdańsk 2013 [↑](#footnote-ref-28)
29. A.Deluga, B.Ślusarska, E.Belmas, M.Charzyńska-Gula „Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego”, Probl Hig Epidemiol 2015, 96(4): 757-762 [↑](#footnote-ref-29)
30. Raport Prostata na lata, epidemiologia, profilaktyka i leczenie nowotworu gruczołu krokowego w Polsce , Warszawa 2013 [↑](#footnote-ref-30)
31. Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku, „Nowotwory złośliwe w województwie Pomorskim w 2011 roku”, Gdańsk 2013 [↑](#footnote-ref-31)
32. Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 14.11.2023 [↑](#footnote-ref-32)
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki [↑](#footnote-ref-33)
34. Raport Prostata na lata, epidemiologia, profilaktyka i leczenie nowotworu gruczołu krokowego w Polsce Warszawa, 2013 [↑](#footnote-ref-34)
35. Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku, „Nowotwory złośliwe w województwie Pomorskim w 2011 roku”, Gdańsk 2013 [↑](#footnote-ref-35)
36. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych

Diabetologia Kliniczna 2015, tom 4, Suplement A Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Rozdział 5 [↑](#footnote-ref-36)
37. K.Pastewka, ”Łagodny rozrost gruczołu krokowego”, Postępy Nauk Medycznych s1/2014, s. 33-42 [↑](#footnote-ref-37)
38. K. Matuszewska, M.Matuszewski, J.Jassem, Rola badań przesiewowych w raku gruczołu krokowego, Współczesna Onkologia, 2003 [↑](#footnote-ref-38)
39. „ PSA marker nowotworowy”, eUrologia.pl, www.eurologia.pl/g/383,psa-swoisty-antygen-sterczowy [↑](#footnote-ref-39)
40. Standardy jakości w zakresie czynności laboratoryjnej diagnostyki medycznej, w tym immunologii medycznej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań, Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 roku. [↑](#footnote-ref-40)
41. G. Chołubek, K. Wiktor, D. Robak-Chołubek, L. Putowski, H. Wiktor, ”Ultradźwięki w położnictwie – bezpieczeństwo coraz większe?” 2012 [↑](#footnote-ref-41)
42. Krajowy Rejestr Nowotworów [dokument elektroniczny], onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego [↑](#footnote-ref-42)
43. European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, „ PSA screening cuts deaths by 20%, says world’s largest prostate cancer study**”, Stockholm, Sweden 2009** [↑](#footnote-ref-43)
44. K. Matuszewska, M.Matuszewski, J.Jassem, Rola badań przesiewowych w raku gruczołu krokowego, Wspolczesna Onkologia, 2003 [↑](#footnote-ref-44)
45. R.Dadej, P.Cieslinski, Z.Kwias, Rak Stercza, Wspolczesna Onkologia, 2002 [↑](#footnote-ref-45)
46. M. Krzakowski „ Raport prostata na lata 2013”, Warszawa 2013 [↑](#footnote-ref-46)
47. Krajowy Rejestr Nowotworów [dokument elektroniczny] www.onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego [↑](#footnote-ref-47)
48. „ PSA marker nowotworowy”, eUrologia.pl [↑](#footnote-ref-48)
49. Kaczmarczyk M., Kozieł D., Trafiałek E.: Starość jednostkowa i demograficzna w zadaniach gerontologii i polityki społecznej. „Studia Medyczne” 2009, nr 15, s 61 – 67 [↑](#footnote-ref-49)
50. Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416 [↑](#footnote-ref-50)
51. Derejczyk J. i In.: Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatria. „Gerontologia Polska” 2003 nr 3, s. 67 – 83 [↑](#footnote-ref-51)
52. Janiszewska M. i In.: Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. „Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu” 2011 nr 2, s. 90 - 95 [↑](#footnote-ref-52)
53. Kędziora – Kornatowska K., Kornatowski T., Zielińska – Więczkowska H.: Starość jako wyzwanie. „Gerontologia Polska” 2008, nr 3, s 131 – 136 [↑](#footnote-ref-53)
54. Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381 [↑](#footnote-ref-54)
55. Rzecznik Praw Obywatelskich.: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. [online] 2012. [↑](#footnote-ref-55)
56. Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416 [↑](#footnote-ref-56)
57. Stogowski A., Wieczorkowska – Tobis K.: Związek starzenia z niepełnosprawnością. „Gerontologia Polska” 2014 nr 3, s. 156 – 160 [↑](#footnote-ref-57)
58. Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416 [↑](#footnote-ref-58)
59. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce [online] 2012 [↑](#footnote-ref-59)
60. Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381 [↑](#footnote-ref-60)
61. Rzecznik Praw Obywatelskich.: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, 2012 [↑](#footnote-ref-61)
62. Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 14.11.2023 [↑](#footnote-ref-62)
63. Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. [↑](#footnote-ref-63)
64. Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381 [↑](#footnote-ref-64)
65. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce [online] 2012 [↑](#footnote-ref-65)
66. Urząd Miasta Sopotu, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 14.11.2023 [↑](#footnote-ref-66)
67. Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W. „ Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie, 2013. [↑](#footnote-ref-67)
68. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony

uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych [↑](#footnote-ref-68)
69. Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W. „ Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie, 2013. [↑](#footnote-ref-69)