

UCHWAŁA NR .../.../2021  
RADY GMINY EŁK  
z ..... grudnia 2021 r.

w sprawie przyjęcia  
Programu polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026  
w zakresie  
profilaktyki i wczesnego wykrywania  
reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS)

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm.), art. 48 ust. 1, 3 i 5 oraz art. 48 a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.), Rada Gminy Ełk uchwała, co następuje:

- § 1. Przyjmuje się do realizacji Program polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), będący załącznikiem do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ełk.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący  
Rady Gminy Ełk

**Bogdan Jurczyk**

Sporządziła: Aneta Dźwilewska  
Sprawdził: Piotr Strykowski

Podpisany w systemie prawnym  
uwaga: nie wnoszę  
RADCA PRAWNICZY  
Grzegorz Grzeszczyński



Załącznik do Uchwały Nr ...../2021  
Rady Gminy Ełk z dnia 30 grudnia 2021 r.



**Program polityki zdrowotnej  
Gminy Ełk  
na lata 2022–2026**

**w zakresie  
profilaktyki i wczesnego wykrywania  
reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS)**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie  
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

**Ełk, 2021**

## Spis treści

Spis treści .....	2
Spis tabel:.....	3
Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji .....	4
Modelowe rozwiązanie .....	4
1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
a. Choroba lub problem zdrowotny .....	5
b. Epidemiologia .....	6
c. Obecne postępowanie.....	7
2. Cele programu i mierniki efektywności .....	9
a. Cel główny .....	9
b. Cele szczegółowe .....	9
c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu .....	9
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji .....	10
a. Populacja docelowa.....	10
b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu .....	10
c. Planowane interwencje.....	12
1. Rekrutacja uczestników.....	12
2. Kwalifikacja do działań w ramach programu .....	13
3. Szkolenia dla personelu medycznego .....	13
4. Lekarska wizyta kwalifikacyjna.....	13
5. Działania informacyjno-edukacyjne .....	14
6. Diagnostyka serologiczno-radiologiczna .....	16
d. Sposób udzielania świadczeń .....	16
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	17

4. Organizacja programu .....	19
a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów .....	19
Ad 4. Wybór realizatora .....	20
Ad 5. Akcja informacyjna.....	20
Ad 7 Monitoring działań.....	20
Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu.....	20
b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	21
5. Monitorowanie i ewaluacja .....	23
a. Monitorowanie.....	23
b. Ewaluacja .....	25
6. Koszty .....	27
a. Koszty jednostkowe.....	27
b. Planowane koszty całkowite .....	28
c. Źródła finansowania, partnerstwo .....	30
7. Bibliografia .....	31
8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora .....	33
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu.....	33
b. Zgoda na udział w programie.....	35
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne.....	37

**Spis tabel:**

Tabela 1. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu .....	28
Tabela 2. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim. ....	29
Tabela 3. Planowany roczny budżet programu w zł. ....	29

## **Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 161/2020 z dnia 29 czerwca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy), data ukończenia Raportu: czerwiec 2020.

## **Modelowe rozwiązanie**

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

## 1. Opis problemu zdrowotnego

### a. Choroba lub problem zdrowotny

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest to przewlekła choroba układowa tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. RZS charakteryzuje się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów oraz występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, które mogą prowadzić do niepełnosprawności, inwalidztwa i przedwczesnej śmierci. Wyróżnia się serologicznie dodatnią albo ujemną postać choroby (Szczeklik 2017).

Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia rolę odgrywają takie czynniki, jak: zakażenia drobnoustrojami, czynniki genetyczne i środowiskowe. Szacuje się, że wpływ genów na ryzyko zachorowania na RZS wynosi około 50-60%. Wystąpienie RZS w rodzinie zwiększa ryzyko zachorowania u osób w pierwszym stopniu pokrewieństwa od 2 do 10 razy. Kobiety częściej zapadają na to schorzenie w stosunku do mężczyzn (ryzyko 3:1), a przyczyny tego stanu nadal nie są znane (IRW 2014). Czynniki środowiskowe związane z występowaniem RZS to m.in. palenie tytoniu i choroby przyzębia (Szczeklik 2017).

Rozpoznanie RZS ustala się obecnie na podstawie kryteriów EULAR/ACR z 2010 r. u pacjentów, u których występuje klinicznie jawne zapalenie błony maziowej  $\geq 1$  stawu lub u których zapalenia błony maziowej nie można lepiej wyjaśnić inną chorobą (Szczeklik 2017).

Badania pomocnicze w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów obejmują badania laboratoryjne, badanie płynu stawowego i badania obrazowe. Ponadto każda napotkana forma zapalenia stawów, w szczególności zajmująca stawy rąk, wymaga różnicowania z RZS (Szczeklik 2017).

Choroba typowo atakuje te same miejsca po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk i stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów. Charakterystycznymi objawami tej choroby są: ból, sztywność poranna, obrzęki, tkliwość stawów na ucisk, ograniczenie ruchomości stawów oraz deformacje stawów (Guła 2017).

Podstawowym celem leczenia chorego na RZS jest długotrwała poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem, którą można osiągnąć poprzez kontrolę objawów choroby, zapobieganie zmianom destrukcyjnym oraz przywrócenie sprawności i funkcjonowania w społeczeństwie. Metody stosowane w leczeniu RZS obejmują edukację pacjenta, leczenie farmakologiczne, rehabilitację oraz leczenie ortopedyczne (Szczeklik 2017).

Zastosowanie strategii wczesnego wykrywania i intensywnego leczenia, umożliwi osiągnięcie remisji i wpływa na opóźnienie rozwoju niesprawności w ciągu 2 pierwszych lat choroby. Chorzy z RZS żyją zazwyczaj 7 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną. Główne przyczyny to częstsze i wcześniejsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego (Szczeklik 2017).

#### **b. Epidemiologia**

Oszacowanie liczby pacjentów chorych na choroby reumatyczne w Polsce jest trudne. Brakuje wiarygodnych danych dotyczących pacjentów reumatologicznych leczonych w systemie otwartym, sprawozdawczość poradni reumatologicznych jest niepełna, a dane NFZ nie uwzględniają świadczeniodawców niezawierających umów z płatnikiem (Uł 2011).

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej w Polsce, w roku 2016, zgłoszono ponad 15 tys. przypadków schorzeń z ww. grupy chorób. Najwyższy współczynnik zapadalności rejestrowanej w 2016 r., na choroby układu tkanki łącznej, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (38,4/100 tys. osób). Najniższą wartość wskaźnika tego odnotowano natomiast w województwie kujawsko-pomorskim (23,2/100 tys. osób) (MPZ 2018).

Zapadalność rejestrowana na choroby układowe tkanki łącznej różni się w ściśle określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności w przypadku mężczyzn przypada na grupę wiekową 65+ (39,9/100 tys.). Natomiast wśród kobiet największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 lat (80,8/1000 tys.). Najmniejszą zapadalność na choroby układowe tkanki łącznej odnotowuje się w przedziale wiekowym <18, w przypadku kobiet (10,9/100 tys.) oraz u mężczyzn w wieku 18-44 lat, (4,3/100 tys.) (MPZ 2018).



Główny Urząd Statystyczny w raporcie opisującym liczbę zgonów wśród Polaków na reumatoidalne zapalenie stawów, nie podaje szczegółowych danych dotyczących ww. choroby. Należy podkreślić, iż RZS jest zaliczane do grupy chorób układowych tkanki łącznej, przez co poniższe dane mają charakter zbiorczy. Między latami 2007 a 2018, liczba zgonów z powodu chorób układowych tkanki łącznej oscyluje między 400-500 zgonów. Najmniejszą liczbę zgonów odnotowano w 2010 roku na poziomie 473 przypadków. W roku 2013 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu ww. grupy chorób na poziomie 612 zgonów (GUS 2020).

### **Epidemiologia województwo warmińsko-mazurskie**

Według map potrzeb zdrowotnych, dla woj. warmińsko-mazurskiego, województwo cechował **najwyższy w Polsce współczynnik zapadalności rejestrowanej na choroby układu tkanki łącznej w 2016 r., (38,4/100 tys. osób).**

Na podstawie Map potrzeb zdrowotnych dla województwa warmińsko mazurskiego wynika, że w 2019 roku 122 osoby były hospitalizowane z powodu rozpoznania M05 – sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów i 9 osób z rozpoznaniem M06 – inne reumatoidalne zapalenie stawów.

### **c. Obecne postępowanie**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736) lekarz POZ w ramach świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (część IV rozporządzenia) może zlecić wykonanie:

- badań hematologicznych, w tym morfologii krwi z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, oraz odczynu opadania krwinek czerwonych (OB),
- badań biochemicznych i immunochemicznych, w tym:
  - proteinogramu,
  - aminotransferazy alaninowej (ALT),
  - aminotransferazy asparaginianowej (AST),
  - kwasu moczowego,

Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) na lata 2022-2026

- kreatyniny,
- stężenia białka C-reaktywnego (CRP)
- czynnika reumatoidalnego (RF),
- badanie ogólne moczu.

Natomiast zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357) w ramach porady specjalistycznej z zakresu reumatologii możliwe jest wykonanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, a także RTG.

Ponadto w ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2016-2020 „Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów”, który realizowany był przez 10 ośrodków leczniczych w całej Polsce. Program ten w swoich założeniach obejmował edukację personelu medycznego, edukację pacjentów oraz przeprowadzanie badań przesiewowych. Koszt całego programu zaplanowany był na 17 196 654 PLN

Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów.

## 2. Cele programu i mierniki efektywności

### a. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy dotyczącej RZS, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 30% ze wszystkich uczestników programu rekrutujących się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Ełk, w latach 2022–2026.

### b. Cele szczegółowe

- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% personelu medycznego w zakresie RZS, udzielających świadczeń na terenie Gminy Ełk, w latach 2022–2026.
- Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 20% świadczeniobiorców w zakresie RZS. wśród uczestników programu zamieszkujących Gminę Ełk, w latach 2022–2026.

### c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek osób z personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
- Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

Wartości wskaźników określane będą zarówno przed, jak i po realizacji programu, gdyż dopiero uzyskana zmiana w zakresie tych wartości oraz jej wielkość, stanowią o wadze uzyskanego efektu programu

### 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

#### a. Populacja docelowa

Gmina Ełk ma 11 910 mieszkańców, z czego 48,3% stanowią kobiety, a 51,7% mężczyźni. Osoby powyżej 18 roku życia liczą około 9 300 mieszkańców i to one stanowią będą całościową planowaną populację docelową programu.

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Ełk z populacji wysokiego ryzyka wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

**Działania edukacyjne i informacyjne** kierowane są do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Ełk.

**Działania diagnostyczne** będą adresowane do osób wykazujących ryzyka zdrowotne w kierunku możliwości wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), zakwalifikowane na podstawie wyników uzyskanych podczas wizyty diagnostycznej, ale jednocześnie nie pozostają pod opieką poradni reumatologicznej.

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium włączenia, zameldowani na stałe lub czasowo na terenie Gminy Ełk, dla których jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

#### b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

**Działania diagnostyczne dla mieszkańców:**

**Kryteria ogólne włączenia** do programu dla populacji:

- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- podpisanie przez rodzica/opiekuna uczestnika programu poniżej 18 roku życia druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej; w przypadku osób, które ukończyły 16. lat, wymagana będzie również ich zgoda, wraz ze zgodą rodzica/opiekuna;

- profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Ełk na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia); albo w przypadku gdy dla przynajmniej jednego ich rodzica/opiekuna prawnego jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia);
- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie.

**Kryteria medyczne włączenia do programu to:**

osoby, które w formularzu zgłoszeniowym do programu wskażą na przynależność do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia RZS, tj.:

- osoby palące tytoń;
- osoby z nadwagą lub otyłością;
- osoby w których rodzinie pojawiły się przypadki RZS;
- osoby, u których występują objawy wskazujące na RZS.,

**Kryteria wyłączenia z programu:**

- zdiagnozowane wcześniej reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej reumatologicznej;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie Gminy Ełk;
- brak udokumentowania potwierdzającego rozliczenie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla miasta Ełku;
- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie;
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

### **Szkolenia personelu medycznego:**

W ramach programu zaplanowano także szkolenia personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej, w zakresie działań ukierunkowanych na zwiększanie wykrywalności i poprawę diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów.

**Kryterium włączenia** będzie wyrażenie chęci uczestniczenia w zajęciach, a także wykonywanie usług medycznych na terenie Gminy Ełk.

Do zajęć edukacyjnych zaproszony zostanie personel medyczny rekrutujący się spośród osób, która ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:

- osoby realizujące działania informacyjnoedukacyjne;
- lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.

**Kryterium wykluczającym** będzie ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat oraz posiadanie wiedzy i doświadczenia w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2022 do końca 2026.

### **c. Planowane interwencje**

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów.

#### **1. Rekrutacja uczestników**

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie

zameldowania/odprowadzania podatku zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

## **2. Kwalifikacja do działań w ramach programu**

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarz. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

## **3. Szkolenia dla personelu medycznego**

W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje rada ds. programu.

Treści szkolenia są dostosowane do potrzeb każdej z grup personelu medycznego. W szczególności należy wyczerpująco omówić wszystkie tematy, które będą poruszane w ramach działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców.

Formy szkolenia są dostosowane do tematyki oraz wynikających z nich potrzeb, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje, trening umiejętności praktycznych w kontakcie bezpośrednim.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

## **4. Lekarska wizyta kwalifikacyjna**

Przeprowadzenie wizyty kwalifikacyjnej jest zalecane przez wiele rekomendacji medycznych, (m.in. NICE 2018, FSR 2014, BSR 2013, SIGN 2011, TLAR 2011, HKSR 2010 oraz ACR/EULAR 2010).

Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie reumatologiczne w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka.

Lekarz wykonujący świadczenie podejmuje decyzję o dalszych losach pacjenta w programie:

- zakwalifikowaniu do interwencji informacyjno-edukacyjnej dedykowanej świadczeniobiorcom przynależącym do grup wysokiego ryzyka, a jednocześnie braku podejrzenia RZS,
- zakwalifikowaniu do interwencji informacyjno-edukacyjnej dedykowanej świadczeniobiorcom przynależącym do grup wysokiego ryzyka oraz skierowaniem

świadzeniobiorcy na dalsze badania („diagnostyka serologiczno-radiologiczna”) w przypadku podejrzenia RZS,

- lub zakończeniem udziału w programie w przypadku stwierdzenia u świadczeniobiorcy braku przesłanek za przynależnością do grupy wysokiego ryzyka.

Ocena ryzyka wystąpienia RZS powinna opierać się o określone kryteria klasyfikacji, np. klasyfikację ACR/EULAR 2010.

## **5. Działania informacyjno-edukacyjne**

Będą adresowane do całej dorosłej populacji zamieszkującej Gminę Ełk i dotyczyć będą przygotowania i dystrybucji materiałów z informacjami na temat RZS. Mogą one mieć charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Środki przekazu są dobrane do warunków lokalnych oraz grupy docelowej, np.: ulotki, plakaty, ogłoszenia prasowe, komunikaty radiowe, strona internetowa, mobilna aplikacja. Drukowane formy przekazu powinny być rozmieszczane w miejscach widocznych i dostępnych dla odbiorców przekazu, np. w poradniach POZ i poradniach reumatologicznych.

Personel medyczny powinien przekazywać świadczeniobiorcom informacje na temat programu oraz istoty podejmowanych w jego ramach działań.

Działania edukacyjno-informacyjnej nakierowane są na podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej nt. RZS, w tym co najmniej:

- potencjalnych czynników ryzyka występowania RZS w populacji,
- korzyści wynikających z codziennej aktywności fizycznej, w tym dotyczące obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia RZS w stosunku do ich niestosowania,
- szkód wynikających z palenia tytoniu oraz wielochorobowości wynikającej z nałogu,
- identyfikacji wczesnych objawów RZS, które wymagają konsultacji lekarskiej,
- ogólnego obniżenia jakości życia w związku z rozwojem choroby,



- roli fizjoterapii na poszczególnych etapach rozwoju choroby, w tym szczególnie: stosowania czynnej kinezyterapii, poizometrycznej relaksacji mięśni, automasażu rozluźniającego tkanki,
- roli stosowania prawidłowo zbilansowanej diety oraz utrzymania lub dążenia do uzyskania odpowiedniej masy ciała,
- skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia RZS.

Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja, instruktaż wykonywania ćwiczeń i technik rozluźniania tkanek. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.

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

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.: materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów”.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia mogą zostać rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty 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.

#### **6. Diagnostyka serologiczno-radiologiczna**

O skierowaniu świadczeniobiorców na badania serologiczno-radiologiczne decyduje lekarz, który przeprowadził wizytę kwalifikacyjną.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Ełk w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Realizator winien dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

#### **d. Sposób udzielania świadczeń**

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2022–2026. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie

zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

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

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Zakończenie udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- po stwierdzeniu braku przynależności do grupy wysokiego ryzyka w czasie lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej;

- w przypadku świadczeniobiorców, którzy znajdują się w grupie ryzyka, a nie zostali skierowani na diagnostykę serologiczno-radiologiczną – po ukończeniu uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- w przypadku świadczeniobiorców, którzy zostali skierowani na diagnostykę serologiczno-radiologiczną – po omówieniu wyniku diagnostyki serologiczno-radiologicznej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

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

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

## 4. Organizacja programu

### a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano do realizacji następujące działania:

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 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.
3. 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).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Akcja informacyjna.
6. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej, działań informacyjno-edukacyjnych, diagnostyki serologiczno-radiologicznej.
7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).

8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

#### **Ad 4. Wybór realizatora**

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

#### **Ad 5. Akcja informacyjna**

Skierowana do mieszkańców Gminy Ełk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Ełk, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych oraz o ramach organizacyjnych akcji.

#### **Ad 7 Monitoring działań**

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

#### **Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu**

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

**b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Ełk przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach:

- **szkolenia personelu medycznego** realizator zapewni odpowiednią kadrę, mogą być to: Eksperti: lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS oraz fizjoterapeuta posiadający doświadczenie w ocenie funkcjonalnej i prowadzeniu terapii RZS, którzy są w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu

- **lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej** - lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu RZS, lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez ekspertów szkolenia dla personelu medycznego PPZ;
- **działań informacyjno-edukacyjnych** - lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjnoedukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez ekspertów w ramach PPZ.;
- **diagnostyki serologiczno-radiologicznej** - zgodnie z obowiązującymi przepisami dot. prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.



## 5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

### Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2022–2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych

#### a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Instytucji finansującej programem, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które wzięły udział w lekarskiej wizycie kwalifikacyjnej;
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba osób poddanych diagnostyce serologiczno-radiologicznej;
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;

- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie reumatologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorne wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

## b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu);

- liczbie świadczeniobiorców, które nie zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;
- liczbie świadczeniobiorców, które zostały zakwalifikowane do grupy wysokiego ryzyka w czasie wizyty kwalifikacyjnej;
- liczbie świadczeniobiorców, które uzyskały lub utrzymały wysoki poziom wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- liczbie świadczeniobiorców, u których doszło do zdiagnozowania RZS w ramach programu.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

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

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

## 6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2022–2026 została przeznaczona kwota około 561 025 zł na cały 5 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada pięcioletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

### a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej, koszt przygotowania materiałów edukacyjnych, koszt

prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego, koszt realizacji lekarskich wizyt kwalifikacyjnych, koszt prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców, koszt wizyt, na których świadczeniobiorcy otrzymają wyniki przeprowadzonych badań serologiczno-radiologicznych, koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Tabela 1. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

rodzaj działania	bezpośredni koszt działania	koszty pośrednie	razem koszt działania
kwalifikacja uczestnika do programu	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł
wizyta lekarska kwalifikacyjna	102,00 zł	18,00 zł	120,00 zł
badania serologiczno-radiologiczne	170,00 zł	30,00 zł	200,00 zł
konsultacja lekarska po wykonaniu badań	85,00 zł	15,00 zł	100,00 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	4,25 zł	0,75 zł	5,00 zł
Szkolenia dla personelu medycznego za kurs	1 700,00 zł	300,00 zł	2 000,00 zł
Działania informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych na 1 uczestnika	4,25 zł	0,75 zł	5,00 zł
kwalifikacja uczestnika do programu	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie m.in. uśrednienia cen z portalu [www.kliniki.pl](http://www.kliniki.pl)

Znając poziom finansowania i liczebność populacji docelowej szacuje się, że programem w ciągu 5 lat można będzie objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie profilaktyki i wczesnego reumatoidalnego zapalenia stawów do 100% całej populacji zakładanej populacji docelowej.

#### b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 2 i 3.

Tabela 2. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Populacja całościowa/ilość	Ilość powtórzeń	Odsetek zgłaszających się	Odsetek włączonych	Koszt całkowity kategorii
kwalfikacja uczestnika do programu	20 zł	9300	1	50%	50%	46 500 zł
wizyta lekarska kwalifikacyjna	120 zł	9300	1	50%	30%	167 400zł
badania serologiczno-radiologiczne	200 zł	9300	1	50%	20%	186 000zł
konsultacja lekarska po wykonaniu badań	100 zł	9300	1	50%	20%	93 000 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	5 zł	9300	1	50%	50%	11 625zł
Szkolenia dla personelu medycznego za kurs	2 000zł	1	5	100%	100%	10 000zł
Działania informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych na 1 uczestnika	5 zł	9300	1	100%	100%	46 500zł
<b>Razem całość</b>						<b>561025zł</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2022	112 205 zł
rok 2023	112 205 zł
rok 2024	112 205 zł
rok 2025	112 205 zł
rok 2026	112 205 zł
<b>Całość działań</b>	<b>561 025 zł</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2022–2026. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 561 025 zł** w latach 2022-2026.

**c. Źródła finansowania, partnerstwo**

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Ełk zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Ełk w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).



## 7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 161/2020 z dnia 29 czerwca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących reumatoidalnego zapalenia stawów z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”.
2. Raport nr OT.423.4.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów”, data ukończenia raportu: czerwiec 2020.
3. Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*, 362, k3015.
4. Zangi, H. A., Ndosì, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., ... & Niedermann, K. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(6), 954-962.
5. Wendling, D., Lukas, C., Paccou, J., Claudepierre, P., Carton, L., Combe, B., ... & Dougados, M. (2014). Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*, 81(1), 6-14.
6. da Mota, L. M. H., Cruz, B. A., Brenol, C. V., Pereira, I. A., Rezende-Fronza, L. S., Bertolo, M. B., ... & Lima, R. A. C. (2013). Guidelines for the diagnosis of rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(2), 141-157.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000). Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline. (SIGN publication number 48).
8. Ataman, Ş., Borman, P., Evcik, D., Aydoğ, E., Ayhan, F., Yildizlar, D., ... & Duruöz, T. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Turkish League Against Rheumatism. *Archives of Rheumatology*, 26(4), 273-294.
9. Ottawa Panel member: Ottawa methods group: Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Egan, M., Dubouloz, C. J., ... & Smoljanic, J. (2012). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for patient education in the management of Rheumatoid Arthritis (RA). *Health Education Journal*, 71(4), 397-451.
10. Mok, C. C., Tam, L. S., Chan, T. H., Lee, G. K., & Li, E. K. (2011). Management of rheumatoid arthritis: consensus recommendations from the Hong Kong Society of Rheumatology. *Clinical rheumatology*, 30(3), 303-312.
11. Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham III, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569-2581.
12. Zaccardelli, A., Friedlander, H. M., Ford, J. A., & Sparks, J. A. (2019). Potential of lifestyle changes for reducing the risk of developing rheumatoid arthritis: is an ounce of prevention worth a pound of cure? *Clinical therapeutics*.
13. Lahiri, M., Morgan, C., Symmons, D. P., & Bruce, I. N. (2012). Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure? *Rheumatology*, 51(3), 499-512.
14. Bobos, P., Nazari, G., Szekeres, M., Lalone, E. A., Ferreira, L., & MacDermid, J. C. (2019). The effectiveness of joint-protection programs on pain, hand function, and grip strength levels in patients with hand arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hand Therapy*, 32(2), 194-211.

15. Feng, X., Xu, X., Shi, Y., Liu, X., Liu, H., Hou, H., ... & Li, D. (2019). Body mass index and the risk of rheumatoid arthritis: an updated dose-response meta-analysis. *BioMed research international*, 2019.
16. Kotarba-Kańczugowska M, Kucharski K, Linder-Kopiecka I. i wsp. JA, PACJENT!
17. Perspektywa Organizacji Pacjentów na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” oraz Stowarzyszenie Chorych na ZZSK i Osób Ich Wspierających, Warszawa 2014.
18. Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie Raportu projektu badawczego, Projekt Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2011
19. Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P., Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii, Warszawa 2014
20. Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układowych tkanki łącznej. Pozyskano z: [http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz\\_choroby\\_ukladu\\_kostno\\_miesniowego\\_woj\\_mazowieckie.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf) dostęp z dn. 27.05.2020
21. Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2007-2018 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tematdostep> z: 27.05.2020 r.
22. Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, et al. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: A Nationwide Study. *Arch Med Sci*. 2019, 15(1): 134–140.
23. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi\\_56a8f5a554a18.pdf](https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf), dostęp z 25.05.2020
24. Flisiak, R., Szechiński, J. (2017). Choroby przenoszone przez kleszcze. *Interna Szczeklika 2017*. Rozdział VII.D, 1958-1973.
25. Instytut Reumatologii w Warszawie. (2014). Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych - ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii. Pozyskano z: [https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport\\_wczesna\\_diagnostyka\\_ChR.pdf](https://spartanska.pl/wp-content/uploads/raport_wczesna_diagnostyka_ChR.pdf), dostęp z 25.05.2020
26. Guła, Z., Korkosz, M. (2017). Reumatoidalne zapalenie stawów. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/63732,reumatoidalne-zapalenie-stawow>, dostęp z 26.05.2020

## 8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

### a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

**wzór**

#### ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

##### 1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarstwa opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.  
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

b. Zgoda na udział w programie

**WZÓR**

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....  
Data i czytelny podpis i pieczęćka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx z siedzibą przy xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej  
.....( nazwa programu )

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx lub pisemnie na adres: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.

4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
- a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej  
..... (nazwa programu )
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu*

**c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne**

**ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?**

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?**

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?**

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?**

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?**

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?**

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?**

.....  
.....  
.....

**O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?**

.....  
.....  
.....

**Inne uwagi.**

.....  
.....  
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*