



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 Lubelskie
Smakuj życie!

Załącznik nr 8 do Regulaminu wyboru projektów: Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego

Podstawa prawna:

Art. 48 a ust. 1, 2 , art. 48 aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.)

Program opracowany zgodnie z:

Rekomendacją nr 192/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.

Lublin, 2026

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Program został opracowany w ramach realizacji Umowy nr 15/FELU.08.06-IZ.00-0001/24-00

Autorzy:

prof. dr hab. n. med. Tomasz Zapolski

dr hab. n. med. Emilia Majsiak

dr n. med. Agata Stefanowicz

dr n. o zdr. Paweł Chruściel

dr n. med. Robert Błaszczyk

dr. n. med. Agnieszka Wojtkowska

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	5
I.1. Opis problemu zdrowotnego.....	5
I.2. Dane epidemiologiczne.....	7
I.3. Opis obecnego postępowania.....	9
I.4. Uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	13
II. Cele programu wraz z miernikami efektywności.....	15
II.1. Cel główny.....	15
II.2. Cele szczegółowe.....	15
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	16
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	19
III.1. Populacja docelowa.....	19
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	21
III.3. Planowane interwencje.....	26
III.3.1. Kampania informacyjna.....	26
III.3.2. Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia...	28
III.3.3. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży.....	42
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	45
III.4.1. Wybór Realizatora lub Realizatorów Programu.....	45
III.4.2. Działania informacyjne wspierające wdrożenie Programu.....	46
III.4.3. Informowanie i rekrutacja uczestników.....	47
III.4.4. Kwalifikacja i ścieżka uczestnika.....	47
III.4.5. Czas trwania, częstotliwość i forma świadczeń – ramy organizacyjne.....	47
III.4.6. Narzędzia ewaluacyjne – zasady stosowania.....	50
III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	50
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	51

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	51
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	53
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	57
V.1. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej.....	57
V.2. Ewaluacja programu polityki zdrowotnej.....	59
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	63
VI.1. Koszty jednostkowe.....	64
VI.2. Koszty całkowite realizacji RPZ.....	69
VI.3. Źródła finansowania.....	69
VII. Załączniki.....	71
Bibliografia.....	80

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Choroby układu krążenia (ang. cardiovascular diseases – CVD) stanowią grupę schorzeń, których podłożem jest miażdżycza tętnic prowadząca do niedokrwienia narządów, w tym serca i mózgu [1]. Zgodnie z polską wersją językową ICD-11, choroby te ujęte są w nadrzędnym kodzie nr 11. Istotą problemu jest niedostateczne zaopatrzenie tkanek w tlen i substancje odżywcze wynikające z dysfunkcji pompy sercowej lub zwężenia naczyń [2]. Niniejszy program polityki zdrowotnej oparto na Rekomendacji nr 192/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki CVD, nadciśnienia tętniczego (ang. *arterial hypertension* - AH) - oraz hipercholesterolemii [1]. Wybór tej rekomendacji jako podstawy programu uzasadnia:

- wysoka umieralność z powodu CVD w województwie lubelskim przekraczająca średnią krajową,
- większy niż w innych regionach udział czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe) w utracie lat życia w zdrowiu (DALY, (skrót od ang. Disability-Adjusted Life Years),
- zgodność zaproponowanych interwencji z celami Wojewódzkiego Planu Transformacji oraz Mapy Potrzeb Zdrowotnych.

Główne jednostki chorobowe objęte programem

1. Choroba niedokrwienna serca (ang. *ischemic heart disease* - IHD) –zwana też chorobą wieńcową to zespół chorobowy charakteryzujący się niedostatecznym w stosunku do zapotrzebowania zaopatrzeniem mięśnia sercowego w tlen oraz substancje odżywcze poprzez zwężenie lub zamknięcie światła tętnic wieńcowych, odżywiających mięsień sercowy. Choroba wieńcowa (ang. *coronary artery disease* –

CAD) polega na tworzeniu się blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych (tętnicach doprowadzających krew do mięśnia sercowego). CAD skutkuje niedokrwieniem mięśnia sercowego i może powodować – w zależności od nasilenia i stopnia niedokrwienia mięśnia sercowego – przewlekłe zespoły wieńcowe (ang. chronic coronary syndrom – CCS) (dławica piersiowa stabilna) oraz ostre zespoły wieńcowe (ang. acute coronary syndrom – ACS) (zawały serca) [3].

2. AH – przewlekła choroba definiowana jako trwale podwyższone ciśnienie $\geq 140/90$ mmHg, prowadząca do uszkodzeń narządowych serca, mózgu i nerek oraz istotnie zwiększająca ryzyko udaru mózgu i zawału serca; w ICD-11 kodowana jako BA00 [4].

3. Hipercholesterolemia – zaburzenie przemiany lipidów charakteryzujące się podwyższonym stężeniem cholesterolu całkowitego (>190 mg/dl) i frakcji LDL, stanowiące kluczowy, modyfikowalny czynnik ryzyka miażdżycy; w ICD-11 kod 5C80.0 [5].

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego

Do modyfikowalnych czynników ryzyka CVD należą [1]:

- nieprawidłowe żywienie,
- palenie tytoniu i używanie wyrobów nikotynowych,
- niska aktywność fizyczna,
- podwyższone ciśnienie tętnicze,
- podwyższone stężenie cholesterolu LDL i triglicerydów,
- obniżone stężenie cholesterolu HDL,
- stan przedcukrzycowy i cukrzyca,
- nadwaga i otyłość.

Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego dzieli się na grupy ze względu na możliwość ich modyfikacji. Do niemodyfikowalnych należą: wiek, płeć oraz obciążający wywiad rodzinny przedwczesnej IHD lub miażdżycy [1]. Współczesna wiedza medyczna wskazuje również na istotną rolę nieklasycznych czynników ryzyka, w tym podwyższonego stężenia lipoproteiny(a) (Lp(a)) oraz kwasu moczowego (hiperurykemia) [6; 7]. Niezależnie od ich charakteru, kluczowe jest to, że efekt wszystkich czynników ryzyka ma charakter addytywny – ich kumulacja wielokrotnie

zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych w porównaniu z obecnością pojedynczego czynnika [8].

Sytuacja lokalna – województwo lubelskie

Z analizy sytuacji epidemiologicznej województwa lubelskiego wynika, że:

- choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadają łącznie za ok. 45% DALY w regionie, przy czym CVD stanowiły 50% ogółu zgonów [9],
- choroba niedokrwienna serca jest największym problemem zdrowotnym w regionie, z wartością wskaźnika YLL (Lata utracone wskutek przedwczesnej śmierci, skrót od ang. Years of Life Lost) wyższą niż średnia krajowa [10],
- województwo lubelskie charakteryzuje się najwyższą w Polsce liczbą hospitalizacji z powodu CVD (2 691,84/100 tys. mieszkańców), co świadczy o znacznym obciążeniu systemu opieki zdrowotnej [9],
- czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat życia w zdrowiu w regionie są: wysokie ciśnienie krwi (o ok. 4% DALY więcej niż średnio w Polsce) oraz ryzyka żywieniowe skutkujące zaburzeniami lipidowymi (o ok. 2% DALY więcej niż średnio w Polsce) [9].

I.2. Dane epidemiologiczne

Choroby o podłożu naczyniowym pozostają dominującą przyczyną zgonów na świecie, odpowiadając za ok. 15 mln zgonów rocznie, z czego choroba niedokrwienna serca (IHD) powoduje ok. 8,8 mln zgonów. W Polsce obciążenie IHD jest wyraźnie większe niż w populacji europejskiej – umieralność z powodu IHD sięga ok. 131 zgonów na 100 tys. mieszkańców wobec ok. 77 zgonów na 100 tys. w populacji europejskiej. W 2019 r. w Polsce najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu CVD, a spośród nich największą stratę DALY generowała IHD. Prognozy wskazują, że mimo częściowego spadku wskaźnika DALY dla IHD, CVD pozostaną jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych do 2050 r. [9].

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych, choroby układu krążenia (w tym AH, IHD oraz udar) oraz nowotwory pozostają najważniejszymi problemami zdrowotnymi w Polsce [9]. W 2023 r. CVD były drugą co do częstości przyczyną zgłaszania się do systemu opieki zdrowotnej (ok. 10 mln osób), a AH stanowiło najczęstszą przyczynę świadczeń

– ponad 7,7 mln pacjentów oraz najczęściej raportowaną jednostką chorobową w POZ (ok. 14,9 mln porad). W tym samym roku CVD i nowotwory odpowiadały łącznie za blisko 64% wszystkich zgonów; CVD spowodowały ponad 150 tys. zgonów (ponad 37% wszystkich), w tym ok. 62 tys. zgonów z powodu IHD (40% zgonów sercowo naczyniowych) oraz ponad 12 tys. zgonów z powodu AH. IHD od wielu lat pozostaje najczęstszą przyczyną zgonów i największym pojedynczym obciążeniem DALY w Polsce, z wartością niemal dwukrotnie wyższą niż dla udarów mózgu [9].

Analiza sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim wskazuje, że IHD jest najczęstszym problemem zdrowotnym w obszarze CVD, odpowiadając za najwyższe wartości wskaźników YLL i DALY w regionie. W 2019 r. wskaźnik YLL dla IHD w województwie lubelskim wyniósł 48,57 (wartość bezwzględna dla populacji kobiet i mężczyzn łącznie), a w latach 2016–2023 obserwowano utrzymujący się, wysoki poziom chorobowości z powodu IHD, bez wyraźnej tendencji spadkowej. W regionie największy udział w DALY mają CVD i nowotwory, odpowiadając łącznie za ok. 45% lat życia skorygowanych niesprawnością, przy czym CVD stanowią ok. 50% wszystkich zgonów, a nowotwory ok. 24% [9]. Prognozy na lata 2020–2028 dla IHD w województwie lubelskim wskazują na dalszy wzrost chorobowości i liczby zgonów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co potwierdza utrzymujące się i narastające obciążenie systemu ochrony zdrowia [9].

Województwo lubelskie charakteryzuje się jednym z najwyższych w kraju wskaźników hospitalizacji z powodu CVD – 2 691,84 hospitalizacji na 100 tys. ludności dorosłej, co stawia region w niekorzystnej pozycji na tle innych województw. Jednocześnie analiza udziału czynników ryzyka w DALY i zgonach pokazuje, że w województwie lubelskim szczególnie istotne znaczenie mają: wysokie ciśnienie krwi (ok. 4% DALY więcej niż średnio w Polsce), ryzyka żywieniowe związane z zaburzeniami lipidowymi (ok. 2% DALY więcej niż średnio w Polsce) oraz wysoki BMI, zaburzenia czynności nerek i niska aktywność fizyczna [9]. Wysokie ciśnienie tętnicze, nieprawidłowa dieta i związany z nią wysoki poziom cholesterolu LDL należą do czynników najsilniej wpływających na zgony w regionie, z wartościami wskaźników na 100 tys. ludności wyższymi niż przeciętnie w Polsce [9].

Starzenie się populacji oraz utrzymujące się wysokie rozpowszechnienie czynników ryzyka (AH, hipercholesterolemia, otyłość, niska aktywność fizyczna) wskazują na dalszy wzrost liczby osób przewlekle chorych na CVD, w tym IHD i AH, zarówno w Polsce, jak i w województwie lubelskim [9]. Konieczne jest zatem wdrożenie ukierunkowanych, regionalnych działań profilaktycznych i wczesnodiagnostycznych, aby odwrócić niekorzystne trendy epidemiologiczne i zmniejszyć obciążenie systemu ochrony zdrowia CVD w województwie lubelskim [9].

I.3. Opis obecnego postępowania

Postępowanie w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia CVD w Polsce opiera się na obowiązujących aktach prawnych (w szczególności ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o zdrowiu publicznym, rozporządzeniach Ministra Zdrowia) oraz na aktualnych wytycznych towarzystw naukowych, m.in. Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *European Cardiac Society* - ESC), Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) oraz Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (PTL) [8; 4; 12]. System opieki nad chorymi z CVD obejmuje podstawową opiekę zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), leczenie szpitalne, ośrodki kardiologii interwencyjnej oraz rehabilitację kardiologiczną, a także programy lekowe i wybrane programy polityki zdrowotnej realizowane na szczeblu krajowym i samorządowym [9].

W obszarze IHD standardy postępowania określają m.in. wytyczne ESC i PTK dotyczące przewlekłych i ostrych zespołów wieńcowych, obejmujące wczesną diagnostykę (ocena ryzyka, EKG, troponiny, badania obrazowe), leczenie farmakologiczne oraz inwazyjne (koronarografia; przeszłona angioplastyka wieńcowa (ang. *percutaneous coronary interventions* - PCI); pomostowanie aortalno-wieńcowe (ang. *coronary artery bypass grafting* - CABG) [13; 14]. W zakresie nadciśnienia tętniczego obowiązują wytyczne PTNT i ESC/Europejskiego Towarzystwa AH (ang. *European Society of Hypertension* - ESH) definiujące progi diagnostyczne, sposób pomiaru ciśnienia tętniczego (gabinetowy, domowy, 24-godzinny automatyczny pomiar ciśnienia tętniczego (ang. *Ambulatory Blood Pressure Monitoring* - ABPM), zasady

stratyfikacji ryzyka, dobór terapii nefarmakologicznej i farmakologicznej oraz wartości docelowe ciśnienia dla różnych grup chorych [4; 15]. Postępowanie w hipercholesterolemii opiera się na wytycznych ESC/Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego (ang. *European Atherosclerosis Society* - EAS) i PTL, które rekomendują stopniowanie intensywności leczenia hipolipemizującego w zależności od globalnego ryzyka sercowo naczyniowego, docelowe wartości LDL cholesterolu oraz diagnostykę i leczenie hipercholesterolemii rodzinnej [5; 12].

Zgodnie z Rekomendacją nr 192/2025 Prezesa AOTMiT, w programach polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki CVD, AH oraz hipercholesterolemii zaleca się działania obejmujące: identyfikację osób z wysokim całkowitym ryzykiem sercowo naczyniowym, wczesną diagnostykę klasycznych czynników ryzyka (ciśnienie tętnicze, profil lipidowy, glikemia), ocenę stylu życia, interwencje edukacyjne oraz monitorowanie efektów interwencji [1]. Rekomendacja podkreśla konieczność oparcia działań na zwalidowanych narzędziach szacowania ryzyka (np. skala *Projekt Systematic Coronary Risk Estimation 2* - SCORE2) oraz ścisłego powiązania programów samorządowych z istniejącym systemem POZ i AOS, a także z celami określonymi w Mapie Potrzeb Zdrowotnych i planach transformacji [1; 9]. Niniejszy program regionalny jest bezpośrednią implementacją rekomendacji AOTMiT w odniesieniu do populacji województwa lubelskiego, co uzasadnia jego wybór jako podstawy merytorycznej i organizacyjnej [1].

W województwie lubelskim dostępne są świadczenia z zakresu POZ, AOS (poradnie kardiologiczne, diabetologiczne, lipidologiczne), kardiologii interwencyjnej oraz rehabilitacji kardiologicznej, jednak analiza konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii wskazuje na istotne niedostatki w zakresie zintegrowanej profilaktyki pierwotnej CVD [10]. Obowiązujące standardy kliniczne koncentrują się przede wszystkim na diagnostyce i leczeniu chorych już z rozpoznanymi schorzeniami, podczas gdy wykrywanie i modyfikacja czynników ryzyka w populacji ogólnej są realizowane w sposób niespójny i niewystarczający [9]. Dotyczy to w szczególności systematycznego oznaczania profilu lipidowego, pomiarów ciśnienia tętniczego, oceny indeksu masy ciała, badania w kierunku Lp(a) i hiperurykემii oraz intensywnego poradnictwa dotyczącego stylu życia [9].

Wysokie wskaźniki chorobowości, DALY, YLL oraz hospitalizacji z powodu IHD i innych CVD w województwie lubelskim, przy współistnieniu ponadprzeciętnego obciążenia modyfikowalnymi czynnikami ryzyka, uzasadniają potrzebę uzupełnienia obecnie prowadzonych działań o regionalny program polityki zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę i wczesną diagnostykę [9]. Program ma na celu wzmocnienie roli POZ w aktywnym wyszukiwaniu osób z wysokim ryzykiem sercowo naczyniowym, standaryzację postępowania diagnostyczno profilaktycznego oraz poprawę koordynacji między poziomem lekarza rodzinnego, AOS i opieką szpitalną, zgodnie z zaleceniami AOTMiT i wytycznymi towarzystw naukowych [1; 8].

Wytyczne kliniczne oraz wyniki pozyskane z wtórnych dowodów naukowych wskazują na możliwe działania profilaktyczne ukierunkowane na choroby układu krążenia, które obejmują:

- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa;
- modyfikację stylu życia, szczególnie w kontekście zwiększenia poziomu aktywności fizycznej oraz zmiany nawyków żywieniowych;
- eliminację istotnych czynników ryzyka, szczególnie poprzez zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych, ograniczenie/zaprzestanie picia alkoholu, ograniczenie siedzącego trybu życia czy obniżenie poziomu stresu.

W Polsce świadczenia z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia finansowane są ze środków publicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia przysługują co 5 lat osobom w wieku od 35 do 65 r.ż., u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia. Ww. świadczenia obejmują 2 wizyty, w ramach których przeprowadzane są m.in. badania biochemiczne, badanie przedmiotowe i podmiotowe, ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia, przypisanie do

odpowiedniej grupy ryzyka (na podstawie klasyfikacji SCORE), ustalenie planu dalszego postępowania oraz edukacja zdrowotna.

Od 5 maja 2025 r. w ramach POZ realizowane jest również świadczenie „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, skierowane do osób powyżej 20 r.ż. i przysługujące co 5 lat – w przypadku osób między 20 a 49 r.ż. lub co 3 lata – w przypadku osób powyżej 49 r.ż. Świadczenie to obejmuje interwencje wpisujące się w działania z zakresu profilaktyki ChUK, tj. wywiad w kierunku czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, lipidogram (uwzględniający stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, nie HDL oraz triglicerydów), pomiary ciśnienia tętniczego i tętna, ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia i zidentyfikowanych czynników ryzyka.

Ponadto, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ realizowane są również świadczenia opieki koordynowanej m.in. w zakresie diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, obejmujące poradę kompleksową, badania diagnostyczne (EKG wysiłkowe, Holter EKG, Holter RR, USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe, BNP (NT-pro-BNP), pomiar stężenia albumin w moczu, pomiar wskaźnika albumina/kreatynina w moczu), konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne oraz konsultacje dietetyczne. 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 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane w ramach AOS obejmują realizację porad specjalistycznych: kardiologicznej, kardiologicznej dla dzieci oraz leczenia chorób naczyń, a także porady pielęgniarskiej z zakresu kardiologii. Ponadto, w wykazie świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych ujętych jest szereg świadczeń mających zastosowanie w diagnostyce i monitorowaniu ChUK (m.in. cholesterol całkowity, HDL, LDL, Lp (a), EKG 12-odprowadzeniowa, Holter EKG, badania wysiłkowe, echokardiografia, TK tętnic wieńcowych, angiografia, RM serca). W Polsce, w ramach świadczeń gwarantowanych realizowany jest również program lekowy „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)”, w ramach którego leczenie przy użyciu innowacyjnych, kosztownych substancji

czynnych (niefinansowanych w ramach innych świadczeń gwarantowanych) oferowane jest pacjentom z heterozygotyczną i homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną (dorosłym i pacjentom pediatrycznym), a także dorosłym pacjentom z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, zgodnie ze ściśle określonymi kryteriami kwalifikacji.

Od grudnia 2022 r. w Polsce realizowany jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022 - 2032, stanowiący kompleksową strategię kardiologiczną, która koncentruje działania w 5 głównych obszarach, tj. inwestycje w kadry, w edukację, profilaktykę i styl życia, w pacjenta, w naukę i innowacje oraz w system opieki kardiologicznej. Dotychczasowe prace w zakresie realizacji programu skutkowały m.in. wejściem w życie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (lipiec 2025 r.), realizacją programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (do 30 czerwca 2025 r.) czy realizacją kampanii społecznej „Planuję Długie Życie” mającej na celu edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia. W ramach programu prowadzony jest również szereg projektów – m.in. analiza potrzeb związanych z edukacją zdrowotną pod kątem funkcjonujących mechanizmów/procedur w zakresie skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, realizacja badania mającego na celu ocenę świadomości młodych ludzi na temat wpływu różnych czynników (tj. palenie tytoniu, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, małej aktywności fizycznej, nieprawidłowej diety) na choroby układu krążenia, prace nad przygotowaniem narzędzi służących do oceny ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, czy prace przygotowawcze do realizacji ogólnopolskiego badania epidemiologicznego WOBASZ.

I.4. Uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Niniejszy program polityki zdrowotnej oparto na Rekomendacji nr 192/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki CVD, AH oraz hipercholesterolemii [1].

Wybór tej rekomendacji jako podstawy programu uzasadniają niżej wskazane przesłanki.

Potrzeba realizacji programu polityki zdrowotnej – regionalnego programu zdrowotnego (dalej: RPZ) wynika przede wszystkim z sytuacji epidemiologicznej. Województwo lubelskie charakteryzuje się wyższą niż średnia krajowa umieralnością z powodu CVD (CVD stanowią ok. 50% wszystkich zgonów), najwyższą w kraju liczbą hospitalizacji z powodu CVD oraz wyższymi wskaźnikami DALY i YLL dla IHD [9; 7]. W województwie lubelskim wysokie ciśnienie tętnicze generuje o ok. 4% więcej DALY niż średnio w Polsce, a ryzyka żywieniowe (zaburzenia lipidowe) o ok. 2% więcej; szczególnie istotne są również otyłość i niska aktywność fizyczna [9].

Należy również zaznaczyć, iż program wpisuje się w cele Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027–2031, Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022–2026, dokumentu “Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r. oraz w priorytety zdrowotne określone przez Ministra Zdrowia [9].

Realizacja programu pozwoli na wczesną identyfikację osób z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, wdrożenie działań profilaktycznych i edukacyjnych oraz zmniejszenie obciążenia systemu ochrony zdrowia w województwie lubelskim CVD [1]. W opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii, pomimo dobrej dostępności do diagnostyki inwazyjnej i leczenia, istnieje znacząca luka w systemowym, aktywnym wykrywaniu osób z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym przed wystąpieniem incydentu klinicznego [10,11]. Podjęcie działań w ramach niniejszego programu jest niezbędne dla:

- ograniczenia narastającej chorobowości i umieralności z powodu CVD,
- wypełnienia luki w profilaktyce pierwotnej poprzez diagnostykę klasycznych i nieklasycznych czynników ryzyka,
- zwiększenia świadomości zdrowotnej mieszkańców województwa lubelskiego, wypełnienia zgodności z kierunkami działań określonymi w Wojewódzkim Planie Transformacji na lata 2022–2026 oraz Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027–2031.

II. Cele programu wraz z miernikami efektywności

II.1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 70%* uczestników działań edukacyjnych w ramach interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia.

*przyjęte progi są realistyczne w odniesieniu do zaplanowanych interwencji

II.2. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie w trakcie trwania programu poziomu aktywności fizycznej wśród 50%* uczestników biorących udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej.
2. Poprawa w trakcie trwania programu nieprawidłowych nawyków żywieniowych wśród 50%* uczestników biorących udział w interwencji w ramach modyfikacji diety.
3. Ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych w trakcie trwania programu wśród 30%* osób biorących udział w interwencji antyżywkowej**.
4. Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia wśród 50%* dzieci i młodzieży uczestniczącej w programie.

*przyjęte progi są realistyczne w odniesieniu do zaplanowanych interwencji.

**dot. wyłącznie osób palących/używających wyrobów nikotynowych

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik
Cel główny	<p>Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych w ramach interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, którzy wypełnili pre-test.</p> <p><i>*wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy**</i></p> <p><i>** próg został przyjęty jako realistyczny w odniesieniu do interwencji edukacyjnych o charakterze populacyjnym (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w działaniach edukacyjnych. Wynik wyrażony w procentach)</i></p>
Cel szczegółowy 1	<p>Odsetek uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej, odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej (ang. <i>International Physical Activity Questionnaire - IPAQ</i>)), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu.</p> <p>(Iloraz liczby osób, u których doszło do zwiększenia poziomu aktywności fizycznej, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej. Wynik wyrażony w procentach)</p>

<p>Cel szczegółowy 2</p>	<p>Odsetek uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu modyfikacji diety, odnotowano poprawę nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza oceny nawyków żywieniowych, np. KomPAN®), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu.</p> <p>(Iloraz liczby osób, u których doszło do poprawy nawyków żywieniowych, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji w ramach komponentu modyfikacji diety. Wynik wyrażony w procentach)</p>
<p>Cel szczegółowy 3</p>	<p>Odsetek osób stosujących wyroby nikotynowe, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania* stosowania tych wyrobów, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej**.</p> <p>(Iloraz liczby osób, które zadeklarowały ograniczenie lub zaprzestanie stosowania wyrobów nikotynowych, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji antyżywkowej)</p> <p>* uzyskanie informacji o ograniczeniu/całkowitym zaprzestaniu stosowania wyrobów nikotynowych poprzez kontakt telefoniczny do każdego z uczestnika interwencji antyżywkowej (który wyraził zgodę) w okresie 2 miesięcy od zakończenia u nich interwencji.</p> <p>** dotyczy osób palących/używających wyrobów nikotynowych.</p>
<p>Cel szczegółowy 4</p>	<p>Odsetek uczestników edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, u których w post-tescie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie zachowań prozdrowotnych i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, względem wszystkich osób biorących udział w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, które wypełniły pre-test.</p> <p>(Iloraz liczby osób w wieku szkolnym z wysokim poziomem wiedzy w post-tescie w stosunku do liczby wszystkich uczestników)</p>

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

	<p>edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Wynik wyrażony w procentach)</p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
--	---

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

III.1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do **mieszkańców województwa lubelskiego** i obejmuje trzy grupy docelowe:

1. Populacja ogólna (adresaci kampanii informacyjnej)

Ogół mieszkańców województwa, bez ograniczeń wiekowych.

Cel: budowanie świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia.

2. Osoby dorosłe - adresaci kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia. W ramach tej ścieżki wyodrębniono dwie podgrupy w zależności od intensywności wsparcia:

- Grupa A – adresaci komponentu edukacyjnego:

Charakterystyka: Wszyscy mieszkańcy województwa lubelskiego w wieku 18 lat i więcej.

Cel: edukacja zdrowotna powinna być dostępna dla każdego dorosłego mieszkańca w celu kształtowania prozdrowotnych postaw, niezależnie od poziomu ryzyka.

- Grupa B – adresaci komponentów specjalistycznych (aktywność fizyczna, modyfikacja diety, interwencja antyżywkowa):

Charakterystyka: dorośli mieszkańcy województwa lubelskiego narażeni na wystąpienie choroby układu krążenia i/lub hipercholesterolemii

3. Dzieci i młodzież (adresaci edukacji zdrowotnej)

Uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych z terenu województwa lubelskiego.

Wielkość populacji docelowej oszacowano na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (stan na 31.12.2023 r. dla województwa lubelskiego) oraz Map Potrzeb Zdrowotnych [9].

1. **Populacja ogólna** (Kampania informacyjna): populacja województwa lubelskiego liczy około 1 987 800 mieszkańców. Działania informacyjne skierowane są do populacji ogólnej, ze szczególnym uwzględnieniem środowisk lokalnych pełniących rolę pośredników informacyjnych. Szacowany zasięg kampanii wynosi 30% populacji (600 000 osób) [16].

2. **Dorośli** (Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia): Komponent edukacyjny: na potrzeby programu planuje się zaadresować działania ogólnoedukacyjne **do 10 000 uczestników**; Według ostatecznych danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 roku, szacunkowa liczba mieszkańców w wieku 18 lat i więcej na terenie województwa lubelskiego wynosi około 1 688 200 osób. Pozostałe komponenty (aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej): główną populację objętą interwencjami z zakresu modyfikacji stylu życia stanowią osoby dorosłe, z ryzykiem sercowo-naczyniowym. Wsparciem w ramach programu zostanie objętych **6 400 osób**.

3. **Dzieci i młodzież** (Edukacja): działania edukacyjne skierowane są do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych z terenu województwa lubelskiego. Populacja dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat w regionie liczy 366 600 osób [16]. Programem edukacyjnym planuje się objąć **6 200 uczniów**.

Program zakłada zapewnienie równego dostępu do działań oferowanych w ramach programu wszystkim uczestnikom, którzy spełnią kryteria kwalifikacji.

Program nie jest skierowany do osób z rozpoznaną chorobą układu sercowo-naczyniowego, ani do pacjentów wymagających leczenia farmakologicznego lub specjalistycznego, a jego zakres obejmuje wyłącznie działania edukacyjne i interwencje niefarmakologiczne ukierunkowane na modyfikację stylu życia.

Ponadto program w pierwszej kolejności będzie kierowany na obszary, na których wskaźniki zapadalności i umieralności w województwie lubelskim z powodu chorób są najwyższe w regionie, zaś dostęp do działań profilaktycznych jest utrudniony.

Dodatkowo program powinien być dostępny dla grup szczególnie wrażliwych i zapewniać ich udział. Oznacza to, że w pierwszej kolejności należy zidentyfikować osoby, które mogą mieć problemy z uczestnictwem w tym programie, przeanalizować ich potrzeby, a następnie zapewnić wsparcie dla nich w ramach programu: ukierunkowane informacje, transport, pomoc (asystenci, tłumacze usni itp.), reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi w zakresie badań przesiewowych itp. Działania obejmą wsparciem osoby szczególnie wymagające wsparcia w zakresie usług zdrowotnych, zapewnią dostępność i udział m.in. osób w szczególnie trudnej sytuacji i adresowane będą głównie do białych plam w dostępie do usług.

Program przewidziany jest do realizacji w okresie wybranych 2 lat w czasie trwającej unijnej perspektywy finansowej. Okres kwalifikowalności wydatków nie może przekroczyć 31.12.2029 r. Okres realizacji projektów, które będą wdrażały niniejszy program będzie uzależniony od Harmonogramu naboru wniosków o dofinansowanie programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 oraz procesu oceny projektów. W przypadku wyboru kilku realizatorów programu, realizatorzy powinni nawiązać ze sobą współpracę w celu efektywnego wdrażania programu. Powyższa liczba uczestników może się zmienić w przypadku zmiany wysokości środków przeznaczonych na realizację programu, wzrostu cen usług itp.

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

Etap RPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Kampania informacyjna	mieszkańcy województwa lubelskiego	mieszkańcy spoza województwa lubelskiego
Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia	Do udziału w programie kwalifikowane będą osoby zamieszkałe na terenie województwa lubelskiego. W odniesieniu do:	Z udziału w programie wykluczone będą osoby, które mieszkają poza województwem lubelskim. W odniesieniu do:

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

	<p><u>Komponentu edukacyjnego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek powyżej 18 r.ż. • wyrażenie świadomej zgody na udział w programie <p><u>Pozostałe komponenty (aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej)</u></p> <p>wiek powyżej 18 r.ż.</p> <ul style="list-style-type: none"> • obecność co najmniej jednego modyfikowalnego czynnika ryzyka chorób układu krążenia lub potrzeba modyfikacji stylu życia stwierdzona na podstawie wywiadu zdrowotnego i/lub kwestionariuszy przesiewowych (m.in. IPAQ, KomPAN) • wyrażenie świadomej zgody na udział w programie. 	<p><u>Komponentu edukacyjnego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek poniżej 18 r.ż. i/lub • uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat, np. w innych programach o zbliżonym zakresie <p><u>Pozostałe komponenty (aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek poniżej 18 r.ż. i/lub • w chwili obecnej pozostawanie pod stałą opieką poradni specjalistycznej, ze względu na zdiagnozowaną chorobę układu krążenia bądź hipercholesterolemię i/lub
--	--	--

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

		<ul style="list-style-type: none"> • wynik odpowiedniego kwestionariusza wskazujący na brak potrzeby modyfikacji stylu życia w danym zakresie i/lub • uczestnictwo w podobnej interwencji z zakresu modyfikacji stylu życia w ramach innych programów w ciągu poprzednich 2 lat • brak zgody na udział w programie
<p>Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży</p>	<p>W odniesieniu do edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży kryterium włączenia stanowi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zamieszkiwanie na terenie województwa lubelskiego • uczęszczanie do szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej z terenu województwa lubelskiego • zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział w edukacji zdrowotnej w ramach programu 	<p>W odniesieniu do edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży kryterium wyłączenia stanowi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zamieszkiwanie poza terenem województwa lubelskiego • nieuczęszczanie do szkoły podstawowej lub ponadpodstawowej z terenu

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

		województwa lubelskiego
		• brak zgody rodzica/opiekuna prawnego na udział w programie

Uczestnicy będą przyjmowani do programu do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki został zadeklarowany przez Realizatora/Realizatorów programu. Projektem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Ponadto realizator programu powinien założyć kryteria rekrutacji uczestników do projektu zapewniające preferencje i objęcie wsparciem w pierwszej kolejności przedstawicieli następujących grup docelowych:

- osoby szczególnie wymagające wsparcia w zakresie usług zdrowotnych oraz osoby w niekorzystnej sytuacji, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia EFS+. Oznacza to grupę osób w trudnej sytuacji, w tym osoby doświadczające ubóstwa, wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożone takimi zjawiskami. Uwzględnia osoby, które mogą mieć problemy z uczestnictwem w Programie, wymagające dodatkowego wsparcia. Wśród osób zagrożonych wykluczeniem znajdują się osoby o gorszych szansach prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, np.: z niepełnosprawnościami, bezrobotne, o niskich dochodach, o niskich kwalifikacjach, korzystające z pomocy społecznej, osoby starsze, migranci, osoby z trudnościami w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej z powodu ograniczeń fizycznych, psychicznych lub braku transportu.
- osoby zamieszkujące tereny białych plan – obszary, na których wskaźniki zapadalności i umieralności z powodu chorób są najwyższe w regionie, zaś dostęp do działań profilaktycznych jest utrudniony.

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

W ramach realizacji programu przewiduje się współpracę z organizacjami pacjenckimi i innymi adekwatnymi podmiotami w zakresie działań informacyjnych oraz upowszechniania informacji o programie w populacji docelowej.

Program nie obejmuje finansowania badań laboratoryjnych (lipidogram, glukoza, HbA1c i inne), które są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych (Program profilaktyki chorób układu krążenia NFZ, podstawowa opieka zdrowotna, medycyna pracy). Kwalifikacja do programu opiera się wyłącznie na wywiadzie zdrowotnym, ocenie antropometrycznej oraz kwestionariuszach behawioralnych, bez wymogu przedłożenia wyników badań biochemicznych. Program koncentruje się na intensywnej interwencji edukacyjno-motywacyjnej ukierunkowanej na trwałą zmianę stylu życia.

III.3. Planowane interwencje

Program zakłada realizację interwencji w trzech ścieżkach odpowiadających grupom docelowym określonym w pkt III.1: (1) populacja ogólna – kampania informacyjna, (2) osoby dorosłe – kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia, (3) dzieci i młodzież – edukacja zdrowotna w środowisku szkolnym.

Interwencje mają charakter edukacyjny i behawioralny, są niefarmakologiczne oraz stanowią działania komplementarne wobec świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach POZ, bez ich powielania.

III.3.1. Kampania informacyjna

Adresaci: Ogół mieszkańców województwa, bez ograniczeń wiekowych.

Kampania informacyjna stanowi integralny, wstępny i populacyjny etap realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego, skierowany do populacji ogólnej województwa lubelskiego. Ma ona charakter powszechny, edukacyjny, niskoprogowy i niewymagający kwalifikacji medycznej. Jej nadrzędnym celem jest budowanie oraz utrzymanie świadomości zdrowotnej mieszkańców w zakresie skali problemu, konsekwencji zdrowotnych oraz modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii, a także zasad ich profilaktyki.

Treści kampanii koncentrują się na modyfikowalnych czynnikach ryzyka, w szczególności: aktywności fizycznej, nawykach żywieniowych, zaprzestaniu palenia wyrobów tytoniowych, ograniczeniu spożycia alkoholu, radzeniu sobie ze stresem, higienie snu oraz znaczeniu kontroli ciśnienia tętniczego i stężenia lipidów. Kampania nie obejmuje działań diagnostycznych, kwalifikacji medycznej ani poradnictwa indywidualnego.

Kampania informacyjna mająca na celu budowanie świadomości zdrowotnej i edukację w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego powinna być prowadzona w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania) i być skierowana do populacji ogólnej województwa lubelskiego.

Poniższe zaproponowane działania mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.

Działania w ramach kampanii informacyjnej to m.in.:

1. Działania w mediach i przestrzeni cyfrowej (e-kampania) np.: posty edukacyjne, infografiki, krótkie materiały wideo, animacje/prezentacje multimedialne, artykuły edukacyjne w kanałach internetowych, spoty/audycje radiowe oraz emisje/komunikaty w mediach lokalnych.
2. Dystrybucja materiałów drukowanych takie jak: ulotki, plakaty, broszury, krótkie materiały „kieszonkowe” z zaleceniami profilaktycznymi.
3. Lokalne działania informacyjno-edukacyjne: otwarte spotkania informacyjne, stoiska informacyjne podczas wydarzeń lokalnych, krótkie wystąpienia popularyzujące wiedzę (bez elementów diagnostyki i poradnictwa indywidualnego).
4. Zaangażowanie instytucji lokalnych i organizacji pozarządowych jako pośredników informacyjnych w celu zwiększenia zasięgu kampanii i dotarcia do grup docelowych w ich naturalnym środowisku: przekazanie pakietów materiałów drukowanych i cyfrowych, udostępnienie gotowych treści komunikacyjnych oraz prezentacji do wykorzystania przez partnerów; krótkie spotkania informacyjno-instruktażowe dla pośredników w celu ujednoczenia przekazu i usprawnienia kierowania mieszkańców do informacji o zasadach udziału w kolejnych etapach Programu.
5. Informowanie o dostępnych formach wsparcia poza Programem: materiały (w formie plakatów, ulotek, grafik) wskazujące m.in. Poradnie Leczenia Uzależnień oraz Telefoniczną Poradnię Pomocy Pałacym.

Kampania pełni również funkcję informacyjną dotyczącą dostępności Programu, zasad udziału oraz kryteriów kwalifikacji do kolejnych etapów. Informowanie o realizacji Programu i zasadach udziału stanowi element kampanii i nie ma charakteru reklamy świadczeń zdrowotnych.

Działania te mają charakter wyłącznie populacyjnej edukacji zdrowotnej, są niefarmakologiczne i stanowią działania komplementarne wobec świadczeń gwarantowanych w ramach POZ, bez ich powielania. Kampania nie obejmuje działań diagnostycznych, kwalifikacji medycznej ani poradnictwa indywidualnego.

Zakres i forma kampanii zostały zaprojektowane w sposób umożliwiający dotarcie do szerokiego grona odbiorców, przy zachowaniu proporcjonalności kosztów i adekwatności do celów zdrowia publicznego. Materiały edukacyjne mogą być udostępniane również za pośrednictwem narzędzi cyfrowych wspierających realizację Programu.

III.3.2. Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia

Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia stanowi zasadniczy komponent Programu, skierowany do osób dorosłych z populacji województwa lubelskiego, u których stwierdzono obecność modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego lub potrzebę zmiany stylu życia. Celem interwencji jest wsparcie uczestników w zakresie trwałej modyfikacji stylu życia poprzez zwiększenie poziomu aktywności fizycznej, poprawę nawyków żywieniowych oraz ograniczenie lub zaprzestanie stosowania wyrobów nikotynowych, zaprzestanie lub ograniczenie spożycia alkoholu. Interwencja ma charakter niefarmakologiczny i profilaktyczny, nie obejmuje diagnostyki ani leczenia specjalistycznego oraz nie zastępuje świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ, lecz jest wobec nich komplementarna.

Kwalifikacja do kompleksowej interwencji oraz do poszczególnych komponentów odbywa się zgodnie z kryteriami włączenia i wyłączenia określonymi w pkt III.2.

Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia składa się z następujących komponentów:

1. edukacja zdrowotna,
2. aktywność fizyczna,
3. modyfikacja diety,
4. interwencja antyżywkowa -uzależnienie od nikotyny,
5. interwencja antyżywkowa - uzależnienie od alkoholu.

Warunkiem kwalifikacji do kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia jest wypełnienie formularza sprawdzającego:

- poziom wiedzy z zakresu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego i hipercholesterolemii (pre-test);

- poziom aktywności fizycznej (np. za pomocą Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej – IPAQ);
- nawyki żywieniowe (np. za pomocą kwestionariusza KomPAN® do badania poglądów i zwyczajów żywieniowych);
- stopień uzależnienia od nikotyny (test Fagerströma) i gotowości do zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych (test Schneidera);
- przeciętny poziom spożycia alkoholu (np. za pomocą Testu Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu – AUDIT-C).

Niezależnie od uzyskanego wyniku pre-testu w zakresie poziomu wiedzy – każdy uczestnik kierowany jest na edukację zdrowotną.

W zależności od uzyskanych wyników pozostałych kwestionariuszy, uczestnik kierowany jest na odpowiednie komponenty kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia: aktywności fizycznej i/lub modyfikacji diety i/lub interwencji antyżywkowej (z zakresu uzależnienia od nikotyny i/lub ograniczenia/zaprzestania spożywania alkoholu).

Struktura interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia

1. Komponent Edukacja zdrowotna

Adresaci: Osoby dorosłe w wieku 18 lat i więcej.

Komponent edukacyjny stanowi obligatoryjny element wspólny kompleksowej interwencji i ukierunkowany jest na zwiększenie wiedzy oraz motywacji uczestników do podejmowania działań prozdrowotnych.

Edukacja zdrowotna w ramach kompleksowej interwencji jest ściśle zintegrowana z pozostałymi komponentami interwencji ukierunkowanymi na modyfikację stylu życia. Warunkiem kwalifikacji do kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia jest wypełnienie formularza sprawdzającego poziom wiedzy z zakresu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii (pre-test).

Planowane formy i zakres interwencji: Zajęcia realizowane są w formie spotkań grupowych (seminaria, lekcje, warsztaty) i/lub indywidualnych.

Edukacja zdrowotna powinna uwzględniać informacje na temat najczęstszych jednostek chorobowych należących do ChUK oraz dyslipidemii, czynników ryzyka i dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach POZ oraz powinna podkreślać znaczenie modyfikacji stylu życia ukierunkowanej na ograniczenie wpływu czynników ryzyka ChUK, szczególnie w kontekście:

- dążenia do uzyskania lub utrzymania prawidłowej masy ciała;
- dążenia do uzyskania lub utrzymania odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej i prawidłowych nawyków żywieniowych;
- rezygnacji z używek, tj. wyroby nikotynowe, alkohol;
- rezygnacji lub ograniczenia siedzącego trybu życia;
- zmniejszenia poziomu stresu (np. poprzez ćwiczenia oddechowe, medytację, jogę czy ćwiczenia uważności);
- prawidłowej higieny snu (regularność i czas trwania 7-8h).

Zakres tematyczny pre-testu i post-testu wiedzy powinien obejmować w szczególności: podstawowe informacje dotyczące chorób układu krążenia, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii, modyfikowalnych czynników ryzyka (aktywność fizyczna, dieta, palenie wyrobów nikotynowych, spożycie alkoholu, masa ciała), zasad profilaktyki pierwotnej oraz dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach POZ.

Komponent edukacyjny pełni funkcję przygotowawczą i motywacyjną wobec pozostałych elementów kompleksowej interwencji dla osób, które zakwalifikują się do pozostałych etapów.

Warunkiem zakończenia udziału w komponencie edukacyjnym jest wypełnienie testu końcowego (post-test) sprawdzającego przyrost wiedzy.

W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) np.:

- Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy <https://szkolenia.ikard.pl/materialy>;

- Narodowy Fundusz Zdrowia <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/profilaktyka-chorob-ukladu-krazieniasroda-z-profilaktyka-w-ow-nfz,602.html> <https://diety.nfz.gov.pl/plany-zywieniowe/nadcisnienie>

Efektywność długofalowa oceniana jest poprzez realizację mierników określonych w rozdziale II Programu, odnoszących się do zmiany zachowań zdrowotnych.

Interwencje edukacyjne realizowane w ramach tego komponentu mają charakter niefarmakologiczny i stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych realizowanych w POZ, bez ich powielania.

Realizacja komponentu edukacyjnego jest warunkiem wspólnym dla wszystkich uczestników kompleksowej interwencji i stanowi punkt wyjścia do indywidualnego doboru pozostałych komponentów Programu i jest niezależny od wyniku pre-testu w zakresie poziomu wiedzy.

Interwencje w ramach pozostałych komponentów kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia

Adresaci: Osoby dorosłe zakwalifikowane na podstawie oceny ryzyka

Pozostałe komponenty kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia obejmują działania z zakresu aktywności fizycznej, modyfikacji nawyków żywieniowych oraz ograniczenia używania wyrobów nikotynowych. Interwencje te mają charakter ukierunkowany, zindywidualizowany i niefarmakologiczny oraz stanowią zasadniczy element realizacji celów zdrowotnych Programu.

Interwencje w ramach komponentów specjalistycznych realizowane są w formie cyklu spotkań edukacyjno-warsztatowych i/lub konsultacyjnych, których liczba i zakres dostosowywane są do indywidualnych potrzeb uczestnika, zidentyfikowanych na etapie kwalifikacji.

Działania te adresowane są do osób, u których na podstawie wywiadu zdrowotnego lub oceny kwalifikacyjnej stwierdzono obecność co najmniej jednego modyfikowalnego czynnika ryzyka chorób układu krążenia lub potrzebę modyfikacji stylu życia, przy braku rozpoznanych chorób wymagających leczenia specjalistycznego.

Informowanie potencjalnych uczestników o możliwości udziału w pozostałych komponentach kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia realizowane jest wielokanałowo i obejmuje np.:

- przekazywanie informacji w ramach kampanii informacyjnej,
- informowanie podczas etapu kwalifikacji do Programu, prowadzonego na podstawie wywiadu zdrowotnego i oceny kwalifikacyjnej,
- dystrybucję informacji za pośrednictwem realizatora Programu oraz współpracujących instytucji i środowisk lokalnych (w szczególności placówek ochrony zdrowia, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pacjenckich i innych podmiotów),
- udostępnianie informacji w formie materiałów informacyjnych (drukowanych i cyfrowych) dotyczących zasad udziału, zakresu interwencji oraz kryteriów kwalifikacji. Zakwalifikowanie uczestnika do poszczególnych komponentów interwencji następuje po uzyskaniu jego świadomej zgody na udział w Programie.

Zakres i dobór poszczególnych komponentów uzależniony jest od indywidualnych potrzeb uczestnika, zidentyfikowanych na etapie kwalifikacji. Uczestnik może zostać objęty jednym lub kilkoma komponentami, w zależności od profilu ryzyka i obszarów wymagających interwencji.

Liczba, częstotliwość oraz forma kontaktów edukacyjnych i konsultacyjnych w ramach poszczególnych komponentów interwencji są dostosowywane do indywidualnych potrzeb uczestnika, zidentyfikowanych na etapie kwalifikacji, przy zachowaniu ram organizacyjnych i finansowych Programu.

2. Komponent aktywności fizycznej

Komponent aktywności fizycznej ukierunkowany jest na zwiększenie poziomu regularnej aktywności ruchowej uczestników oraz ograniczenie zachowań sedentarnych, zgodnie z zaleceniami zdrowia publicznego w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego.

Warunkiem kwalifikacji do komponentu aktywności fizycznej jest ocena poziomu aktywności fizycznej za pomocą zwalidowanego narzędzia (np. IPAQ). Do interwencji

kwalfikowane są osoby wykazujące niski lub umiarkowany poziom aktywności fizycznej.

Planowane formy interwencji obejmują:

- opracowanie indywidualnych planów aktywności fizycznej, uwzględniających zalecane formy ruchu o umiarkowanej intensywności dostosowane indywidualnie do uczestnika, jego potrzeb i możliwości.
- zajęcia ruchowe o charakterze prozdrowotnym, prowadzone w formie instruktażu lub ćwiczeń grupowych, powinny być dostosowane do możliwości uczestników, Zakres i intensywność interwencji powinna być dostosowywana do wieku oraz poziomu wyjściowej aktywności uczestnika, określonych na etapie kwalifikacji do Programu. Przykładowe rodzaje, intensywność i czas trwania aktywności fizycznej obejmują: m.in.:
 - ✓ aerobowy wysiłek fizyczny przez ≥ 150 min/tydzień o umiarkowanej intensywności lub ≥ 75 min/tydzień o dużej intensywności;
 - ✓ ustrukturyzowany program ćwiczeń obejmujący ćwiczenia aerobowe i/lub trening siłowy;
 - ✓ regularny wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności (najlepiej codziennie nie mniej niż 30 minut) – od 3,5 do 7 godzin tygodniowo;
 - ✓ aktywność umiarkowana do intensywnej przez 30-60 minut w większość dni tygodnia;
 - ✓ 90-180 minut tygodniowo aktywności fizycznej o umiarkowanej lub wysokiej intensywności;
 - ✓ dynamiczny lub izometryczny trening siłowy o umiarkowanej intensywności (2-3 razy/tydzień);
 - ✓ poza aktywnością aerobową – ćwiczenia oporowe co najmniej dwa dni w tygodniu,
- edukację w zakresie bezpiecznego podejmowania aktywności fizycznej, w tym zasad stopniowego zwiększania obciążenia i zapobiegania urazom,
- w ramach interwencji należy odnieść się także do: korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej, prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowo-

naczyniowych, jak i innych oraz realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.

- elementy relaksacyjne form aktywności prozdrowotnej (ćwiczenia oddechowe, elementy jogi), jako uzupełnienie treningu aerobowego i oporowego, zgodnie z wytycznymi AHA/ACC 2025 oraz PTNT/PTK 2024 przytoczonymi w Rekomendacji nr 192/2025.

Na zakończenie udziału w interwencji Uczestnikowi przekazywane są dalsze, pisemne zalecenia w zakresie aktywności fizycznej, korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej, prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowo-naczyniowych, jak i innych oraz realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.

Niniejszy etap powinien być monitorowany z wykorzystaniem zwalidowanych narzędzi oceny (np. IPAQ), na etapie kwalifikacji i po zakończeniu interwencji.

3. Komponent Modyfikacji diety

Komponent modyfikacji diety ma na celu poprawę jakości nawyków żywieniowych uczestników oraz ograniczenie dietozależnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, w szczególności hipercholesterolemii. Interwencje realizowane są w oparciu o aktualne zalecenia żywieniowe w prewencji chorób sercowo-naczyniowych i mają charakter edukacyjny oraz motywacyjny.

Warunkiem kwalifikacji do komponentu modyfikacji diety jest ocena nawyków żywieniowych za pomocą zwalidowanego narzędzia (np. kwestionariusza KomPAN®). Do interwencji kwalifikowane są osoby wykazujące nieprawidłowe nawyki żywieniowe.

Planowane formy interwencji obejmują:

- edukację żywieniową prowadzoną w formie zajęć grupowych lub spotkań informacyjnych,
- uczestnik otrzymuje indywidualny plan żywienia dostosowany do jego preferencji i potrzeb,
- omówienie zasad racjonalnego żywienia, w tym ograniczania spożycia tłuszczów nasyconych, soli i cukrów prostych. Przykładowe elementy zdrowych nawyków żywieniowych w profilaktyce chorób układu krążenia i dyslipidemii obejmują:

- stosowanie określonych modeli żywieniowych – diety DASH lub diety śródziemnomorskiej;
- spożywanie:
 - ✓ warzyw i owoców, w tym ≥ 200 g owoców na dzień ($\geq 2-3$ porcje) i ≥ 200 g warzyw na dzień ($\geq 2-3$ porcje);
 - ✓ produktów pełnoziarnistych, w tym 25-40 g błonnika (z czego $\geq 7-13$ g stanowi błonnik rozpuszczalny);
 - ✓ produktów bogatych w białko, pochodzących ze źródeł zwierzęcych i/lub roślinnych;
 - ✓ niskotłuszczowych produktów mlecznych (mleko, jogurt i ser bez dodatków smakowych);
 - ✓ produktów zawierających zdrowe tłuszcze i oleje (np. oliwa z oliwek, orzechy i nasiona oraz ryby), w tym ryb (w szczególności tłustych) 1-2 razy/tydzień;
- ograniczenie spożycia:
 - ✓ tłuszczów nasyconych i tłuszczów trans;
 - ✓ cukrów prostych (w szczególności pochodzących ze słodczy i słodzonych napojów);
 - ✓ czerwonego mięsa (maksymalnie 350-500 g na tydzień);
 - ✓ soli.
- wsparcie w planowaniu zmiany nawyków żywieniowych dostosowane do możliwości uczestnika.
- ocenę i monitorowanie deklarowanych nawyków żywieniowych z wykorzystaniem zwalidowanych kwestionariuszy (np. KomPAN®).

Ocena efektów interwencji dietetycznej prowadzona jest w sposób deklaracyjny, poprzez porównanie wyników kwestionariusza np.: KomPAN® uzyskanych na etapie kwalifikacji oraz po zakończeniu udziału w komponencie.

Na zakończenie udziału w interwencji Uczestnikowi przekazywane są dalsze, pisemne zalecenia w zakresie żywienia.

Komponent interwencji antyżywkowej

Komponent ten skierowany jest do uczestników deklarujących stosowanie wyrobów nikotynowych (w tym papierosów elektronicznych) i/lub spożywanie alkoholu. Celem interwencji jest wsparcie uczestnika w trwałej zmianie zachowań: całkowitym zaprzestaniu lub ograniczeniu używania nikotyny oraz zaprzestania lub ograniczenia spożycia alkoholu do poziomów niskiego ryzyka, co stanowi integralną część profilaktyki chorób układu krążenia.

Celem komponentu jest ograniczenie lub zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych i / lub spożywania alkoholu osób deklarujących ich stosowanie.

Interwencje mają charakter edukacyjny i motywacyjny oraz nie obejmują farmakoterapii ani leczenia uzależnień.

Warunkiem kwalifikacji do komponentu interwencji antyżywkowej jest:

- w przypadku osób palących/używających wyrobów nikotynowych: ocena stopnia uzależnienia od nikotyny (test Fagerströma) oraz gotowości do zaprzestania palenia (test Schneidera);
- w przypadku osób spożywających alkohol: ocena poziomu spożycia alkoholu za pomocą zwalidowanego narzędzia (np. AUDIT-C).

Do interwencji kwalifikowane są osoby palące/używające wyrobów nikotynowych deklarujące chęć ograniczenia lub zaprzestania ich stosowania oraz/lub osoby wykazujące ryzykowny poziom spożycia alkoholu.

Planowane formy interwencji obejmują

- Krótkie interwencje edukacyjne, obejmujące:
 - ✓ przekazanie informacji o zdrowotnych konsekwencjach palenia tytoniu oraz stosowania innych wyrobów nikotynowych i lub spożywania alkoholu,
 - ✓ omówienie wpływu używania wyrobów nikotynowych i spożywania alkoholu na ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego.
- Wsparcie motywacyjne ukierunkowane na ograniczenie lub zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych i / lub spożywania alkoholu, realizowane w formie rozmowy edukacyjno-motywującej, obejmującej:
 - ✓ wzmocnienie świadomości korzyści zdrowotnych wynikających z ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych i / lub spożywania alkoholu,

- ✓ dostosowanie przekazu do deklarowanej gotowości uczestnika do zmiany zachowania.
- Przekazywanie informacji o dostępnych formach specjalistycznego wsparcia realizowanego poza Programem, w szczególności:
 - ✓ Poradniach Leczenia Uzależnień,
 - ✓ Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym,
 - ✓ możliwościach uzyskania dalszego wsparcia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Interwencja antynikotynowa

W przypadku osób palących lub używających wyrobów nikotynowych, należy przeprowadzić indywidualną, krótką poradę antynikotynową, która powinna zawierać następujące elementy:

- dokonaną podczas kwalifikacji do kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia ocenę stopnia uzależnienia (w oparciu o test Fagerströma) oraz gotowości do zaprzestania palenia/używania wyrobów nikotynowych (w oparciu o test Schneidera);
- zapewnienie uczestnikom, chcącym zaprzestać palenia tytoniu lub korzystania z wyrobów nikotynowych, poradnictwa w przedmiotowym zakresie;
- poinformowanie osób, które zdecydują się na zaprzestanie palenia lub korzystania z wyrobów nikotynowych, o możliwości stosowania dostępnej farmakoterapii wspomagającej proces rzucania nałogu;
- skierowanie osób uzależnionych do wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.

Jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”:

- PYTAJ każdego uczestnika czy stosuje wyroby nikotynowe;
- PORADŹ, jak zaprzestać używania wyrobów nikotynowych;
- POZNAJ postawę uczestnika wobec użytkowania i zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych;
- POMÓŻ użytkującemu wyroby nikotynowe uczestnikowi w opracowaniu planu zaprzestania ich stosowania;

- PLANUJ dalsze wsparcie w zakresie skierowania osoby uzależnionej do ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.

Interwencja realizowana jest w formie krótkiej rozmowy edukacyjno-motywującej (10–20 minut), prowadzonej przez osobę przygotowaną do prowadzenia krótkich interwencji antyużywkowych.

W ramach interwencji uczestnik otrzymuje:

- informację pisemną na temat wpływu palenia tytoniu na ryzyko sercowo-naczyniowe,
- zalecenia dotyczące ograniczenia palenia tytoniu,
- informacje o możliwościach uzyskania specjalistycznego wsparcia poza Programem.

W okresie do 2 miesięcy od zakończenia interwencji przewiduje się co najmniej jeden krótki kontakt następczy (telefon/SMS/e-mail), mający na celu uzyskanie informacji o zaprzestaniu/ ograniczeniu palenia tytoniu oraz wzmocnienie motywacji do utrzymania zmiany.

5. Interwencja antyalkoholowa

W przypadku osób deklarujących spożywanie alkoholu powyżej poziomu niskiego ryzyka, kwalifikacja do interwencji odbywa się na podstawie zwalidowanego narzędzia przesiewowego, np. testu AUDIT-C, (AUDIT-C jako narzędzie oceny ryzykownego picia alkoholu). Do interwencji kwalifikowane są osoby, u których wynik AUDIT-C wskazuje na ryzykowny lub szkodliwy wzorzec spożywania alkoholu oraz które deklarują gotowość do ograniczenia lub zaprzestania picia.

Interwencja ma charakter krótkiej interwencji behawioralnej, opartej na modelu 5R, obejmującej:

- RELEVANCE – omówienie, dlaczego ograniczenie lub zaprzestanie spożywania alkoholu jest istotne dla danego uczestnika (odniesienie do jego stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej i zawodowej).
- RISKS – identyfikację i omówienie indywidualnych zagrożeń zdrowotnych i społecznych związanych z aktualnym poziomem spożycia alkoholu, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka sercowo-naczyniowego.

- REWARDS – wspólne z uczestnikiem określenie potencjalnych korzyści wynikających z ograniczenia lub zaprzestania spożywania alkoholu (zdrowotnych, psychicznych, społecznych i ekonomicznych).
- ROADBLOCKS – identyfikację barier utrudniających zmianę (np. nawyki społeczne, stres, dostępność alkoholu) oraz omówienie możliwych strategii radzenia sobie z tymi barierami.
- REPETITION – zaplanowanie dalszych działań podtrzymujących zmianę, w tym ustalenie realistycznych celów krótkoterminowych i terminu kontaktu kontrolnego.
- Interwencja realizowana jest w formie krótkiej rozmowy edukacyjno-motywującej (10–20 minut), prowadzonej przez osobę przygotowaną do prowadzenia krótkich interwencji antyuzywkowych).

W ramach interwencji uczestnik otrzymuje:

- informację pisemną na temat wpływu alkoholu na ryzyko sercowo-naczyniowe,
- zalecenia dotyczące ograniczenia spożycia alkoholu do poziomów niskiego ryzyka lub całkowitego zaprzestania picia,
- informacje o możliwościach uzyskania specjalistycznego wsparcia poza Programem (Poradnie Leczenia Uzależnień, inne dostępne formy terapii).

W okresie do 2 miesięcy od zakończenia interwencji przewiduje się co najmniej jeden krótki kontakt następczy (telefon/SMS/e-mail), mający na celu uzyskanie informacji o zmianie wzorca spożywania alkoholu (ograniczenie ilości, zmiana częstotliwości, całkowite zaprzestanie) oraz wzmocnienie motywacji do utrzymania zmiany.

Kontakt następczy o charakterze ewaluacyjnym, umożliwiający:

- uzyskanie deklaracji uczestnika dotyczącej ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych i / lub spożywania alkoholu,
- ocenę zmiany zachowań antyuzywkowych wyłącznie na potrzeby monitorowania efektów Programu.

Interwencja antyuzywkowa nie obejmuje farmakoterapii ani leczenia uzależnień i ma charakter krótkiej interwencji edukacyjno-motywującej, zgodnej z zaleceniami zdrowia publicznego.

Struktura interwencji:

Na podstawie wywiadu zdrowotnego, oceny antropometrycznej oraz wyników kwestionariuszy przesiewowych (IPAQ, KomPAN®) każdy uczestnik jest kwalifikowany do co najmniej jednego modułu interwencyjnego, odpowiadającego zidentyfikowanym modyfikowalnym czynnikom ryzyka:

1. **Komponent dot. modyfikacji diety** – dla osób z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi (na podstawie KomPAN®) i/lub nadwagą/otyłością ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$): minimum 4 spotkania edukacyjno-motywacyjne z poradnictwem dietetycznym + 1 kontakt następczy po 2–3 miesiącach.
2. **Komponent aktywności fizycznej** – dla osób z niską aktywnością fizyczną (na podstawie IPAQ): minimum 4 spotkania edukacyjno-motywacyjne z planowaniem aktywności + 1 kontakt następczy po 2–3 miesiącach.
3. **Interwencja antynikotynowa** – dla osób palących tytoń (aktualnie lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy): minimum 3 spotkania z interwencją krótką/intensywną (model 5P+ 1 kontakt następczy po 2–3 miesiącach, z możliwością skierowania do specjalistycznej poradni leczenia uzależnień).
4. **Interwencja antyalkoholowa** – dla osób z ryzykownym wzorcem spożycia alkoholu (na podstawie wywiadu, model 5R): minimum 3 spotkania edukacyjno-motywacyjne ukierunkowane na redukcję spożycia do poziomu niskiego ryzyka ($\leq 100 \text{ g}$ czystego alkoholu etylowego tygodniowo) lub abstynencję + 1 kontakt następczy po 2–3 miesiącach.

Uczestnik z więcej niż jednym czynnikiem ryzyka może być objęty kilkoma komponentami/interwencjami równocześnie lub sekwencyjnie, w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości organizacyjnych.

Minimalna liczba kontaktów z uczestnikiem: 4 (3 spotkania w ramach modułu + 1 kontakt następczy). W przypadku realizacji więcej niż jednego komponentów/interwencji liczba kontaktów może być wyższa.

Interwencje realizowane w ramach pozostałych komponentów kompleksowej interwencji mają charakter nefarmakologiczny i nie obejmują diagnostyki ani leczenia chorób układu krążenia. Stanowią one uzupełnienie świadczeń gwarantowanych

realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i nie powielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ewaluacja skuteczności pozostałych komponentów kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia prowadzona jest w oparciu o mierniki efektywności określone w rozdziale II Programu.

Ocena efektów interwencji obejmuje porównanie wyników uzyskanych na etapie kwalifikacji do Programu z wynikami po zakończeniu udziału uczestnika w poszczególnych komponentach interwencji, z wykorzystaniem zwalidowanych narzędzi badawczych, w szczególności:

- kwestionariusza oceny poziomu aktywności fizycznej (np. IPAQ),
- kwestionariusza oceny nawyków żywieniowych (np. KomPAN®),
- deklaratywnej oceny ograniczenia lub zaprzestania używania wyrobów nikotynowych i / lub spożywania alkoholu, uzyskanej w ramach kontaktu następczego.

Ewaluacja prowadzona jest w sposób umożliwiający ocenę zmiany zachowań zdrowotnych uczestników w obszarach objętych interwencją, bez prowadzenia diagnostyki klinicznej ani monitorowania efektów terapeutycznych.

Realizacja poszczególnych komponentów odbywa się w formie cyklicznych działań edukacyjno-motywacyjnych, dostosowanych do możliwości organizacyjnych Realizatora lub Realizatorów Programu.

Materiały edukacyjne mogą być udostępniane również w formie cyfrowej (np. pliki PDF, strona internetowa Programu), w celu ułatwienia dostępu do treści i wspierania samokontroli deklaratywnej, bez prowadzenia monitorowania klinicznego.

Interwencje realizowane w ramach kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia mają charakter nefarmakologiczny, edukacyjny i behawioralny oraz nie obejmują diagnostyki ani leczenia specjalistycznego. Zakończenie udziału w Programie następuje po realizacji zaplanowanych komponentów interwencji, a uczestnicy otrzymują informacje i zalecenia dotyczące dalszego postępowania prozdrowotnego oraz możliwości kontynuacji działań w ramach systemu ochrony zdrowia poza Programem.

Organizacja, czas i zależności interwencji

Interwencje w ramach kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia realizowane są w formie zorganizowanych działań edukacyjnych, warsztatowych i konsultacyjnych, prowadzonych w okresie realizacji Programu, w lokalizacjach wskazanych przez Realizatora lub Realizatorów (m.in. placówki ochrony zdrowia, obiekty użyteczności publicznej, sale edukacyjne, z wykorzystaniem narzędzi zdalnych – w razie potrzeby).

Zakres, liczba oraz częstotliwość kontaktów w ramach poszczególnych komponentów (edukacyjnego, aktywności fizycznej, modyfikacji diety, interwencji antyżywkowej) są dostosowywane do indywidualnych potrzeb uczestnika, zidentyfikowanych na etapie kwalifikacji, przy zachowaniu ram organizacyjnych i finansowych Programu.

Ramowy czas trwania interwencji:

- komponent edukacyjny: realizowany jako etap wprowadzający, poprzedzający lub towarzyszący pozostałym komponentom;
- pozostałe komponenty: realizowane w okresie kilku tygodni do kilku miesięcy, w zależności od zakresu wsparcia i gotowości uczestnika do zmiany.

Zależności między interwencjami:

1. Komponent edukacyjny stanowi punkt wyjścia dla wszystkich uczestników i przygotowuje ich do dalszych działań.
2. Na podstawie wyników kwalifikacji uczestnik kierowany jest do jednego lub kilku komponentów/interwencji specjalistycznych.
3. Komponenty aktywności fizycznej, diety i interwencji antyżywkowej mogą być realizowane równolegle lub sekwencyjnie, w zależności od potrzeb.
4. Zakończenie udziału w Programie następuje po realizacji zaplanowanych komponentów oraz przeprowadzeniu ewaluacji końcowej.

Interwencje mają charakter nefarmakologiczny, profilaktyczny i edukacyjno-behawioralny i nie obejmują diagnostyki ani leczenia specjalistycznego.

III.3.3. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Adresaci: Dzieci i młodzież w wieku szkolnym za zgodą rodziców lub opiekunów prawnych (w przypadku osób niepełnoletnich), które wypełnią pre-test.

Informowanie o realizacji edukacji zdrowotnej odbywać się będzie za pośrednictwem placówek oświatowych, w szczególności poprzez komunikację z dyrekcją szkół, wychowawcami oraz rodzicami/opiekunami prawnymi uczniów.

Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży stanowi odrębną ścieżkę interwencji Programu realizowaną w środowisku szkolnym. Celem jest podniesienie i utrzymanie poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych i profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowych nawyków żywieniowych, regularnej aktywności fizycznej, unikania wyrobów nikotynowych oraz odpowiedzialności za zdrowie. Zakres tematyczny edukacji obejmuje w szczególności:

- podstawowe informacje dotyczące funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego,
- znaczenie aktywności fizycznej dla zdrowia,
- zasady racjonalnego żywienia dostosowane do wieku szkolnego,
- negatywne skutki zdrowotne palenia wyrobów tytoniowych i używania innych substancji psychoaktywnych,
- rolę profilaktyki i odpowiedzialności za własne zdrowie.

Planowane formy interwencji obejmują:

1. Zorganizowane zajęcia edukacyjne

Planowane formy interwencji:

- Zajęcia edukacyjne prowadzone w grupach szkolnych, realizowane w formie warsztatów, lekcji tematycznych lub bloków edukacyjnych.
- Prezentacje multimedialne dostosowane do wieku uczniów, obejmujące treści z zakresu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.
- Zajęcia o charakterze interaktywnym (dyskusje moderowane, quizy wiedzy, elementy aktywizujące uczniów).

2. Materiały edukacyjne dla dzieci i młodzieży

Planowane formy materiałów:

- Materiały drukowane (brozury, zeszyty edukacyjne, karty pracy) dostosowane językowo i graficznie do grupy wiekowej.
- Materiały wizualne (plansze, infografiki edukacyjne) wykorzystywane podczas zajęć.

- Materiały cyfrowe (prezentacje, krótkie filmy edukacyjne) wspierające proces dydaktyczny.

3. Standaryzacja treści edukacyjnych

Planowane działania:

- Opracowanie jednolitych scenariuszy zajęć edukacyjnych, zapewniających spójność przekazu w całym Programie.
- Dostosowanie zakresu i formy przekazu do wieku oraz etapu edukacyjnego uczestników.
- Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży obejmuje wyłącznie działania edukacyjne i profilaktyczne.

W ramach planowanych działań edukacyjnych zaleca się:

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

Interwencje realizowane w ramach tego komponentu mają charakter niefarmakologiczny i stanowią uzupełnienie systemowych działań z zakresu promocji zdrowia.

Zakończenie udziału w edukacji zdrowotnej następuje po realizacji zaplanowanego cyklu zajęć oraz wypełnieniu testu końcowego (post-test), a uczestnicy otrzymują podsumowanie treści edukacyjnych oraz rekomendacje dalszych zachowań prozdrowotnych adekwatnych do wieku.

Realizacja edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży stanowi podstawę do osiągnięcia miernika efektywności określonego w rozdziale II Programu, dotyczącego odsetka

uczestników, u których w post-teście uzyskano lub utrzymano wysoki poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych i profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

Działania edukacyjne realizowane są w sposób zgodny z założeniami edukacji zdrowotnej w systemie oświaty i nie naruszają obowiązującej podstawy programowej, stanowiąc jej uzupełnienie w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Wszystkie interwencje realizowane w ramach Programu będą prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Wszystkie działania oraz materiały wykorzystywane lub przekazywane podczas realizacji Programu będą bezpłatne dla uczestników oraz kadry realizującej Program.

Realizator lub Realizatorzy Programu zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne uczestników, z poszanowaniem prywatności oraz zasad ochrony danych osobowych. Interwencje realizowane są przez podmioty uprawnione do tego na mocy powszechnie obowiązującego prawa, w miejscach wskazanych przez Realizatora lub Realizatorów, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z opracowanym harmonogramem.

Realizator lub Realizatorzy Programu planują działania w sposób umożliwiający każdemu uczestnikowi przejście pełnej, zaplanowanej dla niego ścieżki interwencji w okresie realizacji Programu, z zachowaniem ciągłości i dostępności świadczeń.

W zakresie nieuregulowanym niniejszym Programem Realizator lub Realizatorzy przygotowują dokumentację organizacyjną i techniczną niezbędną do prawidłowej realizacji zaplanowanych interwencji zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

III.4.1. Wybór Realizatora lub Realizatorów Programu

Realizator lub Realizatorzy Regionalnego Programu Zdrowotnego zostaną wyłonieni w procedurze konkurencyjnej (nabór wniosków), zgodnie z przepisami ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027. Podmiotem odpowiedzialnym za przeprowadzenie procedury

wyboru Realizatora lub Realizatorów będzie Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027.

Realizator lub Realizatorzy Programu zobowiązani są do opracowania szczegółowego harmonogramu realizacji działań, umożliwiającego wykonanie pełnego zakresu zaplanowanych interwencji u każdego zakwalifikowanego uczestnika w okresie realizacji Programu.

Realizacja Programu odbywa się z zapewnieniem dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz z poszanowaniem zasady niedublowania świadczeń oferowanych w ramach Programu ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia w ramach Programu realizowane są przez Realizatora lub Realizatorów w lokalizacjach wskazanych w harmonogramie (w szczególności: placówki ochrony zdrowia, obiekty użyteczności publicznej, sale edukacyjne, placówki oświatowe), z dopuszczeniem wykorzystania narzędzi zdalnych (np. kontakt telefoniczny, wideorozmowa) w zakresie organizacyjnie uzasadnionym.

Interwencje prowadzone są przez osoby posiadające przygotowanie merytoryczne adekwatne do realizowanego komponentu.

III.4.2. Działania informacyjne wspierające wdrożenie Programu

W ramach realizacji kampanii informacyjnej dopuszcza się prowadzenie działań informacyjnych o charakterze organizacyjnym, mających na celu upowszechnienie informacji o realizacji Programu, jego dostępności oraz zasadach udziału.

Działania te mogą obejmować m.in. utworzenie zakładki informacyjnej Programu na stronie internetowej Realizatora lub Realizatorów lub partnerów Programu, publikację komunikatów informacyjnych w mediach lokalnych oraz dystrybucję materiałów informacyjnych w środowiskach lokalnych.

Program dopuszcza współpracę z organizacjami pacjenckimi w zakresie upowszechniania informacji o jego realizacji. Informacje kierowane są w szczególności do instytucji i środowisk pełniących rolę pośredników informacyjnych (m.in. placówek podstawowej opieki zdrowotnej, organizacji pozarządowych, jednostek samorządu

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

terytorialnego), wyłącznie w celu umożliwienia przekazywania mieszkańcom informacji o Programie.

Działania te nie mają charakteru reklamy świadczeń zdrowotnych ani aktywnego pozyskiwania pacjentów i stanowią element kampanii informacyjnej.

III.4.3. Informowanie i rekrutacja uczestników

Informowanie o Programie odbywa się w ramach kampanii informacyjnej opisanej w pkt III.3.1 oraz na etapie kwalifikacji do kompleksowej interwencji. Dopuszcza się dystrybucję informacji za pośrednictwem instytucji i środowisk lokalnych (w szczególności placówek ochrony zdrowia, jednostek samorządu terytorialnego, placówek oświatowych) oraz udostępnianie materiałów informacyjnych (drukowanych i cyfrowych) dotyczących zasad udziału, zakresu interwencji i kryteriów kwalifikacji. Informowanie ma charakter populacyjny i organizacyjny oraz nie stanowi reklamy świadczeń zdrowotnych.

III.4.4. Kwalifikacja i ścieżka uczestnika

Kwalifikacja do Programu, w tym przypisanie do komponentów kompleksowej interwencji, odbywa się zgodnie z pkt III.2. Uczestnik zostaje objęty komponentem edukacyjnym oraz – w zależności od wyniku oceny kwalifikacyjnej – jednym lub kilkoma komponentami specjalistycznymi (aktywność fizyczna i /lub dieta i/lub antyżywkowa). Realizacja komponentów specjalistycznych może przebiegać równolegle lub sekwencyjnie, w zależności od potrzeb uczestnika i organizacji świadczeń przez realizatora.

III.4.5. Czas trwania, częstotliwość i forma świadczeń – ramy organizacyjne

W celu zapewnienia porównywalności realizacji oraz możliwości planowania kosztów przyjmuje się minimalny standard udzielania świadczeń, z możliwością dostosowania intensywności wsparcia do potrzeb uczestnika w ramach zasobów Programu.

Minimalny standard (na jednego uczestnika):

Komponent edukacyjny (≥18 r.ż.):

- spotkania grupowe,
- przekazanie standaryzowanych materiałów edukacyjnych,
- realizacja post-testu po zakończeniu cyklu.

Komponent aktywności fizycznej (dla osób zakwalifikowanych na podstawie IPAQ):

- 1 konsultacja wstępna/instruktaż (30–45 minut) – opracowanie indywidualnego planu aktywności,
- 2 zajęcia grupowe o charakterze prozdrowotnym/instruktażowym (45–60 minut) – np. nordic walking, ćwiczenia aerobowe, trening funkcjonalny, z możliwością włączenia elementów relaksacyjnych (ćwiczenia oddechowe, elementy jogi)
- 1 dodatkowe spotkanie podsumowujące/motywacyjne (30 minut) – omówienie postępów i planu kontynuacji,
- 1 kontakt następczy (telefoniczny, SMS lub e-mail) po 2–3 miesiącach od zakończenia cyklu – ocena utrzymania zmiany zachowań,
- ocena deklarowanego poziomu aktywności przed i po interwencji z wykorzystaniem kwestionariusza IPAQ.

Minimalna liczba kontaktów: 4 + 1 follow-up = 5

Komponent modyfikacji diety (dla osób zakwalifikowanych na podstawie KomPAN i/lub BMI ≥ 25):

- 1 konsultacja wstępna (30–45 minut) – analiza nawyków żywieniowych i opracowanie indywidualnych zaleceń,
- 2 zajęcia grupowe/warsztaty (po 60 minut) – edukacja żywieniowa, praktyczne aspekty komponowania posiłków,
- 1 spotkanie podsumowujące/motywacyjne (30 minut) – omówienie postępów i planu kontynuacji,
- 1 kontakt następczy (telefoniczny, SMS lub e-mail) po 2–3 miesiącach od zakończenia cyklu – ocena utrzymania zmiany nawyków,
- ocena deklarowanych nawyków żywieniowych przed i po interwencji z wykorzystaniem kwestionariusza KomPAN.

Minimalna liczba kontaktów: 4 + 1 follow-up = 5

Komponent interwencji antynikotynowej (dla osób palących tytoń):

- 1 spotkanie wstępne z krótką interwencją motywującą (15–20 minut) opartą na modelu 5P – ocena gotowości do zmiany, ustalenie planu działania,
- 2 spotkania wspierające/motywacyjne (po 15–20 minut) w odstępach 2–4 tygodni – wzmocnienie motywacji, omówienie trudności,
- przekazanie informacji o możliwościach wsparcia poza Programem (Poradnie Leczenia Uzależnień, Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym),
- 1 kontakt następczy (telefoniczny, SMS lub e-mail) po 2–3 miesiącach od interwencji – ocena statusu palenia (abstynencja / redukcja / brak zmiany).

Minimalna liczba kontaktów: 3 + 1 follow-up = 4

Komponent ograniczenia spożycia alkoholu (dla osób z ryzykownym wzorcem spożycia):

- 1 spotkanie wstępne z krótką interwencją motywującą (15–20 minut) – opartą na modelu 5R, identyfikacja wzorca picia, omówienie ryzyka, ustalenie celu (abstynencja lub ≤ 100 g alkoholu etylowego/tydzień),
- 2 spotkania wspierające/motywacyjne (po 15–20 minut) w odstępach 2–4 tygodni – wzmocnienie motywacji, omówienie trudności,
- przekazanie informacji o możliwościach wsparcia poza Programem,
- 1 kontakt następczy (telefoniczny, SMS lub e-mail) po 2–3 miesiącach od interwencji – ocena zmiany wzorca spożycia.

Minimalna liczba kontaktów: 3 + 1 follow-up = 4

Uczestnik z więcej niż jednym czynnikiem ryzyka może być objęty kilkoma komponentami równocześnie lub sekwencyjnie, w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości organizacyjnych. Liczba, częstotliwość i forma kontaktów mogą zostać zwiększone w uzasadnionych przypadkach, zgodnie z indywidualnymi potrzebami uczestnika zidentyfikowanymi na etapie kwalifikacji, przy zachowaniu ram organizacyjnych i finansowych Programu.

III.4.6. Narzędzia ewaluacyjne – zasady stosowania

Ewaluacja prowadzona będzie z wykorzystaniem zwalidowanych kwestionariuszy stosowanych w badaniach populacyjnych i praktyce zdrowia publicznego.

Zastosowane narzędzia ewaluacyjne wykorzystywane będą zgodnie z obowiązującymi zasadami ich stosowania oraz prawami autorskimi i licencyjnymi.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie może nastąpić w przypadku:

- osób, u których stwierdzono brak wskazań do udziału w komponentach aktywności fizycznej, modyfikacji diety i interwencji antyżywkowej – udział w RPZ kończy się po wypełnieniu post testu wiedzy po realizacji działań edukacyjnych;
- osób, u których stwierdzono wskazania do udziału w poszczególnych komponentach z zakresu modyfikacji stylu życia (w jednym lub więcej) – udział w RPZ kończy się wraz z weryfikacją uzyskanych wyników (w zależności od komponentu – w oparciu o ponowną ocenę na podstawie kwestionariusza/y i/lub kontaktu telefonicznego);
- dzieci i młodzieży, biorących udział w działaniach edukacyjnych – udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- zgłoszenia przez uczestnika chęci zakończenia udziału w RPZ; o zakończenia realizacji RPZ.

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnik:

- otrzymuje informacje podsumowujące zakres zrealizowanych działań edukacyjno-behawioralnych oraz ogólne, zindywidualizowane zalecenia dotyczące dalszego postępowania prozdrowotnego, w szczególności w zakresie kontynuacji działań związanych z aktywnością fizyczną, nawykami żywieniowymi oraz ograniczeniem używania wyrobów nikotynowych,
- powinien zostać poinformowany o dostępnych możliwościach dalszego postępowania w systemie ochrony zdrowia poza Programem, w tym o

podmiotach leczniczych działających na terenie województwa lubelskiego, w których możliwe jest uzyskanie świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia – wyłącznie w formie informacji, bez kierowania na leczenie ani wydawania skierowań.

Zakończenie udziału w Programie nie wiąże się z przekazywaniem dokumentacji medycznej ani wyników badań klinicznych, ponieważ Program nie obejmuje działań diagnostycznych i terapeutycznych.

Każdy uczestnik biorący udział w interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej i/lub modyfikacji diety, powinien otrzymać pisemną informację od realizatora programu dla lekarza POZ o przebiegu interwencji, uzyskanych wynikach i dalszych zaleceniach.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Działania niezbędne do uruchomienia programu:

- Opracowanie Regionalnego Programu Zdrowotnego i harmonogramu oraz zabezpieczenie budżetu.
- Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu programu z Rekomendacją nr 192/2025 (zgodnie z art. 48aa ust. 11 ustawy).
- Ogłoszenie i przeprowadzenie naboru wniosków na realizację założeń RPZ.
- Wybór realizatorów i podpisanie umów.

2. Działania organizacyjne

Etap obejmuje działania niezbędne do prawidłowego wdrożenia Programu, w szczególności:

- opracowanie szczegółowego harmonogramu realizacji Programu,
- przeprowadzenie szkolenia dla personelu realizatora (przez realizatora) w celu zapoznania ze szczegółowymi procedurami, standardami edukacyjnymi oraz sposobem raportowania danych w programie

- przygotowanie zaplecza organizacyjnego, kadrowego i lokalowego,
- przygotowanie i standaryzację materiałów edukacyjnych, informacyjnych oraz narzędzi ewaluacyjnych.

3. Przeprowadzenie opisanych w RPZ interwencji – interwencje wskazano w części III.3 Programu, czyli:

1. Kampania informacyjna

2. Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia (dorośli), w tym:

- Komponent edukacyjny,
- Komponent aktywności fizycznej,
- Komponent modyfikacji diety,
- Interwencja natyżywkowa.

3. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży (środowisko szkolne).

4. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

5. Rozliczenie finansowania RPZ – na bieżąco podczas realizacji programu

6. Zakończenie realizacji RPZ.

7. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji RPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym RPZ, który został wdrożony do realizacji. Ww. raport końcowy powinien zostać przesłany do Agencji w terminie do 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu.

Organizacja Regionalnego Programu Zdrowotnego została zaplanowana w sposób zapewniający spójność działań, efektywne wykorzystanie zasobów oraz realizację zaplanowanych interwencji w podziale na etapy odpowiadające poszczególnym ścieżkom Programu. Program realizowany jest w sposób planowy, ciągły i zorganizowany, z zachowaniem zasady dostępności, równego traktowania uczestników oraz niedublowania świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Realizacja Regionalnego Programu Zdrowotnego powierzona zostanie Realizatorowi lub Realizatorom wyłonionym w procedurze konkurencyjnej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027.

Wybór Realizatora lub Realizatorów Programu nastąpi w oparciu o posiadane zdolności organizacyjne, zasoby kadrowe i administracyjne, doświadczenie w realizacji działań o podobnym charakterze oraz zdolność do zapewnienia prawidłowej organizacji, koordynacji i realizacji zaplanowanych interwencji. Program może być realizowany w partnerstwie z innymi podmiotami, przy zachowaniu spójności organizacyjnej i merytorycznej działań.

Personel

Realizator lub Realizatorzy zapewniają personel posiadający przygotowanie merytoryczne i kwalifikacje adekwatne do zakresu realizowanych komponentów Programu oraz powierzonych zadań.

Etap RPZ	Kwalifikacje personelu
Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia	<u>Komponent edukacyjny</u> Lekarz, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych. <u>Komponent aktywności fizycznej</u> Fizjoterapeuta, specjalista aktywności fizycznej, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla prowadzenia poradnictwa z zakresu aktywności fizycznej.

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

	<p><u>Komponent modyfikacji diety</u></p> <p>Dietetyk, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla prowadzenia poradnictwa w zakresie prawidłowego żywienia.</p> <p><u>Interwencja antyużywkowa</u></p> <p>Lekarz, specjalista psychoterapii uzależnień, psycholog, psychoterapeuta lub instruktor terapii uzależnień, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzenia interwencji antyużywkowych.</p>
Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży	<p>Lekarz, pielęgniarka, profilaktyk lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji młodzieży.</p>

Realizator lub Realizatorzy zapewniają również zasoby organizacyjne niezbędne do prowadzenia rekrutacji, kwalifikacji uczestników, harmonogramowania świadczeń oraz monitorowania i ewaluacji Programu.

Przed rozpoczęciem realizacji Programu Realizator lub Realizatorzy mogą przeprowadzić krótkie szkolenia organizacyjno-metodyczne dla personelu realizującego interwencje, obejmujące zakres Programu, standard realizacji poszczególnych komponentów, zasady komunikacji z uczestnikami oraz stosowanie narzędzi ewaluacyjnych. Szkolenia te nie obejmują zagadnień diagnostycznych ani terapeutycznych.

Wyposażenie i materiały

Realizator lub Realizatorzy zapewniają wyposażenie oraz materiały niezbędne do prawidłowej realizacji zaplanowanych interwencji, adekwatne do ich charakteru i zakresu. W szczególności obejmuje to:

- standaryzowane materiały edukacyjne dla poszczególnych grup docelowych (populacja ogólna, osoby dorosłe, dzieci i młodzież), w formie drukowanej i cyfrowej,
- narzędzia dydaktyczne wykorzystywane podczas zajęć edukacyjnych (np. prezentacje multimedialne),
- dostęp do zwalidowanych narzędzi ewaluacyjnych stosowanych w zdrowiu publicznym (np. kwestionariusze oceny aktywności fizycznej, nawyków żywieniowych, testy wiedzy pre-/post-test).

Narzędzia ewaluacyjne stosowane są zgodnie z zasadami ich użycia oraz z poszanowaniem praw autorskich i licencyjnych. Dopuszcza się realizację części działań organizacyjnych oraz udostępnianie materiałów edukacyjnych z wykorzystaniem narzędzi zdalnych (np. kontakt telefoniczny, wideorozmowa), o ile jest to organizacyjnie uzasadnione.

W przypadku wykorzystywania aparatury, sprzętu lub wyrobów medycznych, pomieszczenia powinny być wyposażone w sprzęt posiadający odpowiednie certyfikaty, atesty oraz aktualne przeglądy techniczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Warunki lokalowe i dostępność

Świadczenia realizowane są w lokalizacjach wskazanych w harmonogramie Realizatora lub Realizatorów, odpowiednich do formy realizowanych interwencji, w szczególności w: placówkach ochrony zdrowia, obiektach użyteczności publicznej, salach edukacyjnych oraz placówkach oświatowych.

Warunki lokalowe powinny umożliwiać prowadzenie zajęć grupowych i/lub spotkań edukacyjnych w sposób zapewniający bezpieczeństwo, prywatność oraz komfort uczestników. Realizator lub Realizatorzy zapewniają dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym w zakresie barier architektonicznych i komunikacyjnych, oraz planują działania w sposób umożliwiający uczestnikom realizację pełnej ścieżki interwencji w okresie realizacji Programu. Należy stosować obowiązujące przepisy prawa w tym zakresie, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Warunki organizacyjne i zgodność z systemem ochrony zdrowia

Realizator lub Realizatorzy opracowują i stosują harmonogram realizacji działań oraz procedury organizacyjne zapewniające planowy, ciągły i zorganizowany charakter świadczeń, w tym zasady informowania, rekrutacji i kwalifikacji uczestników.

Działania realizowane w ramach Programu mają charakter nefarmakologiczny i edukacyjno-behawioralny, nie obejmują diagnostyki klinicznej ani leczenia specjalistycznego, nie stanowią reklamy świadczeń zdrowotnych oraz nie powielają świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Realizator lub Realizatorzy zapewniają bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych oraz prowadzenie działań z poszanowaniem prywatności uczestników.

Realizacja Programu odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w zakresie właściwym dla charakteru działań edukacyjnych i profilaktycznych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitorowanie i ewaluacja Programu Polityki Zdrowotnej prowadzone są w sposób systematyczny, z uwzględnieniem charakteru interwencji edukacyjno-behawioralnych oraz mierników efektywności określonych w rozdziale II Programu.

Celem monitorowania jest bieżąca ocena prawidłowości realizacji Programu, natomiast celem ewaluacji – ocena stopnia osiągnięcia założonych celów zdrowotnych i edukacyjnych Programu.

V.1. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej

Monitorowanie Programu prowadzone jest na bieżąco przez cały okres jego realizacji i kończy się wraz z zakończeniem realizacji Programu. Monitorowanie ma charakter organizacyjny i procesowy oraz służy zapewnieniu jakości, dostępności i ciągłości realizowanych interwencji.

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

Monitorowanie obejmuje w szczególności:

1. ocenę zgłaszalności i uczestnictwa w Programie, w tym:

- liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie;
- liczbę osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczbę osób, która zrezygnowała z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczbę osób, które zakończyły udział w programie, zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką;

- liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych w ramach kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia w ramach komponentu aktywności fizycznej;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia w ramach komponentu modyfikacji diety;
- liczba osób, które wzięły udział w kompleksowej interwencji antyżywkowej;
- liczba uczniów, którzy wzięli udział w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży.

2. monitorowanie realizacji zaplanowanych interwencji, w tym:

- stopień realizacji poszczególnych komponentów Programu,
- kompletność realizacji ścieżek interwencji przez uczestników,
- ocenę jakości realizowanych działań, obejmującą:
- zgodność realizacji interwencji z założeniami Programu,
- terminowość i organizację świadczeń,
- dostępność interwencji dla uczestników, w tym osób ze szczególnymi potrzebami.

Monitorowanie może być dokumentowane w formie okresowych zestawień lub raportów wewnętrznych sporządzanych przez Realizatora lub Realizatorów Programu. Ocena jakości realizacji Programu może zostać dodatkowo przeprowadzona z udziałem eksperta zewnętrznego, jeżeli zostanie to uznane za zasadne na etapie realizacji Programu. Monitorowanie realizacji Programu obejmuje również analizę przyczyn rezygnacji uczestników oraz identyfikację barier organizacyjnych mogących wpływać na zgłaszalność i ciągłość udziału w Programie, w celu zapewnienia jakości i spójności realizowanych działań edukacyjno-behawioralnych.

Niezależnie od monitorowania merytorycznego Programu, Realizator lub Realizatorzy prowadzą monitoring postępu rzeczowego i wskaźników projektu zgodnie z wytycznymi Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021–2027 oraz zapisami Umowy o dofinansowanie.

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

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w RPZ, 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 RPZ;
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w RPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji RPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w RPZ).

Należy przeprowadzić ocenę jakości udzielanych świadczeń w ramach RPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi RPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze 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.

V.2. Ewaluacja programu polityki zdrowotnej

Ewaluacja Programu zostanie przeprowadzona po zakończeniu jego realizacji i będzie miała na celu ocenę skuteczności oraz efektywności podejmowanych interwencji edukacyjno-behawioralnych w odniesieniu do założonych celów Programu. Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wdrożenia działań w ramach Programu ze stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom Programu, określonych w rozdziale II. Głównym przedmiotem ewaluacji będzie ocena stopnia realizacji celów Programu oraz skuteczności zastosowanych interwencji w zakresie zmiany zachowań zdrowotnych uczestników, zgodnie z przyjętymi miernikami efektywności. Ewaluacja nie obejmuje oceny efektów terapeutycznych ani klinicznych i pozostaje ograniczona do zakresu działań profilaktycznych i edukacyjnych realizowanych w ramach Programu.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności

wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekracza wskazaną w celu wartość docelową.

Ocena satysfakcji uczestników:

W ramach ewaluacji jakości świadczeń realizowanych w Programie przewiduje się przeprowadzenie badania satysfakcji uczestników. Każdemu uczestnikowi, po zakończeniu ścieżki interwencji, zostanie umożliwione anonimowe wypełnienie krótkiej ankiety satysfakcji (w formie papierowej lub elektronicznej).

Ankieta będzie obejmowała m.in. ocenę:

- dostępności programu (rekrutacja, lokalizacja, terminy),
- jakości komunikacji z personelem,
- zrozumiałości przekazywanych treści,
- przydatności interwencji w codziennym życiu,
- gotowości do polecenia programu innym osobom.

Wyniki ankiet satysfakcji zostaną przedstawione w raporcie końcowym z realizacji Programu w postaci syntetycznych wskaźników (np. odsetek odpowiedzi pozytywnych) oraz zostaną wykorzystane do ewentualnej modyfikacji założeń Programu w kolejnych edycjach.

Po zakończeniu realizacji Programu Realizator lub Realizatorzy zobowiązani są do przygotowania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, sporządzonego zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzania projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego. Raport końcowy powinien zostać przekazany do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, a następnie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z obowiązującą procedurą. W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka uczestników programu, u których w post-*teście* utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych

w ramach interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, którzy wypełnili pre-test;

- odsetka uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu aktywności fizycznej, odnotowano wzrost poziomu aktywności fizycznej (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza poziomu aktywności fizycznej, np. IPAQ), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu;
- odsetka uczestników kompleksowej interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia, u których po zakończeniu interwencji w ramach komponentu modyfikacji diety, odnotowano poprawę nawyków żywieniowych (na podstawie zwalidowanego kwestionariusza oceny nawyków żywieniowych, np. KomPAN®), w porównaniu do wyników uzyskanych podczas kwalifikacji do programu;
- odsetek osób stosujących wyroby nikotynowe, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania stosowania tych wyrobów, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej (dotyczy osób palących/używających wyrobów nikotynowych);
- odsetek osób, u których doszło do ograniczenia lub zaprzestania spożywania alkoholu, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej (dotyczy osób, u których stwierdzono nadmierne spożycie alkoholu);
- odsetek uczestników edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, u których w postępie utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych i działań profilaktycznych w chorobach układu krążenia, względem wszystkich osób biorących udział w edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży, które wypełniły pre-test.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe);

- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia (z podziałem na poszczególne grupy wiekowe).

Proces ewaluacji może zostać przeprowadzony na poziomie regionalnym, w tym z udziałem Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027 lub – w razie potrzeby – zlecony do realizacji podmiotowi zewnętrznemu posiadającemu odpowiednie kompetencje w zakresie oceny programów zdrowia publicznego. Takie rozwiązanie ma na celu zapewnienie obiektywności, rzetelności oraz adekwatności metodologicznej procesu ewaluacyjnego.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Wydatki uwzględnione w niniejszym Programie muszą być ponoszone na warunkach określonych Wytucznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektów.

Poniższe wyliczenia są symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach ogłoszonego naboru. Zaplanowane przez realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Realizator na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowuje szczegółowy budżet projektu. Przygotowany przez Realizatora budżet projektu będzie podstawą do oceny kwalifikowalności i racjonalności kosztów i powinien bezpośrednio wynikać z opisanych zadań i ich etapów. W budżecie projektu ujmowane są jedynie wydatki kwalifikowalne spełniające warunki określone w Wytucznych kwalifikowalności.

We wniosku o dofinansowanie projektu realizator przedstawia koszty bezpośrednie w formie budżetu zadaniowego oraz koszty pośrednie, o których mowa w podrozdziale 3.12. Wytucznych kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027. Dodatkowo, we wniosku o dofinansowanie projektu wykazywany jest szczegółowy budżet ze wskazaniem jednostkowych kosztów bezpośrednich, który jest podstawą oceny kwalifikowalności wydatków na etapie oceny.

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiednią wartość procentową kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu Programu założono, że koszty pośrednie będą stanowiły 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

Ostateczne koszty realizacji projektu są zależne od wyceny przedstawionej przez Realizatorów realizujących program w procedurze konkursowej, a także od ostatecznej liczebności osób uczestniczących w projekcie.

Dla celów oszacowania budżetu w ramach niniejszego Programu stosuje się ceny jednostkowe wskazane w poniższej tabeli (Tabela 1). Koszty jednostkowe zostały uśrednione i zaokrąglone w górę do pełnych złotych.

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Planowana liczba zakwalifikowanych uczestników Programu (pacjentów): edukacja: 10 000 osób, pozostałe komponenty interwencji nakierowanej na modyfikację stylu życia: 6 400 osób. Edukacja dzieci i młodzieży: 6 400 osób.

Planowany okres trwania – 24 miesiące (z możliwością wydłużenia).

Świadczenia zrealizowane w ramach programu przez poszczególnych realizatorów nie mogą jednocześnie być sfinansowane z innych środków publicznych (w tym NFZ) – niedozwolone jest podwójne finansowanie wydatków.

VI.1. Koszty jednostkowe

Tabela 1. Szacowana wartość usług

Lp	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
Koszty pośrednie				
1	Koszty administracyjne w tym personelu RPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie projektu			Koszty pośrednie rozliczane ryczałtem jako 10% kosztów bezpośrednich 924 800,00 zł

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania RPZ	
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	
Koszty bezpośrednie		
Koszt przeprowadzenia etapu „Kampania informacyjna”		
4	Działania w mediach i przestrzeni cyfrowej (e-kampania), przygotowanie i dystrybucja materiałów drukowanych Lokalne działania informacyjno-edukacyjne Zaangażowanie instytucji lokalnych i organizacji pozarządowych jako pośredników informacyjnych w celu zwiększenia zasięgu kampanii i dotarcia do grup docelowych w ich naturalnym	600 000,00 zł

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

	środowisku Informowanie o dostępnych formach wsparcia poza Programem				
Koszt przeprowadzenia etapu „Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia”					
5	Komponent edukacyjny (≥ 18 lat)	Indywidualne lub grupowe (seminaria, lekcje, warsztaty, 8-10 uczestników,) zajęcia edukacyjne, w tym wynagrodzenie prowadzącego, wynajem sali, materiały	10 000 uczestników	100 zł	1 000 000,00 zł
6	Pozostałe komponenty	Komponent aktywności fizycznej (moduł aktywności fizycznej) – 5 spotkań, w tym wynagrodzenie prowadzącego, materiały	5 120 uczestników	500,00 zł	2 560 000,00 zł

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

7	Komponent modyfikacji diety (moduł żywieniowy) – 5 spotkań, w tym wynagrodzenie prowadzącego, materiały	5 120 uczestników	500,00 zł	2 560 000,00 zł
8	Komponent interwencji antyżywkowej (moduł antynikotynowy) – 4 spotkania, w tym wynagrodzenie prowadzącego, materiały	1 920 uczestników	400,00 zł	768 000,00 zł
9	Komponent interwencji antyżywkowej (moduł ograniczenia spożycia alkoholu) – 4 spotkania, w tym wynagrodzenie prowadzącego, materiały	1 920 uczestników	400,00 zł	768 000,00 zł

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

10	Dofinansowanie dojazdu uczestników, opieka nad osobami zależnymi oraz pokrycie innych kosztów związanych z uczestnictwem w Programie	5 120 uczestników	100,00 zł	512 000,00 zł
Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży”				
11	Grupowe zajęcia edukacyjne (działania edukacyjne) zorganizowane w środowisku szkolnym lub w innych zorganizowanych formach edukacyjnych	6 400 uczestników	50,00 zł	320 000,00 zł
12	Materiały edukacyjne dla uczestników (drukowane i/lub cyfrowe)	6 400 uczestników (1 zestaw)	25,00 zł	160 000,00 zł
Koszty pośrednie				924 800,00 zł
Koszty bezpośrednie	Koszt przeprowadzenia etapu „Kampania informacyjna”			600 000,00 zł
	Koszt przeprowadzenia etapu „Kompleksowa interwencja ukierunkowana na modyfikację stylu życia”			8 168 000,00 zł
	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży”			480 000,00 zł

SUMA	10 172 800,00 zł
-------------	----------------------------

źródło: opracowanie własne

VI.2. Koszty całkowite realizacji RPZ

Tabela 2. Szacowana wartość kosztów całkowitych

Rok realizacji RPZ	Koszt całkowity
2027 rok	5 086 400,00 zł
2028 rok	5 086 400,00 zł
Koszt całkowity	10 172 800,00 zł

źródło: opracowanie własne

Uwagi i zalecenia dodatkowe: w budżecie nie uwzględniono wszystkich innych wydatków możliwych do ponoszenia zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027, zgodnie ze zdiagnozowanymi potrzebami wskazanymi przez wnioskodawców.

VI.3. Źródła finansowania

Realizacja niniejszego programu będzie finansowana ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Całkowita alokacja na nabór będzie określona w Regulaminie wyboru projektów. Instytucja Zarządzająca programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 może zdecydować w przypadku dostępności środków, zwiększyć wysokość środków przeznaczonych na dany nabór. Montaż finansowy w ramach realizowanych projektów:

- finansowanie z Unii Europejskiej – środki Europejskiego Funduszu Społecznego Plus – 85% wartości projektu,

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

- środki budżetu państwa – 10% wartości projektu,
- wkład własny realizatora projektu – 5% wartości projektów.

Instytucją Organizującą Nabór będzie Zarząd Województwa Lubelskiego jako Instytucja Zarządzająca Programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Czynności związane z przeprowadzeniem postępowania w zakresie wyboru projektów do dofinansowania podejmować będzie Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie.

VII. Załączniki

Załącznik nr 1.

Przykładowa zgoda na udział w projekcie

- Wzór do modyfikacji -

Imię i Nazwisko

PESEL

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w ww. Programie.

2. Oświadczam, że:

- posiadam status mieszkańca województwa lubelskiego;
- w ciągu ostatnich 2 lat nie korzystałem(am) z innych analogicznych programów finansowanych ze środków publicznych;
- nie jestem pod opieką poradni kardiologicznej;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

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 jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

Zostałem(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków programu Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027, a udział w nim jest bezpłatny.

.....

Miejscowość

.....

data i podpis uczestnika Programu

Załącznik nr 2.

Przykładowa ankieta satysfakcji udziału w programie

- wzór do modyfikacji -

(ankieta anonimowa)

	OCENA			
	Bardzo dobrze	Dobrze	Zadowolająco	Niezadowolająco
Jak ocenia Pan/i wiedzę, doświadczenie i kompetencje osób realizujących program?				
Jak ocenia Pan/i dostęp do informacji o programie?				
Jak ocenia Pan/i treść dostępnych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumienie, jakość, przydatność, dostępność)?				
Jak ocenia Pan/i szkolenia oferowane w ramach programu?				
Jak ocenia Pan/i swój stan wiedzy w zakresie czynników ryzyka i objawów chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym miażdżycy tętnic?				
Jak ocenia Pan/i jakość oferowanej opieki medycznej?				
Który z czynników ryzyka postanawia Pan/i wyeliminować lub zmodyfikować (właściwe zaznaczyć: X – palenie tytoniu, X – duża masa ciała, X – mała aktywność fizyczna, X – wysokie ciśnienie krwi, X – cholesterol LDL, X – poprawa nawyków żywieniowych) I jak Pan/i ocenia swoje szanse na realizację tych zadań?				
Jak oceniłby Pan/i możliwość realizacji kolejnych programów profilaktycznych w tym zakresie?				
Jak oceniłby Pan/i jakość i poziom obsługi w ramach programu (uprzejmość, dostępność etc.)?				

Regionalny Program Zdrowotny z zakresu chorób układu krążenia dla mieszkańców województwa lubelskiego.

Jaką ocenę przyznałby Pan/i za całość realizacji programu?				
--	--	--	--	--

Załącznik nr 3A.

Przykładowy pre-test

- wzór do modyfikacji -

Imię i nazwisko

Data wypełnienia ankiety.....

(prawidłowa jest jedna odpowiedź, chyba że zaznaczono możliwość wielu odpowiedzi)

1. **Do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI – body mass index) potrzebny jest:**
 - a. wzrost, obwód bioder
 - b. masa ciała, wzrost
 - c. obwód tali, masa ciała
 - d. wzrost, obwód tali

2. **Od jakich wartości ciśnienia mierzonego w gabinecie lekarskim rozpoznajemy nadciśnienie tętnicze:**
 - a. 130/80 mmHg
 - b. 140/90 mmHg
 - c. 160/90 mmHg
 - d. 200/100 mmHg

3. **Jakie zmiany w stylu życia przyczynią się do obniżenia ciśnienia tętniczego krwi (wiele odpowiedzi):**
 - a. zmniejszenie nadmiernej masy ciała
 - b. wprowadzenie/zwiększenie aktywności fizycznej
 - c. ograniczenie spożywania alkoholu
 - d. ograniczenie spożycia soli
 - e. ograniczenie spożycia warzyw

4. **Czy sposób odżywiania wpływa na ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu?**
 - a. tak
 - b. nie
 - c. nie wiem

5. **Ile soli maksymalnie powinno się spożywać dziennie:**
 - a. 5 g (1 łyżeczka)
 - b. 10 g (2 łyżeczki)

- c. 15 g (1 łyżka stołowa)
 - d. bez ograniczeń
- 6. Jak często powinno się spożywać ryby:**
- a. 2 razy w tygodniu
 - b. 2 razy w miesiącu
 - c. codziennie
 - d. jak najrzadziej lub wcale
- 7. Regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Ile minimalnie czasu powinno się poświęcać na umiarkowaną aktywność?**
- a. minimum 75 min tygodniowo (25 min przez 3 dni w tygodniu)
 - b. minimum 150 min tygodniowo (30 min przez 5 dni w tygodniu)
 - c. minimum 300 min tygodniowo (60 min przez 5 dni w tygodniu)
- 8. Które produkty są bogatym źródłem cholesterolu w diecie (wiele odpowiedzi):**
- a. mięso wieprzowe
 - b. masło extra
 - c. oleje roślinne
 - d. żółtka jaj
 - e. ryby
 - f. pełnotłuste mleko i śmietana
- 9. Które produkty stanowią składniki zdrowej diety? (wiele odpowiedzi):**
- a. warzywa
 - b. chleb pełnoziarnisty
 - c. białe pieczywo
 - d. oliwa z oliwek
 - e. ryby
- 10. Który parametr zawarty w wyniku badania poziomu cholesterolu uważany jest za tzw. „zły cholesterol”:**
- a. cholesterol LDL
 - b. cholesterol HDL
 - c. trójglicerydy (TG)
- 11. Poziom „złego” cholesterolu można zmniejszyć przez (wiele odpowiedzi):**
- a. dietę z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych

- b. wysiłek fizyczny
- c. spożycie niektórych margaryn zawierających substancje roślinne wiążące cholesterol
- d. przyjmowanie zaleconych leków zmniejszających produkcję cholesterolu

12. W profilaktyce choroby niedokrwiennej serca należy (wiele odpowiedzi):

- a. obniżyć stężenie cholesterolu LDL
- b. obniżyć stężenie cholesterolu HDL
- c. leczyć nadciśnienie tętnicze
- d. zredukować nadwagę
- e. leczyć stan przedcukrzycowy /cukrzycę

13. Zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca może być spowodowane (wiele odpowiedzi):

- a. paleniem tytoniu
- b. wysiłkiem fizycznym
- c. otyłością
- d. nadciśnieniem tętniczym
- e. spożyciem dużej ilości soli kuchennej

14. Czy bierne wdychanie dymu tytoniowego zwiększa ryzyko choroby wieńcowej?

- a. tak
- b. nie
- c. nie wiem

Załącznik nr 3B.

Przykładowy post-test

- wzór do modyfikacji -

Imię i nazwisko

Data wypełnienia ankiety

(prawidłowa jest jedna odpowiedź, chyba że zaznaczono możliwość wielu odpowiedzi)

1. Do obliczenia wskaźnika masy ciała (BMI – body mass index) potrzebny jest:

- a) wzrost, obwód bioder
- b) masa ciała, wzrost
- c) obwód tali, masa ciała
- d) wzrost, obwód tali

2. Od jakich wartości ciśnienia mierzonego w gabinecie lekarskim rozpoznajemy nadciśnienie tętnicze:

- a) 130/80 mmHg
- b) 140/90 mmHg
- c) 160/90 mmHg
- d) 200/100 mmHg

3. Jakie zmiany w stylu życia przyczynią się do obniżenia ciśnienia tętniczego krwi (wiele odpowiedzi):

- a) zmniejszenie nadmiernej masy ciała
- b) wprowadzenie/zwiększenie aktywności fizycznej
- c) ograniczenie spożywania alkoholu
- d) ograniczenie spożycia soli
- e) ograniczenie spożycia warzyw

4. Czy sposób odżywiania wpływa na ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

5. Ile soli maksymalnie powinno się spożywać dziennie:

- a) 5 g (1 łyżeczka)
- b) 10 g (2 łyżeczki)
- c) 15 g (1 łyżka stołowa)
- d) bez ograniczeń

6. Jak często powinno się spożywać ryby:

- a) 2 razy w tygodniu
- b) 2 razy w miesiącu
- c) codziennie
- d) jak najrzadziej lub wcale

7. Regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Ile minimalnie czasu powinno się poświęcać na umiarkowaną aktywność?

- a) minimum 75 min tygodniowo (25 min przez 3 dni w tygodniu)
- b) minimum 150 min tygodniowo (30 min przez 5 dni w tygodniu)
- c) minimum 300 min tygodniowo (60 min przez 5 dni w tygodniu)

8. Które produkty są bogatym źródłem cholesterolu w diecie (wiele odpowiedzi):

- a) mięso wieprzowe
- b) masło extra
- c) oleje roślinne
- d) żółtka jaj
- e) ryby
- f) pełnotłuste mleko i śmietana

9. Które produkty stanowią składniki zdrowej diety? (wiele odpowiedzi):

- a) warzywa
- b) chleb pełnoziarnisty
- c) białe pieczywo
- d) oliwa z oliwek
- e) ryby

10. Który parametr zawarty w wyniku badania poziomu cholesterolu uważany jest za tzw. „zły cholesterol”:

- a) cholesterol LDL
- b) cholesterol HDL
- c) trójglicerydy (TG)

11. Poziom „złego” cholesterolu można zmniejszyć przez (wiele odpowiedzi):

- a) dietę z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych
- b) wysiłek fizyczny
- c) spożycie niektórych margaryn zawierających substancje roślinne wiążące cholesterol
- d) przyjmowanie zaleconych leków zmniejszających produkcję cholesterolu

12. W profilaktyce choroby niedokrwiennej serca należy (wiele odpowiedzi):

- a) obniżyć stężenie cholesterolu LDL
- b) obniżyć stężenie cholesterolu HDL
- c) leczyć nadciśnienie tętnicze
- d) zredukować nadwagę
- e) leczyć stan przedcukrzycowy /cukrzycę

13. Zwiększone ryzyko wystąpienia zawału serca może być spowodowane (wiele odpowiedzi):

- a) paleniem tytoniu
- b) wysiłkiem fizycznym
- c) otyłością
- d) nadciśnieniem tętniczym
- e) spożyciem dużej ilości soli kuchennej

14. Czy bierne wdychanie dymu tytoniowego zwiększa ryzyko choroby wieńcowej?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

Bibliografia

1. Rekomendacja nr 192/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.
2. ICD-11 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja polska. WHO, 2022.
3. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. (Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego(ESC) do spraw postępowania w przewlekłych zespołach wieńcowych) Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (2019). Zeszyty edukacyjne. *Kardiol Pol.* 2020;1:10-87.
4. Tykarski A, Filipiak KJ, Januszewicz A, et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętnicznym — 2024 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce.* 2024;10(1):1–84.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111–188.
6. Kronenberg F, Mora S, Stoes ESG, et al. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. *Eur Heart J.* 2022;43(39):3925–3946.
7. Borghi C, Agnoletti D, Cicero AFG, et al. Uric acid and risk of cardiovascular disease: a systematic review. *J Hypertens.* 2023;41(2):195–205.
8. Visseren FLJ, Mach F, Smulders R, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227–3337.
9. Ministerstwo Zdrowia. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027–2031. Warszawa, 2025.
10. Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii dla województwa lubelskiego, 2025.

11. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Dane epidemiologiczne dla województwa lubelskiego. Dostęp: 2025.
12. Banach M, Burchardt P, Chlebus K, et al. Wytyczne PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*. 2021;7(3):113–222.
13. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41(3):407–477.
14. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021;42(14):1289–1367.
15. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104.
16. Główny Urząd Statystyczny. Ludność w województwie lubelskim według płci i wieku, stan na 31.12.2023 r. Bank Danych Lokalnych GUS. Warszawa; 2024. Dostęp dnia 02.02.2026: <https://bdl.stat.gov.pl>